

COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS NA SÍNDROME DA DEPENDÊNCIA ALCOÓLICA COM HISTÓRICO DE TENTATIVA DE SUICÍDIO: um estudo caso-controle

Camila Cordeiro dos SANTOS^{1*}

Murilo Duarte Costa LIMA²

Everton Botelho SOUGEY³

Djanilson José PONTES⁴

RESUMO

O comportamento suicida vem sendo encarado como um problema de saúde pública mundial. Em portadores da síndrome da dependência alcóolica (SDA) a associação ao aumento de tendências suicidas vem sendo fortemente estabelecida. A identificação dos fatores de risco se configura em um grande desafio para os profissionais de saúde. Dentre os fatores de risco mais prevalentes se destacam as Tentativas de Suicídio (TS) prévias e comorbidades psiquiátricas, principalmente as de sintomatologia depressiva. Autores apontam que a presença de fatores de risco e comorbidades psiquiátricas elevem as tentativas de suicídio nesta população. O presente estudo teve por objetivo investigar e descrever as principais comorbidades psiquiátricas associadas à TS em sujeitos com SDA. A pesquisa foi realizada em dois centros de tratamento em dependência química, contando com a participação de 100 participantes que foram divididos igualmente em dois grupos: grupo com histórico positivo para tentativa e suicídio e grupo com histórico negativo para tentativa de suicídio. Em ambos os grupos foram aplicados uma entrevista, o CAGE Questionnaire para rastreamento do alcoolismo, o AUDIT – (Teste de Identificação de Distúrbio de Uso do Álcool) para a identificação da gravidade do alcoolismo, Inventário de Depressão de Beck – BDI, para identificar a gravidade de possível sintomatologia depressiva, o Inventário de Desesperança – BHS, com a finalidade de estimar a desesperança, o Inventário de Ideação Suicida de Beck– BSI, para avaliar a ideação suicida, e, por fim, o Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI 5.0.0 Versão Brasileira). Os resultados encontraram expressiva prevalência de desesperança (84%) (OR/ IC 8.12 /2,29;14,40), transtorno

¹. Graduada em Psicologia pela Faculdade Integrada do Recife, Especialista em Neuropsicologia pela Faculdade de Ciências Humanas – ESUDA, Mestre (2013.1) e doutora pelo Programa de pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da UFPE. Professora da Faculdade de Ciências Humanas – ESUDA. E-mail: camilasantos@esuda.edu.br

² Doutor em Medicina pela Universidade de Barcelona, Coordenador do Núcleo Especializado em Dependência Química (NEDEQ).

³ PhD. Professor do Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, UFPE.

⁴ Psicólogo e Psicoterapeuta.

depressivo (78%) (OR/IC 4.51 /1.88; 10.7) e ideação suicida (64%)(OR/IC 3.16/1.17;8.51) na população com SDA e histórico de tentativa de suicídio. As condições psicopatológicas apresentadas, de acordo com os dados levantados, aumentaram as razões de chance para TS em torno de 20 vezes.

Palavras-chave: Tentativa de suicídio e alcoolismo, Alcoolismo, fatores de risco, comorbidades psiquiátricas

Psychiatric comorbidities in alcohol dependence syndrome with a history of suicide attempt: a case-control study

Abstract – Suicidal behavior has been seen as a global public health problem. In patients with alcohol dependence syndrome (ADS), the association with increased suicidal tendencies has strongly established. The identification of risk factors is a major challenge for health professionals. Among the most prevalent risk factors are the previous Suicide Attempts (TS) and psychiatric comorbidities, mainly those of depressive symptomatology. Authors point out that the presence of risk factors and psychiatric comorbidities increase suicide attempts in this population. The present study aimed to investigate and describe the main psychiatric comorbidities associated with TS in subjects with ASD. The research was conducted in two treatment centers in chemical dependency, with the participation of 100 participants who were equally divided into two groups: a group with a positive history for attempted suicide and a group with a negative history for suicide attempt. In both groups, an interview was conducted, the CAGE Questionnaire for Alcoholism Screening, the AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) for identification of severity of alcoholism, Beck Depression Inventory - BDI, to identify the Severity of possible depressive symptomatology, the Hopelessness Inventory (BHS), in order to estimate hopelessness, Beck's Suicidal Ideation Inventory (BSI) to evaluate suicidal ideation and, finally, the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI 5.0 .0 Brazilian Version). Hopelessness (84%)(OR / IC 8.12 / 2.29, 14.40), depression (78%) (OR / CI 4.51 / 1.8.8; 10.7) and suicidal ideation (64%) (OR / CI 3.16 / 1.17; 8.51) in the population with SDA and history of attempted suicide. The psychopathological conditions presented, according to the data collected, increased the odds ratios for TS around 20 times.

Key Words: Suicide attempts and alcoholism, alcoholism risk factors, Psychiatric comorbidities

INTRODUÇÃO

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) vêm apontando o suicídio como uma das principais causas de morte potencialmente evitáveis. Estima-se que a prevalência do mesmo venha aumentando consideravelmente nas últimas décadas entre os jovens, principalmente em países desenvolvidos (BIDDLE *et al.*, 2008).

No Brasil, as taxas de suicídio se elevaram em 21% entre 1980 e os anos 2000, em sujeitos na faixa etária de 15 a 24 anos de idade (MELLO-SANTOS, BERTOLOTE, WANG, 2005). As mortes prematuras ocasionadas pelo suicídio acarretam em graves impactos e repercussões com consequências econômicas e sociais, destaca-se ainda o fato de que em suicídios não consumados, o indivíduo possa sofrer com sequelas incapacitantes e irreversíveis (HOLMGREN, JONES,

2010). Observa-se que a identificação de sujeitos em risco elevado para o autoextermínio se configure em um dos principais desafios entre profissionais de saúde.

Estima-se que entre 10 a 20 milhões de pessoas em todo o mundo tentam suicídio a cada ano (WHO, 2014). O número de tentativas de suicídio (TS), no entanto, demonstra cifras mais elevadas. Em torno da metade a dois terços de todas as TS's são realizadas por sujeitos que sofrem de transtornos psiquiátricos (KAPLAN *et al.*, 2013; KLIMKIEWICZ *et al.*, 2012).

A grande maioria desses transtornos, quando examinados de forma independente, mostra-se associados a um risco maior de TS, acredita-se que as características psicopatológicas específicas dos transtornos funcionem de forma a potencializar o risco suicida (HOERTEL *et al.*, 2015; OQUENDO *et al.*, 2013).

Alguns estudos longitudinais e de autópsia psicológica vem demonstrando que as TS's normalmente ocorrem nos episódios depressivos maiores ou mistos dos transtornos de humor (WHO, 2014; GOLSHIRI, AKBARI, ZAREI, 2017; OQUENDO *et al.*, 2013). Erkki (2014) aponta que a incidência de TS circula entre 20 a 40 vezes mais nesses episódios do que na fase eufímica, alertando para o fato de que a duração desses episódios se configura num importante fator de risco para TS.

Além do transtorno acima mencionado, observam-se como fatores predisponentes ao comportamento suicida, o abuso e dependência de substância psicoativa, sobretudo o álcool, esquizofrenia, transtorno de ansiedade generalizada (TAG) transtornos de personalidade, sendo mais frequente o limítrofe (KLIMKIEWICZ *et al.*, 2012; MELEIRO, 2013; ERKKI, 2014). No que concerne ao histórico de vida, destaca-se experiências de abuso e maus tratos, adoecimento físico em geral e acesso facilitado aos meios para cometer suicídio (RAJALIN, HIRVIKOSKI, JOKINEN, 2013; CONNER *et al.*, 2014). Observa-se que esses achados apontam para uma natureza psicossocial como origem do risco suicida (MELEIRO, 2013).

Pesquisas mais recentes, voltadas à neurobiologia, vêm indicando o papel da redução da transmissão serotoninérgica associada a fatores externos, aumentando a dificuldade em controlar a agressividade e conter a impulsividade, vulnerabilizando e predispondo sujeitos a comportamentos suicidas. Outro fator de destaque seria os comprometimentos bioquímicos e cognitivos presentes em pacientes alcoolistas e

depressivos, demonstrando que as referidas patologias não só compartilham os sintomas psicopatológicos, mas também a fisiopatologia, reforçando ainda mais a comorbidade entre as mesmas (BORTOLATO *et al.*, 2013; CUNHA, NOVAES, 2004).

A literatura vem reforçando que o consumo excessivo de álcool e a intoxicação alcoólica aguda funcionariam como uma espécie de fator catalisador quando associado aos fatores já descritos (BORTOLATO *et al.*, 2013; VIDAL, GONTIJO, LIMA, 2013).

Um estudo retrospectivo de 10 anos (2001-2010), realizado com 7019 casos, encontrou alcoolemia positiva em 36% dos suicídios por intoxicação exógena e 30% por enforcamento (JONES, HOLMGREN, AHLNER 2013). Endossando então, o fato de que o álcool aumentaria a impulsividade, desinibição e, diminuiria a crítica e autocontrole, aumentando desta forma, o risco de suicídio em sujeitos com fatores predisponentes. Ressalta-se, diante desses achados, que, além de fatores psicossociais, há consistência na literatura de que as presenças de transtornos psiquiátricos atrelados aos mesmos se apresentem como fortes indicadores de TS (MELEIRO, 2013; VIDAL, GONTIJO, LIMA, 2013).

Diante do exposto, o presente estudo buscou evidenciar os principais transtornos psiquiátricos comorbidos encontrados em sujeitos com a Síndrome da Dependência Alcoólica (SDA) que se encontravam em tratamento para dependência química com histórico positivo para TS, como possibilidade de contribuição na construção de intervenções eficazes que auxiliem na identificação de riscos potenciais, aumentando então, a prevenção do suicídio.

MÉTODO

A presente pesquisa se configura em um estudo caso-controle, que foi realizada no período de dezembro de 2015 a dezembro de 2016 em dois centros de tratamento em dependência química: Núcleo de Dependência Química (NEDEQ) do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE) e numa clínica de tratamento em dependência química Grupo Recanto.

A amostra foi composta por 100 participantes que foram divididos igualmente em dois grupos. O grupo caso foi composto por sujeitos que apresentavam histórico

positivo para tentativa de suicídio (HPTS), no grupo controle foram incluídos sujeitos que não apresentavam histórico de tentativas de suicídio (HNTS).

Em ambos os grupos, foram aplicados uma entrevista para coleta de informações sócio demográficas e as seguintes escalas: *CAGE Questionnaire* para rastreio do alcoolismo, o AUDIT – (Teste de Identificação de Distúrbio de Uso do Álcool) para a identificação da gravidade do alcoolismo, Inventário de Depressão de Beck – BDI, para identificar a gravidade de possível sintomatologia depressiva, o Inventário de Desesperança – BHS, com a finalidade de estimar a desesperança, o Inventário de Ideação Suicida de Beck– BSI, para avaliar a ideação suicida, e, por fim, o *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI 5.0.0 Versão Brasileira), para verificar possíveis comorbidades associadas ao alcoolismo.

A análise dos dados coletados consistiu na construção de tabelas com a distribuição absoluta e relativa. Foram também calculados os valores das odds-ratio (OR) e seus intervalos respectivos com 95% de confiança (IC), associados aos níveis descritivos níveis descritivos do teste Fischer.

Os critérios utilizados para inclusão na pesquisa foram: diagnóstico positivo para a síndrome da dependência do álcool, idade superior aos 18 anos, estar em acompanhamento nos centros de tratamento. Foram excluídos sujeitos que apresentavam síndromes demenciais, algum comprometimento cognitivo que afetava a compreensão acerca da natureza da pesquisa.

O estudo realizado foi aprovado pelo comitê de ética do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) sob o parecer do CAE: 50946015.0.0000.5208 e conduzido de acordo com a declaração de Helsinki.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta integralmente por homens com idade ($35,2 \pm 9,5$ e $34,5 \pm 9,8$) no grupo HPTS e HNTS, respectivamente. Na tabela 1 são apresentadas as variáveis relacionadas ao contexto sócio demográfico dos participantes. Observa-se que 56% dos participantes do grupo HPTS referem estado marital enquanto que no grupo HNTS, o percentual para esta variável se apresenta maior (80%). O fato de ter filhos se mostrou um resultado estatisticamente significativo, encontrado no grupo HPTS (52%) e HNTS (64%), ($P=0.0151^*$).

Avaliando ainda o contexto sócio demográfico, foi encontrada significância estatística na variável ter apoio emocional ($P=0.0033$) e estar em condição de dependência financeira ($P=0.0031$). Esta última variável apareceu associada a um risco quatro vezes maior para tentativa de suicídio. Ter oito anos ou mais de estudo não apresentou significância nesta população.

Tabela 1: Distribuição das características sociodemográficas dos participantes do estudo

	HPTS N=50		HNTS N=50		OR (IC)	Valor de P
	N	FREQ	N	FREQ		
Idade (média±DP)	35,2±9,5		34,5±9,8		-	-
Situação Marital	23	56%	40	80%	0,21 (0.08; 0.51)	0.0008*
Filhos	27	52%	32	64%	0,66 (0.29;0.47)	0.0151*
Ocupação	35	70%	45	90%	0,25 (0.08;0.78)	0.0228*
Tem Religião	40	80%	47	94%	0.25 (0.06;0.99)	0.0713
Tem apoio emocional	35	70%	47	94%	0.14 (0.04;0.55)	0.0033*
Dependência financeira	25	50%	10	20%	4.00 (1.64;9.71)	0.0031*
Escolaridade \geq 8 anos de estudo	38	66%	40	80%	0.79 (0.30;2.04)	0.8097
CAGE \geq 2	50	100%	50	100%	-	-
Consumo de risco AUDIT \geq 8	47	94%	43	86%	2.5 (0.62;10.4)	0.3178

* $P < 0,05$ pelo teste exato de Fisher - OR (IC 95%): odds ratio a (intervalo de confiança em nível de 95%)

Investigando os hábitos relacionados à ingestão do álcool, foi encontrado que o grupo HPTS iniciou o consumo de bebidas alcoólicas por volta dos 13 anos de idade, com tempo médio de 18 anos de consumo, enquanto que no grupo HNTS o início do consumo se deu por volta dos 14 anos e 15 anos de consumo. Na tabela 2 se observa que apesar dos diferentes padrões de consumo no que tange a frequência da ingestão, o fator mais significativo para o grupo HPTS foi o fato de já terem iniciado tratamento de dependência química com e sem internação em outros

momentos da vida, indicando possivelmente a gravidade do seu transtorno com o álcool.

Tabela 2: Histórico da SDA e padrão de consumo de bebidas alcólicas

	HPTS N=50		HNTS N=50		OR (IC)	Valor de P
	N	FREQ	N	FREQ		
Idade de Início (média)	13,5		14,5		-	-
Tempo de consumo em anos (média)	18		15		-	-
Padrão de consumo						
Diariamente	10	20%	9	18%	1.13 (0.420;3.10)	1.0000
Dias alternados	28	56%	20	40%	1.90 (0.86;4.23)	0.1609
Finais de Semana	12	24%	21	42%	0.43(0.19;1.03)	0.0881
Já fez tratamento para dependência	27	54%	15	30%	2.73 (1.20; 6.22)	0.0253*
Em uso de Medicação	45	90%	40	80%	2.25 (0.70;7.14)	0.2623

*P< 0,05 pelo teste exato de Fisher - OR (IC 95%): odds ratio a (intervalo de confiança em nível de 95%)

No rastreio da presença de depressão e desesperança, realizados pelo BDI e BHS respectivamente, foram encontrados resultados significativos nas categorias depressão leve (P=0.0242), desesperança leve (P=0.0397) e desesperança moderada (P=0.0338). Condições estas que aumentavam o risco suicida em média 3 vezes.

Tabela 3: Presença de depressão e desesperança nos grupos HPTS e HNTS, investigadas pelo BDI e BHS, respectivamente.

	HPTS N=50		HNTS N=50		OR (IC)	Valor de P
	N	FREQ	N	FREQ		
Depressão						
Leve	26	52%	14	28%	2.78 (1.21;6.38)	0.0242*
Moderada	13	26%	8	16%	1.84(0.68;4.94)	0.3262
Desesperança						
Leve	25	50%	14	28%	2.57 (1.12; 5.89)	0.0397*
Moderada	17	34%	7	14%	3.16 (1.17;8.51)	0.0338*

*P< 0,05 pelo teste exato de Fisher - OR (IC 95%): odds ratio a (intervalo de confiança em nível de 95%)

No levantamento das possíveis comorbidades associadas a DAS realizada através do MINI, observou-se que os transtornos mais frequentes e que apresentavam significância estatística foram: a presença da ideação suicida (P=0.0159), Transtorno de Ansiedade Generalizada (P=0.0149) e Episódio depressivo maior e melancólico (p=0.0009), esta última de acordo com os testes estatísticos apresentava OR (IC) 4.51 (1.88; 10.7).

DISCUSSÃO

A SDA vem sendo reconhecida como um potencial fator de risco para tentativas de suicídio, sobretudo quando associada a outras comorbidades psiquiátricas (DEMIRBAS, ILHAN, DOGAN, 2011; BOTEGA *et al.*, 2005). Com a finalidade de levantar os fatores preexistentes, esse estudo encontrou sustentação na literatura na grande maioria de seus achados.

No perfil sócio demográfico, foram destacadas significâncias estatísticas nas seguintes variáveis: Presença de situação marital, ter filhos, ocupação, apoio emocional e financeiro. Essas variáveis mostraram-se como fatores de proteção no grupo HNTS, apresentando porcentagens significativas quando comparadas ao grupo NPTS, reforçando então, os mesmos achados em pesquisas anteriores sobre a temática abordada (BERTOLOTE, FLEISCHMANN, 2002; BELL *et al.*, 2017))

Estar em um relacionamento afetivo significativo, não só contribui para a melhora da qualidade de vida, como também se mostra um fator protetor no que tange a diminuição da incidência de transtornos mentais e TS (BELL *et al.*, 2017). De forma similar, a ocupação e independência financeira conferem ao sujeito propósitos e significado de vida, além do sentimento de proficiência e de pertencimento a um grupo. O apoio emocional de seus pares acarretaria numa visão positiva da vida, diminuindo desta forma, a desesperança diante das dificuldades enfrentadas (BOTEGA *et al.*, 2005; (ASHRAFIOUN *et al.*, 2016).

Torna-se importante ressaltar que as variáveis, desemprego e dependência financeira, podem se configurar tendenciosas, uma vez que muitos transtornos psiquiátricos, incluindo a dependência do álcool possam inviabilizar o exercício de uma profissão. No entanto, ainda se entende que tais variáveis estejam fortemente relacionadas aos eventos estressantes da vida (ARENAS, GÓMEZ-RESTREPO, RONDÓN, 2016).

Eventos estressantes são entendidos como: exposição a eventos incomuns e problemáticos, tais como perdas financeiras, sofrimento do paciente ou outros membros da família de uma doença médica, problemas com relações sociais ou familiares, conflitos conjugais, divórcio ou violência doméstica, que têm o potencial de mudar os padrões de vida ou estimular muitos sentimentos desagradáveis (ARENAS, GÓMEZ-RESTREPO, RONDÓN, 2016; THORNBERRY *et al.*, 2010).

Em relação a evolução da SDA e o perfil de consumo do álcool, constatou-se que a idade inicial para o consumo circundou os 13 anos de idade, faixa etária esta que contraria as recomendações da OMS. Um cérebro em desenvolvimento na presença de substâncias psicoativas aumenta o risco para uso nocivo e dependência da substância, neste caso o álcool. Foi observado que a grande maioria dos sujeitos iniciou o uso dentro da esfera familiar, informações que

corroboram com achados em outros estudos (AMARAL, MALBERGIER, 2004; DEMIRBAS, ILHAN, DOGAN, 2011).

O uso de álcool na adolescência vem crescendo exacerbadamente no cenário mundial, nacional e regional. O Nordeste do Brasil apresenta as menores idades de início do uso do álcool. Acredita-se que este fato esteja relacionado a questões culturais, onde muitas vezes o uso não é só estimulado como também incentivado (BOTEGA, 2014).

O tempo de consumo em anos, também se mostrou elevado no grupo HPTS. Esse dado aponta que além das chances elevadas para adoecimentos psiquiátricos, estes sujeitos apresentem maiores riscos para adoecimentos físicos, uma vez que os efeitos deletérios do álcool no organismo aumentem significativamente com o tempo (GONÇALVES, PONCE, LEYTON, 2015). Um estudo americano encontrou forte relação entre acometimento físico, psiquiátrico e TS, concluindo que o comprometimento físico e orgânico aumentaria significativamente o risco para TS (ASHRAFIOUN *et al.*, 2017).

Já ter realizado tratamento para dependência do álcool mostrou-se como um fator significativo na análise estatística. Acredita-se que os maiores números de internações e tratamentos para o transtorno estejam diretamente proporcionais a gravidade do mesmo. As taxas de insucesso no tratamento podem desencadear sentimentos de desesperança. Vale salientar, no entanto, que a SDA tal como o suicídio, possuem etiologia multifatorial. Neste sentido, intervir em apenas um aspecto, mostra-se ineficaz.

Estudos apontam que a abordagem psicossocial vem funcionando como forte aliada à manutenção da sobriedade (KLONSKY, QIU, SAFFER, 2017). Uma vez que, contando com o apoio de uma equipe multidisciplinar, as intervenções realizadas sejam mais amplas, atingindo desta maneira, boa parte das esferas do sujeito. É importante destacar que embora existam inúmeras explicações para o surgimento e manutenção da dependência com ênfase no aspecto orgânico, psíquico e social, nenhum desses isoladamente conseguiu explicar de forma adequada a etiologia do transtorno (BERTOLOTE, 2012; BOTEGA *et al.*, 2005).

Conjugado à hipótese de maior gravidade da dependência no grupo HPTS onde o número de internações relatado fora maior, encontrou-se também, maior percentual de sujeitos que estavam em tratamento psicofarmacológico. Nesta

variável, dois fatores merecem atenção. O álcool é considerado um agente psicotrópico depressor que aliado a alguns psicofármacos, pode elevar sua concentração na corrente sanguínea aumentando ainda mais a intoxicação aguda pelo álcool, como também funcionaria como um meio de suicídio por ingestão excessiva (BERNARDES, TURINI, MATSUO, 2010; IRIBARREN *et al.*, 2000).

É conhecido pela literatura que os Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina (ISRS) levam cerca de 15 dias para demonstrar eficácia no controle dos sintomas depressivos. Sintomas esses mais relatados por pacientes com SDA. Durante esse período, o sujeito pode experimentar aumento da sintomatologia depressiva incluindo ideação suicida (DEMIRBAS, ILHAN, DOGAN, 2011; BELL *et al.*, 2017). Fato este que requer orientação adequada do médico ao paciente.

Outro grupo de fármacos largamente prescrito no tratamento da dependência é o dos benzodiazepínicos. Substâncias essas conhecidas por seus efeitos depressores no sistema nervoso central que aliados ao álcool, potencializam seus efeitos, aumentando a sedação, depressão cardiorrespiratório podendo levar ao coma e a morte. Devido aos seus efeitos relaxantes, sujeitos muitas vezes os utilizam como meio de suicídio na tentativa de evitar a dor que poderia ser causada por outros meios de autoextermínio.

Esses achados levantam a importância de um acompanhamento atento e criterioso por parte da equipe de saúde responsável pelo tratamento do sujeito. Tanto no que tange a prescrição como a eficácia dos medicamentos, revelando-se necessário a constante avaliação de sua eficiência no controle dos sintomas. Ressalta-se também o fato de que o acesso a esses meios também funciona como fator de risco para TS (BERNARDES, TURINI, MATSUO, 2010; IRIBARREN *et al.*, 2000).

Atendendo aos objetivos deste estudo, foi realizado um levantamento dos sintomas apresentados e referidos pelos sujeitos através de duas escalas largamente utilizadas em vários países: o BDI e BHS. Com o BDI foi possível observar a presença de transtornos depressivos em seus variados níveis, no qual o mais significativo foi a depressão leve. Embora a depressão moderada não tenha demonstrado significância estatística, observa-se um maior percentual no grupo HPTS.

Um dos sintomas mais prevalentes do transtorno depressivo citado por vários autores (BOTEGA *et al.*, 2005; ARENAS, GÓMEZ-RESTREPO, RONDÓN, 2016; IRIBARREN *et al.*, 2000; COELHO, 2010) é a ideação suicida, sentimentos de desvalor, desamor, desesperança entre outros. Sentimentos esses que afetam negativamente a autopercepção e a qualidade de vida. Além disso, vem sendo evidenciado pela literatura de forma consistente o transtorno depressivo como forte preditor para TS nesta população. No presente estudo, evidenciou-se que o transtorno depressivo maior poderia apresentar um risco 4,5 maiores quando comparado ao grupo controle.

Um estudo destacou que pacientes portadores da síndrome da dependência do álcool, apresentaram alterações volumétricas na substância cinzenta, hipometabolismo na região frontal (responsável pelas funções mentais superiores como planejamento, controle da impulsividade e execução), Além de baixo processamento em atividades cognitivas (AMARAL, MALBERGIER, 2004). Resultados semelhantes foram encontrados em pacientes com depressão e histórico de tentativas de suicídio, corroborando a hipótese de que ambos os transtornos compartilham a mesma fisiopatologia.

Estudos bioquímicos vêm demonstrando a relação da diminuição da presença da serotonina no liquor ao comportamento suicida, como também, baixa transmissão serotoninérgica principalmente no córtex pré-frontal, considerado região chave no modelo neuroanatômico de regulação do humor. Acredita-se que a redução da serotonina nessas regiões, favoreceria a impulsividade nesses sujeitos, uma vez que a mesma é considerada reguladora do comportamento (CUNHA, NOVAES, 2004; GONÇALVES, PONCE, LEYTON, 2015).

Apesar de serem considerados comórbidos, ainda não foi possível estabelecer qual seria transtorno de base (se a SDA favoreceria o surgimento de transtornos depressivos ou, os transtornos depressivos levariam à SDA). Acredita-se que as alterações emocionais, disfunções no processamento cognitivo e a baixa modulação da impulsividade, estariam relacionadas ao comportamento adicto, depressivo e suicida, corroborando a hipótese que os transtornos mencionados compartilhem a mesma fisiopatologia (HIGGINS, GEORGE, 2010).

O sentimento de desesperança em seus níveis leve ($P= 0.0397$; $OR=2.57$) e moderada ($P=0.0338$; $OR=3.16$) também se mostrou um forte preditor para TS no

grupo caso, aumentando o risco em quase 5,5, reforçando a necessidade de sua identificação em sujeitos com SDA, uma vez que a falta de perspectiva de vida afeta negativamente na percepção de si e do mundo, elevando então, o risco de suicídio. Pacientes com desesperança apresentam uma tendência a interpretar sistematicamente as experiências de uma forma negativa e antecipando muitas vezes consequências desastrosas para os seus problemas.

Jaiswal *et al.* (2016) conduziu um estudo transversal em 50 pacientes com tentativas de suicídio admitidos em internamentos nas primeiras 48 horas, tanto na enfermaria de medicina interna como na unidade de cuidados intensivos médica. Seus resultados revelaram que a letalidade da tentativa eleva com o aumento da falta de esperança. Esta conclusão fornece a evidência da necessidade de avaliar adequadamente os sujeitos que apresentem desesperança, de modo a planejar uma terapia psiquiátrica objetivando evitar futuras tentativas de suicídio.

No levantamento de comorbidades psiquiátricas realizado pelo MINI, constatou-se em ordem de frequência que as comorbidades presentes mais significantes, além da depressão já discutida foi a ideação suicida ($P=0.0159$) e o transtorno de ansiedade generalizada (TAG) ($P=0.0149$).

A ideação suicida se configura como a representação mental (pensamentos e cognições) sobre como acabar com a própria existência. Vem sendo demonstrada como um fator preditor importante de TS (POMPOLI *et al.*, 2011; VASCONCELOS, LÔBO, MELO, 2015). Manifesta-se normalmente como sintoma presente em uma grande parte dos transtornos mentais, sobretudo os de humor e em algumas populações específicas: Adolescentes, idosos e presidiários. Seguindo uma ordem decrescente, temos o suicídio consumado, TS e a ideação suicida como sintoma inicial, o qual identificou-se a presença do mesmo em 60% dos sujeitos que tentaram suicídio, destacando então, a necessidade de identificação precoce (POMPOLI *et al.*, 2011).

Além dos transtornos depressivos, o TAG vem se mostrando presente na população com SDA. Alguns participantes, inclusive, relataram que iniciaram o uso do álcool com o intuito de diminuir os sintomas acarretados pela ansiedade, buscando o relaxamento e desinibição proporcionada inicialmente pelo mesmo.

Portadores de TAG apresentam um risco 33 vezes maior quando comparado a população geral de apresentar um transtorno depressivo e cerca de 20 vezes mais

de apresentar transtorno de pânico. O TAG se constitui num transtorno com altas taxas de comorbidades, complicando muitas vezes o diagnóstico adequado, tratamento e recuperação (VASCONCELOS, LÔBO, MELO, 2015).

Apesar do rigor metodológico adotado para a condução da pesquisa, alguns pontos não conseguiram ser relevados em sua totalidade. Algumas variáveis como, por exemplo, a presença de transtornos de personalidade e transtorno afetivo bipolar que apresentam relações significativas a TS de acordo com algumas publicações, não foram enfocadas neste estudo.

Apesar da boa adesão aos objetivos e possuírem o padrão de respostas rápidas, o grande número de questões e extensão da entrevista e escalas pode ter despertado algum tipo de desinteresse ou desconforto. O que pôde ser observado quando os pacientes foram submetidos à escala BHS, apesar das respostas serem dicotômicas (CERTO/ERRADO), a mesma apresentava algumas questões delicadas e difíceis para alguns participantes assumirem adotar alguns tipos de pensamentos quando questionados.

Os estudos caso-controle são muito utilizados para a investigação de condições presentes e associadas, o que possibilita melhorar o planejamento das ações de saúde e gerar hipóteses de novos estudos. Entretanto, este tipo de estudo não permite a observação ao longo do tempo em relação as comorbidades apresentadas e o risco suicida, avaliando desta forma o estado e não a continuidade.

Por fim, ainda nos deparamos com o contexto dos locais de pesquisa ter se dado em apenas dois centros de tratamento. Evidências apontam que estudos multicêntricos apresentem maiores consistência. Não menos importante, salienta-se o fato de que os participantes do estudo estavam em tratamento em um centro de referência em dependência química, situado na zona urbana na região do Nordeste, o que pode impossibilitar a comparação a outros estudos semelhantes conduzidos em outros contextos e localidades.

CONSIDERAÇÕES

Diante dos dados levantados nesse estudo, conclui-se que a ausência de relação marital, desemprego, falta de apoio emocional e dependência financeira, configuram-se variáveis sócio demográficas associadas a um maior risco de TS nesta população.

Atendendo aos objetivos do presente estudo, foi observado como condições clínicas comorbidas, a presença de depressão (em todos os seus níveis de gravidade), desesperança, ideação suicida e transtorno de ansiedade generalizada nos participantes com histórico de tentativas de suicídio. O fato da alta prevalência da ideação suicida e depressão maior ainda se encontrarem presentes mesmo após o início do tratamento para a SDA, ressalta a importância de um acompanhamento terapêutico aproximado e criterioso.

Pelo fato dos transtornos mencionados apresentarem etiologia multicausal, salienta-se a necessidade de investigação e acompanhamento biopsicossocial com o objetivo de traçar um perfil de risco onde seja possível a construção de intervenções que possibilitem mitigar as tentativas de suicídio nesta população, diminuindo as recidivas, aumentando então, a prevenção do suicídio.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, R. A; MALBERGIER, A. Evaluation of a screening test for alcohol-related problems (CAGE) among employees of the Campus of the University of São Paulo. **Rev. Bras. Psiquiatr.** vol.26, n.3, pp. 156-163. 2004.
- ARENAS, A; GÓMEZ-RESTREPO, C; RONDÓN, M. Suicidal Behaviour and Associated Factors in Colombia. Results from the 2015 National Mental Health Survey. **Rev Colomb Psiquiatr.** 2016 Dec;45 Suppl 1:68-75
- ASHRAFIOUN, L; KANE, C; STEPHENS, B; BRITTON, P. C; CONNER, K. R. Suicide attempts among alcohol-dependent pain patients before and after an inpatient hospitalization. **Drug Alcohol Depend.** 2016 Jun 1;163:209-15
- BELL, C. M; RIDLEY, J. A; OVERHOLSER, J. C; YOUNG, K; ATHEY, A; LEHMANN, J; PHILLIPS, K. The Role of Perceived Burden and Social Support in Suicide and Depression. **Suicide. Life Threat Behav.** 2017 Jan 17.
- BERNARDES, S. S; TURINI, C. A; MATSUO, T. Profile of suicide attempts using intentional overdose with medicines, treated by a poison control center in Parana State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública.** 2010; 26(7): 1366-72.
- BERTOLOTE, J. M. **O suicídio e sua prevenção.** São Paulo, SP: Ed. Unesp. 2012.
- BERTOLOTE, J. M; FLEISCHMANN, A. Suicide and psychiatric diagnosis: A worldwide perspective. **World Psychiatry,** 2002, 1, 181-18533.
- BIDDLE, L; BROCK, A; BROOKES, S. T; GUNNELL, D. Suicide rates in Young men in England and Wales in the 21st century: time trend study. **BMJ.** 2008; 36(7643): 539-42.

BORTOLATO, M; PIVAC, N; SELER, D. M; NIKOLAC PERKOVIC, M, N; PESSIA, M; DI GIOVANNI, I G.. The role of the serotonergic system at the interface of aggression and suicide. **Neuroscience**. 2013; 236, 160–185

BOTEGA, N. J. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicol. USP**, São Paulo. 2014.V. 25, n. 3, p. 231-236.

BOTEGA, N. J; BARROS, M. B. A; OLIVEIRA, H. B; DALGALARRONDO, P; MARÍN-LEÓN, L. Suicidal behavior in the community: Prevalence and factors associated with suicidal ideation **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 2005; 27.

COELHO, B. M. A influência da comorbidade entre depressão e transtorno por uso de álcool nos comportamentos suicidas no Epidemiológica de São Paulo Estudo de Área de Captação, Brasil. **Rev. Bras. Psiquiatr.** vol.32 no.4 São Paulo dez 2010.

CONNER; K. R; BAGGE; C. L; GOLDSTON, D. B; ILGEN, M. A. Alcohol and suicidal behavior: what is known and what can be done. **Am J Prev Med**. 2014;47:S204–8.

CUNHA, P. J; NOVAES, M. A. Avaliação neurocognitiva no abuso e dependência do álcool: Implicações para o tratamento. **Rev. Bras. Psiquiatr.**26(1), 23-27. 2004

DEMIRBAS, H; ILHAN, I. O; DOGAN, Y. B. Assessment of the mode of anger expression in alcohol dependent male inpatients. **Alcohol Alcohol**. 2011 Sep-Oct;46(5):542-6.

Erkki Isometsä. Suicidal Behaviour in Mood Disorders—Who, When, and Why?. **The Canadian Journal of Psychiatry**. 2014; 59; 3.

GOLSHIRI, P; AKBARI, M; ZAREI, A. Case-control study of risk factors for suicide attempts in Isfahan, Iran. **Int J Soc Psychiatry**. 2017 Jan 1:20764016685347.

GONÇALVES, E. M. G; PONCE, J. C; LEYTON, V. Uso de álcool e suicídio. **Saúde, Ética & Justiça**. 2015; 20(1): 9-14

HIGGINS, E. S; GEORGE, M. S. **Neurociências para prática clínica: a fisiopatologia do comportamento e da doença mental**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

HOERTEL, N; FRANCO, S; WALL, M. M; OQUENDO, M. A.; KERRIDGE, B. T; LIMOSIN, F; BLANCO, C. Mental disorders and risk of suicide attempt: a national prospective study. **Mol Psychiatry** (2015) 20, 718–726.

HOLMGREN, A; JONES, A. W. Demographics of suicide victims in Sweden in relation to their blood-alcohol concentration and the circumstances and manner of death. **Forensic Sci Int**. 2010; 198(1-3): 17-22

IRIBARREN, C; SIDNEY, S; JACOBS JR, D. R; WEISNER, C. Hospitalization for suicide attempt and completed suicide: epidemiological features in a managed care population. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**. 2000;35(7):288-96.

JAISWAL, S. V; FAYE, A. D; GORE, S. P; SHAH, H. R; KAMATH, R. M. Stressful life events, hopelessness, and suicidal intent in patients admitted with attempted suicide in a tertiary care general hospital. **J Postgrad Med**. 2016 Apr-Jun; 62(2): 102–104.

JONES, A. W; HOLMGREN, A; AHLNER, J. Toxicology findings in suicides: Concentration of ethanol and other drugs in femoral blood in victims of hanging

and poisoning in relation to age and gender of the deceased. **J Forensic Leg Med.** 2013; 20(7): 842-7.

KAPLAN, M. S, GIESBRECHT, N; CAETANO, R; CONNER, K. R; HUGUET, N; MCFARLAND, B. H; KURT, B. N. Acute alcohol consumption as a contributing factor to suicidal behavior. **Am J Public Health.** 2013; 103: e2–3.

KLIMKIEWICZ, A; ILGEN, M. A; BOHNERT, A. S. B; JAKUBCZYK, A; WOJNAR, M; BROWER, K. J. Suicide attempts during heavy drinking episodes among individuals entering alcohol treatment in Warsaw, Poland. **Alcohol Alcohol.** 2012; 47(5): 571-6

KLONSKY, E. D; QIU, T; SAFFER, B. Y. Recent advances in differentiating suicide attempters from suicide ideators. **Curr Opin Psychiatry.** 2017 Jan; 30(1): 15-20.

LÔBO, A. P.S; MELO, N. V.L. Risco de suicídio e comorbidades psiquiátricas no transtorno de ansiedade generalizada. **J. bras. Psiquiatr.** 2015 Dec; 64(4): 259-265.

MELEIRO A. M. A. S. A complexidade multidimensional no processo suicida. **RBM rev. bras. med** 2013 13; 70:12-24.

MELLO-SANTOS, C, BERTOLOTE, J. M; WANG, Y. Epidemiology of suicide in Brazil (1980 - 2000): characterization of age and gender rates of suicide. **Rev Bras Psiquiatr.** 2005; 27(2): 131-4.

OQUENDO, M. A; PEREZ-RODRIGUEZ, M. M; POH, E; SULLIVAN, G; BURKE, A. K; SUBLETTE, M. E; MANN, J. J; GALFALVY, H. Life events: a complex role in the timing of suicidal behavior among depressed patients. **Mol Psychiatry** 2013

POMPILI, M; INNAMORATI, M; SZANTO, K; DI VITTORIO, C; CONWELL, Y; LESTER, D; TATARELLI, R; GIRARDI, P; AMORE, M. Life events as precipitants of suicide attempts among first-time suicide attempters, repeaters, and non-attempters. **Psychiatry Res.** 2011; 186(2–3): 300–305.

RAJALIN, M; HIRVIKOSKI, T; JOKINEN, J. Family history of suicide and exposure to interpersonal violence in childhood predict suicide in male suicide attempters. **J Affect Disord** 148, 92–97 (2013)

THORNBERRY; T. P; HENRY, K. L; IRELAND, T. O; SMITH, C. A. The causal impact of childhood-limited maltreatment and adolescent maltreatment on early adult adjustment. **J Adolesc Health.** 2010 Apr;46(4):359-65. Epub 2010 Jan 4.

VIDAL, C. E.L; GONTIJO, E. C. D. M; LIMA, L. A. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. **Cad Saúde Pública.** 2013; 29(1): 175-87

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Country reports and charts available.** Recuperado de www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html. 2014.