

DANIELA DANTAS LIMA

**USO NOCIVO OU DEPENDÊNCIA DE BEBIDAS
ALCOÓLICAS E COMPORTAMENTO SUICIDA EM
PACIENTES INTERNADOS NO HOSPITAL GERAL**

CAMPINAS

2010

DANIELA DANTAS LIMA

**USO NOCIVO OU DEPENDÊNCIA DE BEBIDAS
ALCOÓLICAS E COMPORTAMENTO SUICIDA EM
PACIENTES INTERNADOS NO HOSPITAL GERAL**

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para a obtenção do título de Mestre em Ciências Biomédicas, área de concentração em Saúde Mental.

ORIENTADOR: PROF. DR. NEURY JOSÉ BOTEGA

CAMPINAS

2010

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**
Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-3ª / 6044

L628u Lima, Daniela Dantas
Uso nocivo ou dependência de bebidas alcoólicas e comportamento
suicida em pacientes internados no Hospital Geral / Daniela Dantas
Lima. Campinas, SP : [s.n.], 2010.

Orientador: Neury José Botega
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Alcoolismo. 2. Tentativa de suicídio. 3. Depressão mental.
4. Pacientes internados. I. Botega, Neury José. II.
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.
III. Título.

**Título em inglês : Suicidal behavior amongst patients with alcohol misuse
admitted to a General Hospital**

Keywords: • Alcoholism
• Sicide, attempted
• Mental depression
• Inpatients

Titulação: Mestre em Ciências Biomédicas
Área de concentração: Saúde Mental

Banca examinadora:

Prof. Dr. Neury José Botega
Prof. Dr. Cláudio Eduardo Muller Banzato
Prof. Dr. Claudemir Benedito Rapeli

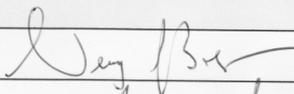
Data da defesa: 08-02-2010

Banca examinadora da Tese de Mestrado
Daniela Dantas Lima

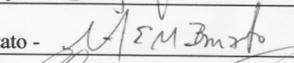
Orientador: Prof. Dr. Neury José Botega

Membros:

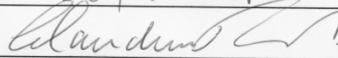
1. Prof. Dr. Neury José Botega -



2. Prof. Dr. Claudio Eduardo Muller Banzato -



3. Prof. Dr. Claudemir Bendito Rapeli -



Curso de pós-graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas.

Data: 08/02/2010

DEDICATÓRIA

*À minha mãe, Cleiriane.
O maior amor do mundo.*

*Ao meu pai, Almir.
Por ser quem é.*

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Dr. Neury José Botega, por ter acreditado na “forasteira”. Pela presença, paciência e exemplo. Por ter me apresentado a um mundo que eu não sabia existir e a pessoas que são hoje parte da minha vida. Agradeço a congruência na condução do processo, a imposição de limites necessária e o incentivo freqüente.

Ao meu grande companheiro, Cleber, que me ensina todo dia a estar perto mesmo que não seja preciso e a estar perto mesmo que seja preciso. Por ter me ajudado na decisão mais difícil da minha vida e se mantido ao meu lado.

À Jade, por estar comigo em todas as aventuras há 13 anos.

À filha do coração, Luciana, por seu cuidado e surpreendente dedicação.

À minha irmã, Josy, e aos meus sobrinhos, João Luca e Maria Luiza: o grande exercício de amor incondicional.

À minha madrinha e maior amiga Maria do Carmo, pela sintonia e por ser quem faz com que eu me sinta mais empaticamente compreendida.

Ao meu grupo de pesquisa: Profa. Renata, Marisa, Karla e Viviane. Pela presença, auxílio e compartilhar de angústias.

Às amigas trazidas pela Unicamp, Sabrina e Isabel. Companheiras de sufoco aqui e de descontração lá fora. Às vezes, o contrário.

À secretaria do departamento, especialmente à Lílian, que sempre me socorreu com as burocracias e pelo suporte dado ao EIBO durante o ano de coleta de dados.

Aos nossos entrevistadores, pela disposição e comprometimento.

E, finalmente, aos pacientes, pela abertura e colaboração nos contatos com nossa equipe.

Morrer
É uma arte como tudo o mais.
Eu, por exemplo, morro excepcionalmente bem.

Morro para me sentir no inferno.
Morro para me sentir real.
Acho que se pode dizer que tenho um dom.

Silvia Plath

O que nos faz sofrer mais profundamente e mais pessoalmente é ininteligível a
quase todos os outros, inabordável (...).

F. Nietzsche

SUMÁRIO

	PÁG.
RESUMO	16
ABSTRACT	17
1- INTRODUÇÃO	18
1.1- Sobre uso nocivo e dependência de álcool.....	19
1.2- Sobre comportamento suicida.....	22
1.3- Sobre depressão.....	28
1.4- Uso nocivo e dependência de bebidas alcoólicas e comportamento suicida: uma análise de comorbidades.....	32
1.5- Indivíduos que tentaram suicídio: um grupo específico.....	37
1.6- Morbidade psiquiátrica no hospital geral.....	40
1.7- Estudos de Intervenção Breve Oportuna – EIBO.....	42
2- OBJETIVOS	43
3- HIPÓTESES	45
4- MÉTODO	47
4.1- Delineamento.....	48
4.2- Local e sujeitos.....	48
4.3- Instrumentos.....	49
4.4- Procedimentos.....	51

4.5- Análise dos dados.....	52
4.6- Aspectos éticos.....	52
5- RESULTADOS.....	54
6- DISCUSSÃO.....	61
7- CONCLUSÃO.....	70
8-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	72
9- ANEXOS.....	83
Anexo 1- Categorias da CID-10 relacionadas ao consumo de álcool.....	84
Anexo 2- Seção de Transtornos Relacionados ao Álcool DSM – IV.	86
Anexo 3- Formulário Comum de Rastreamento – FCR.....	88
Anexo 4- Aprovação Comitê de Ética	93
Anexo 5- Termo de consentimento livre e esclarecido.....	96

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS	<i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
AUDIT	<i>Alcohol Use Disorder Identification Test</i>
CID	Classificação Internacional de Doenças
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais
ECA	<i>Epidemiologic Catchment Area Study</i>
EIBO	Estudos de Intervenção Breve Oportuna
FAPESP	Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
FCR	Formulário Comum de Rastreamento
HAD	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
HC	Hospital de Clínicas
HG	Hospital Geral
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IC	Intervalo de Confiança
IML	Instituto Médico Legal
MAST	<i>Michigan Alcoholism Screening Test</i>
MINI – RS	Seção de Risco de Suicídio do <i>MINI International Neuropsychiatric Interview</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
SDA	Síndrome de Dependência Alcoólica
TOC	Transtorno Obsessivo Compulsivo
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
USA	<i>United States of America</i>
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
WHO	<i>World Health Organization</i>

LISTA DE TABELAS

	PÁG.
Tabela 1- Características sociodemográficas dos pacientes com transtornos relacionados ao uso de bebidas alcoólicas com tentativas de suicídio.....	58
Tabela 2- Características clínicas dos pacientes com transtornos relacionados ao uso de bebidas alcoólicas com tentativas de suicídio.....	60

LISTA DE FIGURAS

	PÁG.
Figura 1- Suicídio e transtornos mentais: distribuição dos diagnósticos em estudos de população geral.....	26
Figura 2- Fluxograma do estudo.....	55

LISTA DE GRÁFICOS

	PÁG.
Gráfico 1- Perfil sociodemográfico dos pacientes alcoolistas entrevistados.....	56

LISTA DE QUADROS

	PÁG.
Quadro 1- Classificações da depressão.....	29

RESUMO

Objetivo: Detectar fatores associados ao comportamento suicida em pacientes que fazem uso nocivo de bebidas alcoólicas internados em hospital geral.

Método: 4.352 pacientes, admitidos consecutivamente, foram avaliados utilizando-se um rastreamento do qual constavam as escalas AUDIT e HAD. Fixando-se histórico de tentativa de suicídio como variável dependente, testes de qui-quadrado foram realizados com variáveis sociodemográficas e clínicas.

Resultados: Uso nocivo de álcool (AUDIT \geq 8) foi detectado em 423 pacientes. Dentre estes, 60 (14,2%) tinham depressão (HAD \geq 8) e 34 (8%) tinham histórico de tentativa de suicídio. Observou-se, também, maior frequência de tentativa de suicídio prévia em pacientes que estavam deprimidos ($p = 0,0001$), portadores de HIV ($p = 0,0001$) e que faziam uso de psicofármacos ($p = 0,02$).

Conclusões: A elevada prevalência de depressão em pacientes com transtornos relacionados ao uso de álcool e com tentativa de suicídio pregressa reforça a hipótese de que há outros fatores, como a depressão, relacionados à co-ocorrência de alcoolismo e suicídio.

PALAVRAS-CHAVE: Alcoolismo; Tentativa de Suicídio; Depressão; Pacientes Internados.

ABSTRACT

Objective: to detect factors associated to suicidal behavior among patients admitted to a general hospital who presented harmful alcohol drinking pattern.

Method: 4352 patients consecutively admitted were screened by means of the AUDIT and HAD. Chi-square tests were performed taking history of previous suicide attempts as dependent variable.

Results: 432 individuals presented alcohol harmful use or dependence (AUDIT \geq 8), 60 (14.2%) of which had depression (HAD \geq 8) and 34 (8%) previous suicide attempt. The latter was more frequent among those who were depressed ($p = 0.0001$), taking psychotropic medicines ($p = 0.02$) and HIV positive ($p = 0.0001$).

Conclusion: The high prevalence of depression in these patients reinforces the hypothesis that there are other factors, such as depression, associated with the co-occurrence of alcoholism and suicide.

KEY WORDS: Alcoholism; Suicide, Attempted; Depression; Inpatients; Hospitals, General.

1- INTRODUÇÃO

1.1 Sobre uso nocivo e dependência de álcool

Apesar de sua ampla aceitação social, o consumo de bebidas alcoólicas, quando excessivo, passa a ser um problema. Além dos inúmeros acidentes de trânsito e da violência associada a episódios de embriaguez, o consumo de álcool a longo prazo, dependendo da dose, frequência e circunstâncias, pode provocar um quadro de dependência. O consumo inadequado desta substância é um importante problema de saúde pública, acarretando altos custos para a sociedade e envolvendo questões médicas, psicológicas, profissionais e familiares (Dawson, 1998, WHO, 2004a, Meloni e Laranjeira, 2004, Chen et al., 2005).

Até pouco tempo, o alcoolismo¹ era reconhecido, de acordo com definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), citada por Fortes (1991, p.11), como:

Um estado psíquico e algumas vezes também físico, resultante da interação entre organismo vivo e uma substância, caracterizado por um comportamento e outras reações que incluem sempre compulsão para ingerir a droga, de forma contínua ou periódica, com a finalidade de experimentar seus efeitos psíquicos e às vezes, para evitar o desconforto de sua abstinência. A tolerância pode existir ou faltar e o indivíduo pode ser dependente de mais de uma droga.

Entretanto, esta visão foi ampliada a partir de 1976, com a proposição da terminologia desenvolvida por Edwards e Gross da *Síndrome de Dependência do Álcool* (SDA). A proposição foi tão bem aceita que influenciou as reformulações da Classificação Internacional de Doenças (CID) e do Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais (DSM) no que se relacionava às definições de uso abusivo de álcool e drogas. A SDA foi descrita com o objetivo de reforçar a idéia de que o alcoolismo se trata de uma síndrome, com vários níveis de gravidade, e

¹ A fim de evitar perífrase e facilitar a leitura, estamos adotando esse termo para nos referirmos aos indivíduos que fazem uso nocivo ou são dependentes de bebidas alcoólicas. O mesmo termo é utilizado na seção de Resultados e na Discussão deste trabalho aludindo pacientes que pontuaram oito ou mais no AUDIT. Importante lembrar, portanto, que trata-se, na realidade, de casos suspeitos de uso nocivo ou de dependência do álcool.

não de um fenômeno isolado. Aumento de tolerância ao álcool, crescente comportamento de procura e desejo pela bebida, sintomas de abstinência e alívio de sintomas com a retomada do consumo são alguns dos elementos envolvidos na síndrome. Contrariando algumas definições postuladas até então, afirmava-se não se tratar de um estado de doença “tudo ou nada”, mas de uma condição que existe em vários graus de gravidade, com uma gama de fatores associados, não sendo necessária a presença de todos eles para caracterizar a SDA (McGrady e Epstein, 1999).

A Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) define a síndrome da dependência alcoólica como sendo um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, no qual o uso do álcool assume crescente prioridade na vida do indivíduo, tomando importância maior que comportamentos anteriores. Uma característica descritiva central da síndrome de dependência é o desejo frequentemente forte, muitas vezes irresistível (compulsão) pelo álcool (OMS, 1993).

Entretanto, a SDA é apenas uma das três diferentes categorias de uso de bebidas alcoólicas (Ramos e Woitowitz, 2004). A categoria inicial é a de indivíduos que têm um padrão de uso não prejudicial. Alguns indivíduos consomem ocasionalmente bebidas alcoólicas de maneira controlada e sem prejuízos para saúde ou sociedade (Niel e Julião, 2006). Na terceira categoria, a de uso nocivo, apesar de não se caracterizar dependência, há um padrão de consumo causador de danos à saúde. Os danos podem ser físicos ou mentais (OMS, 1993). O padrão de uso é patológico e não se define nem pelo volume nem pela frequência do consumo, mas por características que são consideradas desviantes pelo próprio ambiente cultural em que vive o sujeito. As repercussões na saúde física ou emocional ou do funcionamento social ou do desempenho profissional parecem ser o elemento mais marcante do conceito deste padrão de uso. Esse fato assinala a preponderância de componentes sociais e comportamentais na formulação desse conceito, em detrimento de componentes biológicos e

intrapésíquicos, estes mais relevantes para o conceito de dependência (Ramos e Bertolote, 1997).

O anexo 1 contém as categorias da CID-10 relacionadas diretamente ao consumo de álcool.

O *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais da Associação Norte-Americana de Psiquiatria (DSM-IV)*, em sua quarta revisão, possui seção específica para *Transtornos Relacionados ao Álcool*, subdividida em *Transtornos pelo Uso de Álcool* e *Transtornos Induzidos pelo Álcool*, como descritas no anexo 2. Também diferencia *Dependência de Álcool* de outros padrões de uso, contudo, por estar ligado à codificação da CID-9, mantém o conceito de *Abuso de Álcool* já abandonado pela CID-10. (Ramos e Bertolote, 1997). O *Abuso de substância*, segundo o Manual (APA, 1995, p.213), consiste em:

(...) um padrão mal adaptativo de uso de substância, manifestado por consequências adversas recorrentes e significativas relacionadas ao uso repetido da substância. Para que um critério de abuso seja satisfeito, o problema relacionado à substância deve ter sido persistente ou ter ocorrido repetidamente durante o mesmo período de 12 meses. Pode haver um repetido fracasso em cumprir obrigações importantes, uso repetido em situações nas quais isto representa perigo para a sua integridade física, múltiplos problemas legais e problemas sociais e interpessoais recorrentes.

Tanto no caso de *uso nocivo* quanto de *abuso*, o diagnóstico é cancelado se o padrão de uso da substância satisfaz os critérios para *dependência*.

A dependência de álcool acomete de 10% a 12% da população mundial e 11,2% dos brasileiros que vivem nas maiores cidades do país, de acordo com o *Global Status Report on Alcohol* da *World Health Organization (WHO)* publicado em 2004 (WHO, 2004a, Laranjeira, 2003). Além disso, estima-se que, em nosso País, o álcool seja responsável por mais de 90% das internações hospitalares por

dependência de substâncias psicoativas. É considerado, ainda, uma das drogas que mais danos traz à sociedade, principalmente por ser de fácil acesso e baixo custo (Laranjeira, 2006)².

O mais recente inquérito populacional relacionado ao uso de substâncias psicoativas no Brasil foi realizado no ano de 2005 pelo Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID, 2006). Teve como base 108 cidades, compreendendo a faixa etária entre 12 e 65 anos de idade. Neste estudo, a prevalência de entrevistados classificados como dependentes de álcool foi de 12,3%. A maior porcentagem de dependentes encontrava-se na faixa etária entre 18 e 24 anos de idade. Em relação ao gênero, a prevalência de dependentes do sexo masculino foi de três a quatro vezes maior que a do feminino. As regiões com as maiores taxas de dependentes foram o Nordeste (13,8%) e, empatadas, o Sudeste e o Centro-oeste (12,7%). Nas demais, as porcentagens de dependentes estão em torno dos 9%.

1.2 Sobre comportamento suicida

Comportamento suicida é definido pela Organização Mundial da Saúde como uma ação auto-agressiva, independente do grau da letalidade da intenção e da consciência da real motivação para o ato. Dentro de tal concepção, o comportamento suicida pode se dar ao longo de um continuum: iniciando com pensamentos de autodestruição, atos suicidas, tentativas de suicídio e, finalmente, suicídio (OMS, 1968 *apud* Botega, 2006).

Edwin Shneidman, ao final de uma carreira dedicada a estudos relacionados ao suicídio, afirmava poder resumir suas constatações relacionadas ao tema em apenas uma frase: suicídio é causado por “dor psicológica” (Shneidman, 1993). Este termo foi introduzido por ele originalmente em inglês,

² www.abpbrasil.org.br/departamentos/coordenadores/coordenador/noticias/?not=100&dep=62

psychache, definido como um profundo sofrimento emocional. Para ele (Shneidman, 1993, 1998, 1999) o suicídio é causado por uma dor psicológica insuportável, associada ao sentimento excessivo de culpa, vergonha, humilhação, solidão e medo. É o que dirige o indivíduo para uma ação auto-destrutiva. Assim, matar-se é a maneira que a pessoa encontra para deter o sofrimento emocional, que tem sua fonte em necessidades psicológicas frustradas, que o indivíduo julga como essenciais e indispensáveis para continuar a viver.

Dor psicológica e sofrimento são sensações de vazio devido à perda do significado da vida e isso pode ser avaliado apenas através do entendimento dos valores que dão significado a ela (Orbach, 2003).

Trazer à luz a complexa e extensa teia de fatores psicológicos existentes por trás do comportamento suicida foi o foco da produção de Karl Menninger (1938). Este autor discordava da análise popular, que avaliava um comportamento tão complexo como o suicídio de forma simplória e ingênua. Acreditava ser um exemplo do pensamento do senso comum frases como: *“O suicídio é uma fuga de uma situação de vida intolerável. Se a situação é externa, visível, o suicídio é corajoso; se a luta é interna, invisível, o suicídio é loucura”* (Menninger, 1938). Esta seria uma concepção da autodestruição como uma fuga da realidade, de situações concretas vivenciadas com dificuldade, como doença ou pobreza. Uma fuga comparada a tirar férias, dormir ou recorrer à embriaguez. Entretanto, afirmava que o comportamento humano nunca é determinado apenas por forças externas, que há impulsos internos cujo ajustamento à realidade cria tensões que podem ser muito dolorosas: toleráveis para alguns, mas insuportáveis para outros.

A diversidade de teorias e os dados de pesquisas mostram hoje que o suicídio é um problema complexo, para o qual não existe uma única causa ou uma única razão. Resulta de uma complexa interação de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais (Bertolote et al., 2000).

Dentre os principais fatores de risco para o suicídio conhecidos, destacam-se um histórico de tentativas de suicídio e a ocorrência de um transtorno mental (Gunnell et al., 1995, Gilbody et al., 1997, Tejedor et al., 1999, Owens et al., 2002, Suominen et al., 2004a).

Em considerável proporção (30 a 60%), o suicídio é o último ato de uma série de tentativas (Botega, 1995). Owens et al. (2002), em revisão sistemática de 90 estudos de seguimento com pacientes que tentaram suicídio, concluem que o risco de suicídio em pacientes que já tentaram suicídio é, pelo menos, uma centena de vezes maior que o risco da população geral. Cassorla (1991) estima que um número em torno de 25% das repetições de tentativa de suicídio ocorram no primeiro ano seguinte, tendendo essa porcentagem a aumentar com o passar do tempo. Estudo realizado no Brasil mostrou que mulheres têm chance 4,2 vezes maior de repetir uma tentativa de suicídio que homens (Cais, 2006).

Bertolote e Fleischmann (2002), em revisão que compilou 31 artigos científicos e que englobou 15.629 casos de suicídio, demonstraram por meio de autópsia psicológica ou de diagnósticos registrados antes da morte que em 98% dos casos caberia um diagnóstico de transtorno mental. De acordo com Sonenreich e Bassit (1979), na ocorrência de transtorno mental a plena liberdade de escolha é perdida e o suicídio seria uma ação norteada pela doença. Entretanto, nem todos os suicidas são doentes mentais. Mello (2000) faz estudo de seis casos de tentativa de suicídio em que nenhum sintoma psicopatológico foi encontrado. As tentativas foram consideradas como escolhas livres e premeditadas, sem relação com transtornos mentais e classificadas como *suicídio racional*.

Beautrais et al. (1996) acompanharam 302 indivíduos que fizeram grave tentativa de suicídio por ingestão de medicamentos. O estudo apontou significativa relação entre transtornos psiquiátricos e risco para tentativas graves de suicídio, já que em 90,1% dos casos havia um diagnóstico psiquiátrico associado.

Transtornos de humor (76,8%), transtornos por uso de substância (38,7%), comportamento anti-social (30,8%) e transtornos de ansiedade (23,5%), foram os mais freqüentes. O estudo evidenciou, ainda, altas taxas de comorbidade psiquiátrica. Mais da metade dos tentadores (56,6%) preenchia critério de dois ou mais transtornos do DSM-III-R.

No estudo de Bertolote e Fleischmann (2002) supracitado, a população foi dividida em dois grupos: o dos pacientes que haviam passado por pelo menos uma internação psiquiátrica (7.424 casos) e o dos que não foram encontradas referências sobre internação psiquiátrica (8.205 casos). Nesse último, chamado de grupo da população geral, observou-se:

- Ocorrência mais frequente de transtornos de humor (35,8%).
- Os transtornos por uso de substâncias (álcool, na grande maioria dos casos) foram o segundo diagnóstico mais frequente (22,4%).
- Os transtornos de personalidade ocuparam o terceiro lugar (11,6%).
- Em quarto lugar ficaram os diagnósticos de esquizofrenia (10,6%).
- Todos os demais transtornos mentais representaram menos de 5% do total, com exceção dos transtornos de ansiedade somatoformes, que atingiram 6,1%.
- A comorbidade de transtornos de humor com transtornos por uso de substâncias (na prática, depressão e dependência alcoólica) foi a mais frequente no estudo.

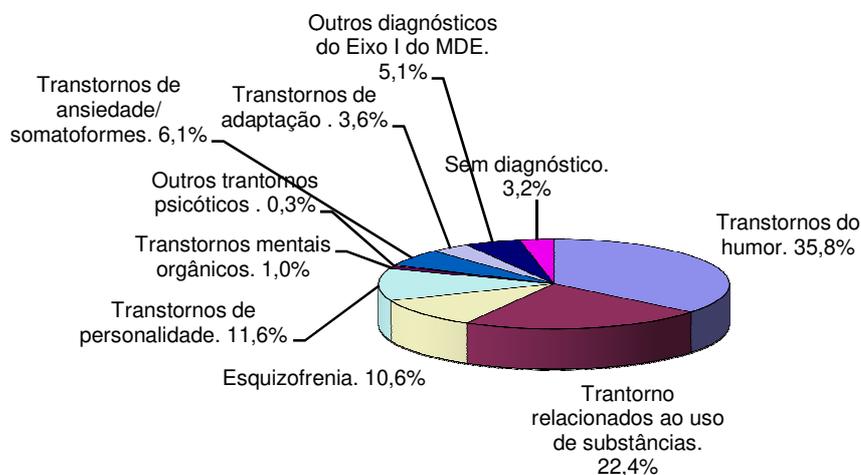


Figura 1 - Suicídio e transtornos mentais: distribuição dos diagnósticos em estudos de população geral (n= 8.205).

Fonte: Modificado de Bertolote, J.M.; Fleischman, A. (2002). Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry*. 1(3):181-85.

Determinadas condições psicológicas são consideradas fatores de risco para o suicídio, tais como: perdas recentes, perdas de figuras parentais na infância, dinâmica familiar conturbada, datas importantes e reações de aniversário, personalidade com traços significativos de impulsividade e/ou agressividade e humor lábil (Botega et al., 2006).

São também consideradas fatores de risco algumas situações clínicas, como: doenças físicas incapacitantes, dolorosas ou terminais; lesões desfigurantes perenes; epilepsia; trauma medular; neoplasias malignas; e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) (Botega et al., 2006).

Dentre aos fatores siciodemográficos de risco para o suicídio estão: sexo masculino, faixas etárias entre 14 e 40 anos e acima dos 65 anos, extratos

econômicos extremos (muito ricos e muitos pobres), residentes em áreas urbanas, desempregados (perda recente do emprego), aposentados, ateus, protestantes, separados ou divorciados, solteiros, migrantes (Stravynski e Boyer, 2001).

Em algumas profissões as incidências de suicídio são particularmente mais elevadas que em outras, nas quais as taxas são baixas. A ocupação profissional do indivíduo pode ter influência no risco de suicídio principalmente no que diz respeito ao acesso aos métodos letais e também ao nível de estresse variável que provocam. Profissionais como médicos, veterinários, farmacêuticos, químicos e agricultores apresentam uma taxa de suicídio maior que a média (Bertolote et al., 2000).

Em termos globais, o suicídio é responsável por mais de 780.000 óbitos por ano (Barros, 2004) e está entre as três maiores causas de morte na faixa etária entre 15 e 35 anos. Nos indivíduos entre 15 e 44 anos, o suicídio é a sexta causa de incapacitação (WHO, 2003).

O Brasil, tratando-se de valores absolutos, está entre os 10 países com maiores números de mortes por suicídio: 8.550 no ano de 2005. Contudo, suas taxas de suicídio são consideradas baixas (em torno de 4,5 por 100.000 habitantes por ano), principalmente se comparadas às de alguns países europeus onde os coeficientes do sexo masculino superam 40 por 100.000 habitantes por ano. Consoante com as tendências mundiais, a taxa global de suicídio no País cresceu 21% em 20 anos (1980 à 2000), tendo no estrato de jovens entre 15 e 24 anos o maior crescimento (Mello-Santos et al., 2005).

Contudo, em alguns grupos populacionais, como o de jovens em grandes cidades, o de indígenas no Centro-Oeste e do Norte e entre lavradores do interior do Rio Grande do Sul, os valores aproximam-se aos de países do leste europeu e Escandinávia (Brasil, 2004, Botega, 2007).

1.3 Sobre depressão

Vários estudos mostram a importância da depressão como fator de risco para tentativas de suicídio. Sujeitos depressivos com história de uso nocivo de álcool ou dependência alcoólica são mais susceptíveis a tentativas de suicídio que sujeitos depressivos sem história de abuso de álcool ou dependência. É importante lembrar que as taxas de ideação suicida são também mais altas nos sujeitos com história de alcoolismo (Laranjeira, 2006)³.

A depressão representa um dos transtornos psiquiátricos de maior prevalência, afetando cerca de 340 milhões de pessoas em todo mundo. É responsável por um terço da incapacidade mundial causada por condições neuropsiquiátricas, por isso considerada o transtorno mental mais importante a se enfrentar (WHO, 2004b).

Envolve o modo como o indivíduo pensa e sente, fazendo com que pessoas deprimidas experimentem extremos sentimentos de tristeza e desesperança, assim como irritabilidade, perda de interesse ou prazer em atividades que lhe eram antes prazerosas e perda de energia. Além disso, os deprimidos têm maiores níveis de ansiedade, alterações no sono, apetite e libido, maiores preocupações com sua saúde física e pensamentos de morte ou suicídio (WHO⁴, Corrêa e Barreto, 2006).

No Brasil, o Estudo Multicêntrico de Morbidade Psiquiátrica encontrou taxa de 2,8% de depressão grave (*major depression*) na cidade de Brasília, 10,2% em Porto Alegre e 1,9% na cidade de São Paulo, conforme apontam Almeida-Filho et al. (1992).

³ www.abpbrasil.org.br/departamentos/coordenadores/coordenador/noticias/?not=100&dep=62

⁴ www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/

Aproximadamente, uma pessoa em cada 20 passará por um episódio moderado ou grave de depressão ao longo da vida. A depressão grave afeta cerca de três a quatro por cento da população, mas apenas um quinto deste grupo irá procurar assistência médica. Uma em cada 50 pessoas com depressão precisa de tratamento hospitalar (Wilkinson, 1989).

A ocorrência no sexo feminino é quase duas vezes superior quando se trata de episódio depressivo leve. Entretanto, em relação a episódio depressivo maior e recorrente, a prevalência é a mesma em ambos os sexos. O período de maior incidência em mulheres é entre 35 e 45 anos. Nos homens, as taxas aumentam conforme a idade. Assim como nos dados relacionados ao suicídio, a incidência de depressão é menor em pessoas casadas que em solteiros (Wilkinson, 1989).

O diagnóstico da depressão pode ser dificultado pela forma heterogênea como é entendida atualmente. No contexto médico torna-se evidente devido à sua alta prevalência e à freqüente associação com sintomas e/ou doenças físicas (American Psychiatric Association - APA, 1995). O quadro a seguir, foi formulado com base em classificações propostas por Souza et al. (2005) e Furlanetto (2000):

ETIOLOGIA	Fatores biológicos; Fatores ambientais; Fatores psicossociais.
INTENSIDADE	Leve; Moderada; Grave.
TIPOS	Depressão maior; Distímia; Depressão menor; Depressões secundárias a doenças e induzidas por substâncias; Reação de ajustamento com humor depressivo.

Quadro 1 – Classificações da depressão.

Fonte: Modificado de Furlanetto, L. M. (1996) Diagnosticando depressão em pacientes internados em enfermarias de clínica médica. *J Brs Psiq.* 45(6): 363-70

Em relação à **etiologia**, Souza et al., 2005 afirmam que esta classificação tem sofrido alterações à medida que os conhecimentos específicos avançam. Dizem ainda que, de uma forma geral, há uma tendência a acreditar que os quadros depressivos de apresentação única ou associados a outras doenças, como transtorno afetivo bipolar, tenham uma etiologia biológica, hereditária, e que talvez vários genes estejam participando nesta expressão. Há ainda quadros que podem ser associados a fatores psicossociais ou a situações conflituosas.

Quanto à **intensidade**, classificam como *leve* quando a sintomatologia presente não atrapalha tanto o dia-a-dia do paciente. Ele percebe que suas atividades já não lhe trazem tanto prazer ou satisfação quanto antes, mas consegue manter suas atividades habituais. É *moderada* quando o quadro presente já traz dificuldades na manutenção da vida diária. Classifica-se como *grave* quando, em seu grau maior, limita a pessoa, podendo chegar a uma condição de estupor.

Com base no DSM-IV, destacam-se cinco **tipos** de depressão:

- *Depressão maior*: pelo menos cinco critérios, dentre os nove desta classificação do DSM-IV (APA, 1995), são requeridos, sendo que pelo menos humor depressivo ou anedonia devem estar presentes. A duração deve ser de pelo menos duas semanas. Os outros critérios incluem: alterações significativas de peso ou apetite; sono; psicomotricidade; energia; concentração ou da capacidade de pensar; sentimento de desvalia ou culpa; pensamentos recorrentes de morte ou suicídio.
- *Distímia*: definida como uma depressão crônica, menos grave. Os sintomas de distímia do DSM-IV sobrepõem-se aos de depressão maior, incluindo humor depressivo, alteração do apetite, do sono, fadiga, falta de concentração, baixa auto-estima e sentimento de

desesperança. Estes sintomas devem estar presentes por pelo menos dois anos.

- *Depressão menor*: é outra variante de depressão menos grave. “A característica essencial é um ou mais períodos de sintomas depressivos que são idênticos à depressão maior na duração, mas que envolvem menos sintomas e menor incapacidade.” (APA, 1995)
- *Depressões secundárias a doenças e depressões induzidas por substâncias*: a depressão é definida como secundária quando ocorre após outras doenças sabidamente relacionadas à ela. Em relação às doenças físicas e ao uso de substâncias, o DSM-IV inclui em “*Outros transtornos de humor*” duas categorias: o transtorno do humor decorrente de uma condição médica geral e o transtorno do humor induzido por substâncias, caso haja evidências de que a síndrome depressiva é consequência direta de doença física ou do uso de substâncias, respectivamente. (APA, 1995)
- *Reação de ajustamento com humor depressivo*: definidos pelo DSM-IV como sintomas emocionais e comportamentais com significado clínico que se desenvolvem em resposta a um estressor ou estressores psicossociais identificáveis. A reação deve ser desproporcional para a natureza do estressor ou o indivíduo deve sofrer prejuízo funcional ou ocupacional. Os sintomas devem aparecer dentro de três meses do início do estressor.

Os pacientes com depressão têm também uma maior tendência ao abuso de álcool e de outras substâncias, o que pode dificultar o diagnóstico, comprometer o tratamento e aumentar as taxas de suicídio nesses pacientes. (Corrêa e Barreto, 2006)

Em relação aos pacientes internados no hospital geral, os transtornos depressivos são o grupo de diagnóstico psiquiátrico mais prevalente, acometendo 20 a 33% dos enfermos (Furlanetto, 1996, Botega et al., 1995), sendo o

diagnóstico mais comum das interconsultas psiquiátricas (Magdaleno e Botega, 1991).

1.4 Uso nocivo e dependência de bebidas alcoólicas e comportamento suicida: uma análise de comorbidades.

Existe a evidência de uma associação entre suicídio e álcool largamente baseada em estudos retrospectivos e prospectivos de coorte e pós-morte – como as autópsias psicológicas. Tais estudos demonstram uma forte associação entre álcool e suicídio, segundo revisão sobre o tema (Wilcox et al., 2004).

Em outra revisão, Sher (2005) afirma que indivíduos que fazem uso nocivo ou dependem do álcool têm mais ideação suicida e um risco mais elevado de tentativas de suicídio, assim como para a consumação do ato em si. Aliás, o uso nocivo de álcool já é considerado um comportamento auto-destrutivo (Maris et al., 2000)

A intoxicação aguda é, provavelmente, o fator mais importante em mortes consideradas acidentais ou tentativas passivas de suicídio (Weiss e Hufford, 1999). Suicídio tem sido descrito como um ato agressivo contra si mesmo (Buie e Maltzberger, 1983) e o uso de determinadas substâncias que aumentam a agressividade podem ser o mecanismo que leva da ideação ao ato (Benensohn e Resnick, 1973). A intoxicação aguda pode, assim, aumentar a agressividade, prejudicar a capacidade de análise e conduzir a comportamentos impulsivos. Uso de álcool está fortemente relacionado com tentativas impulsivas de suicídio (Weiss e Hufford, 1999).

Além disso, o álcool pode atuar como facilitador para a execução de planos suicidas. Nestes casos, indivíduos usam, algumas vezes, álcool ou outras substâncias para atingirem um estado da mente que torne mais fácil o ato (Maris

et al., 2000). Pode ser considerado freqüente o uso de álcool em horas que antecedem uma tentativa de suicídio. Segundo Suokas e Lonnqvist (1995), 62% das pessoas que tentaram suicídio haviam ingerido álcool antes ou durante sua tentativa e 33%, de acordo com Wetle et al. (1988), consumiram logo antes de terem cometido suicídio. Estudo realizado na Eslovênia por Bilban e Skibin, 2005, utilizando uma amostra de 508 casos de suicídio, revelou que apenas 25,4% da população estava completamente sóbria durante o ato. Em 38,1% dos casos as vítimas estavam sob considerável influência de álcool (concentração em torno de 0.20 g/kg). Em estudo conduzido na região metropolitana de São Paulo, todos os casos de suicídio (n = 290) ocorridos no intervalo de um ano foram analisados, tendo as vítimas sido submetidas a exames toxicológicos de sangue e vísceras junto ao Laboratório de Toxicologia do Instituto Médico Legal de São Paulo (IML). Dentre estes, 36,2% revelaram presença de álcool etílico no sangue, e em 14 casos outras substâncias foram identificadas (Carlini-Cotrim, 1998).

A relação entre taxas de suicídio e consumo de álcool tem sido investigada em vários estudos, particularmente em 13 nações, quais sejam: Bélgica, Canadá, Czechoslovakia, Dinamarca, Finlândia, Luxemburgo, Holanda, Nova Zelândia, Noruega, Suécia, Suíça, EUA e Alemanha (Sher, 2005). Os resultados mostram que em 10 das 13 nações as taxas de suicídio estão positivamente associadas ao consumo *per capita* de álcool. Na Dinamarca, em Luxemburgo e na Nova Zelândia, esta relação não foi encontrada, o que confirma que os achados de estudos epidemiológicos podem nem sempre ser consistentes, indicando que múltiplos fatores influenciam taxas de suicídio e que achados obtidos em determinada nação nem sempre podem ser aplicados a outras.

Algumas evidências de estudos populacionais e clínicos sugerem que o uso nocivo de álcool e a dependência alcoólica estão frequentemente associados a outras doenças psiquiátricas. Em relação aos achados clínicos, a dependência de álcool e o uso nocivo geralmente aparecem simultâneos a outros transtornos psiquiátricos. Entretanto, é importante lembrar que tais achados estão sujeitos a

vieses, especialmente de amostragem, uma vez que indivíduos com transtornos relacionados ao uso de álcool raramente freqüentam serviços de saúde, a não ser que outra doença esteja presente.

Consultando a população geral, de acordo com o *ECA (Epidemiologic Catchment Area Study, USA, 1991)* (Robins e Regier, 1991), um terço das pessoas com diagnóstico psiquiátrico tinham também um segundo transtorno, enquanto entre os dependentes de álcool e os que dele fazem uso nocivo, esta proporção era de 47%. O transtorno de personalidade anti-social foi o mais fortemente associado, com uma prevalência 20 vezes maior que na população que não utilizava bebida alcoólica. Outros transtornos achados foram: mania, esquizofrenia, pânico, TOC, distímia, depressão maior e fobias, dentre outros (Ramos e Bertolote, 1997).

Assim como no alcoolismo, existem vários transtornos mentais associados à maioria dos casos de suicídio. De acordo com a OMS, suicídio e comportamento suicida são mais frequentes em pacientes psiquiátricos. Na maior parte das vezes, há a presença de depressão, seguida de transtornos de personalidade, alcoolismo, esquizofrenia e transtorno mental orgânico (Bertolote et al., 2000).

Ao apontar fatores de risco para comportamento suicida em alcoolistas, Roy (2003a) os classifica como “Distantes” e “Próximos”. Os primeiros seriam a denominação para os traumas ocorridos na infância ou história familiar de comportamento suicida. Os segundos, também chamados de fatores “gatilho”, seriam acontecimentos mais próximos da tentativa de suicídio que poderiam agir como precipitadores do ato. Ele conclui seus achados inferindo que suicidas relatam mais frequentemente abuso emocional na infância, negligência emocional e física e história familiar de comportamento suicida, além de certas características de personalidade – alcoolistas que tentaram suicídio seriam mais introvertidos que os que nunca tentaram. Em resumo, os fatores *Distantes* afetam

o risco de suicídio e indiretamente aumentam o risco individual quando experimentadas situações *Próximas* de risco (Roy, 2003a).

Por serem fortemente marcados pela presença de transtornos psiquiátricos de base, torna-se difícil pensar em uma simples relação de causalidade entre alcoolismo e suicídio. Parece haver a presença de um terceiro fator influenciando ambos ou eles podem ser simplesmente duas partes do mesmo problema. Além disso, é provável que haja fatores psicológicos e sociais que afetem de maneira decisiva tais comportamentos.

Sullivan et al. (2005) concluem em seu levantamento bibliográfico que pacientes deprimidos apresentam mais comumente problemas relacionados ao álcool no presente ou ao longo da vida. Citam o trabalho de Grant e Harford (1995), que acharam altas taxas de transtornos relacionados ao uso de álcool atual ou no decorrer da vida em pacientes com depressão, 21% e 40% respectivamente, comparados aos sem depressão, 7% e 16%. Similarmente, Regier et al. (1990) encontraram uma prevalência de problemas com uso de álcool ao longo da vida de 16% em pacientes com depressão, comparados a 13% da população geral.

Além disso, em quatro estudos analisados pelo autor em relação à interferência de problemas relacionados ao álcool em risco de morte por suicídio em pacientes com depressão, todos chegaram à conclusão de que problemas no presente ou ao longo da vida com álcool em pacientes com depressão estavam associados com um aumento severo em sintomas ou atos suicidas.

Contudo, a depressão não é o único fator que determina o comportamento suicida em pessoas que fazem uso nocivo ou são dependentes de álcool; ela deve estar relacionada a outras variáveis. A dependência alcoólica em si, associada ao acontecimento de eventos negativos recentes pode ser relacionada ao comportamento suicida, por exemplo (McGrady e Epstein, 1999).

Conner (2006) acreditava que indivíduos que têm ideação suicida são os que tendem a apresentar histórico de depressão, que independe do alcoolismo, e tentativas impulsivas de suicídio ligadas a transtornos de personalidade anti-social. Seu estudo comparou tentativas de suicídio, planejadas ou impulsivas, em sujeitos com diagnóstico de alcoolismo e concluiu que a agressão relacionada ao alcoolismo é elevada em tentadores de suicídios impulsivos. Tal tipo de relação pode ser um sinal para um subtipo de agressão causadora de atos impulsivos de suicídio. Entretanto, acaba concluindo também que os diagnósticos de transtorno de personalidade não eram elevados nas tentativas impulsivas.

Em estudo transversal com pacientes ambulatoriais depressivos, Abraham e Fava (1999) encontraram que 31% dos sujeitos possuíam comorbidade de abuso de substâncias. A ordem do início da dependência e da depressão dependia da classe de substância utilizada. No caso da dependência alcoólica, esta era mais comum seguir um caso de depressão maior do que precedê-la. Eles tinham como hipótese que o álcool seria como uma auto-medicação para a depressão. Isto porque acredita-se (Schuckit et al., 2006) que alguns indivíduos podem utilizar o álcool para ajudar no enfrentamento do estresse e de sentimentos negativos da depressão.

Helzer e Pryzbeck (1988), em avaliação de dados de base populacional, verificaram que sujeitos com dependência alcoólica pontuavam mais os critérios de depressão maior do DSM-III que os não dependentes. Gilman e Abraham (2001), utilizando a base deste mesmo estudo, obtiveram dados sugestivos de que na dependência alcoólica está um alto risco de desenvolvimento de depressão maior em um ano.

Da mesma forma, os resultados do *Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey* indicaram uma prevalência de dependência alcoólica ao longo da vida 3,54

vezes mais alta em sujeitos com depressão maior, de acordo com os critérios do DSM-IV (Grothues et al., 2005).

A associação entre transtornos relacionados ao uso de álcool e depressão vem sendo demonstrada por grande variedade de estudos baseados em dados clínicos (Cornelius et al., 1995, Armeli et al., 2000, Grothues et al., 2005) e populacionais (Welte et al., 1988, Helzer e Pryzbeck, 1988, Schuckit et al., 2006). A ocorrência de depressão tem sido reportada em vários estudos como um elemento significativo na relação entre alcoolismo e suicídio (Cornelius et al, 1995, McGrady e Epstein, 1999).

1.5 Indivíduos que tentaram suicídio: um grupo específico

Há diferenças epidemiológicas entre o grupo de pessoas que tentam e o daquelas que efetivamente morrem por suicídio. Estima-se que os dados oficiais relativos a tentativas de suicídio sejam mais falhos do que os de mortalidade por suicídio. É provável que os coeficientes de tentativas sejam pelo menos 10 vezes mais altos que os de suicídio. Em relação à motivação, verifica-se que na maioria das vezes morrer não seria o principal objetivo (Botega e Rapeli, 2002).

De acordo com alguns estudos latino-americanos, estão mais presentes neste grupo indivíduos do sexo feminino, que não utilizam métodos violentos e cujas tentativas são muitas vezes por meio de ingestão de medicamentos. Transtornos de personalidade e de humor também estiveram associados (Juárez et al, 1998, Salmerón et al, 2000, Serrano et al, 2004).

Cassorla (1984) aponta 150 tentativas de suicídio para cada 100.000 habitantes em estudo realizado na cidade de Campinas. As tentativas ocorreram predominantemente em indivíduos com menos de 30 anos e do sexo feminino.

Estudos com pacientes após tentativas de suicídio já foram realizados no mesmo hospital em que este estudo foi feito. Alguns são citados a seguir.

Um dos estudos avaliou 121 pacientes que deram entrada consecutivamente no hospital depois de tentativas de suicídio e os classificou de acordo com seus perfis clínicos em três grupos. O primeiro grupo comportou 43 sujeitos (maioria do sexo feminino) que utilizaram como principal método o envenenamento com medicação. Este grupo caracterizou-se por apresentar menor intencionalidade suicida e maior impulsividade na tentativa. O segundo foi composto por 53 sujeitos (maioria do sexo masculino) que tomaram pesticidas e apresentaram graus moderados de letalidade e de intencionalidade suicida. No último grupo, 17 sujeitos (predominantemente do sexo masculino) valeram-se de métodos mais violentos e apresentaram maior grau de letalidade e de intencionalidade suicida (Rapeli e Botega, 2005).

Outro trabalho se propôs a identificar diferenças entre os sexos em variáveis sócio-demográficas, psicossociais e clínicas entre aqueles que tentaram o suicídio e que foram atendidos no pronto socorro. Verificou-se, então, que os homens tiveram menos diagnóstico de depressão, menores escores na escala e disseram que estavam sentindo-se mais “ativos e vigorosos”. Apesar dos homens terem ingerido bebida alcoólica mais frequentemente e feito tentativas de suicídio mais graves, eles sentiram mais vergonha e pena de si mesmos, tiveram mais problemas no trabalho e haviam feito menos tratamento psiquiátrico que as mulheres. As mulheres mais frequentemente sofreram abuso físico e/ou sexual prévio, estavam mais deprimidas e apresentaram mais dificuldades em lidar com crises (Stefanello, 2007).

Em outro estudo foi traçado o perfil clínico de 61 pacientes que deram entrada no pronto socorro do hospital por tentativa de suicídio que era, pelo menos, a terceira de suas vidas, comparados com o dobro de indivíduos que deram entrada na mesma unidade do hospital por sua primeira tentativa. O grupo

de repetidores foi caracterizado por indivíduos na faixa etária entre 25 e 44 anos, com pior situação ocupacional e com maior disfunção no desempenho de papéis sociais, além de terem apresentado, também, mais sintomas depressivos. Nesta amostra, as mulheres possuíam chances até 4,2 vezes maiores de repetirem tentativas de suicídio (Cais, 2006).

Entre os casos de tentativa de suicídio, não se consegue afirmar ao certo a quantidade de indivíduos com transtorno psiquiátrico. As estimativas variam de acordo com os critérios utilizados para a definição de caso e com o momento escolhido para a avaliação. Dentre os diagnósticos mais frequentes, encontram-se: os transtornos de humor, transtorno mental por uso de substância psicoativa, esquizofrenia e transtornos de personalidade (Suominen et al, 2004b, Botega et al, 2006).

Da mesma forma, não há consenso sobre os achados relacionados ao gênero em que estariam associadas as maiores prevalências de tentativas de suicídio em pacientes com problemas relacionados ao uso de bebidas alcoólicas.

Sabendo-se que as taxas de consumo de bebidas alcoólicas são maiores entre os homens (WHO, 2004a, Laranjeira, 2003, CEBRID, 2006), alguns estudos revelam também que, dentre aqueles que fazem tentativas de suicídio, a maior prevalência de problemas relacionados ao uso de bebidas alcoólicas está no sexo masculino (Suokas e Lonqvist, 1995, Suominen et al., 2004b). Contudo, em estudo com pacientes dependentes de bebidas alcoólicas internados, daqueles que apresentavam tentativas prévias de suicídio, mais que o dobro era do sexo feminino (Pektas et al, 2004). Outro trabalho, com pacientes dependentes de bebidas alcoólicas em tratamento, reporta também a achados relacionados a tentativas de suicídio como sendo mais frequentes em indivíduos do sexo feminino (Preuss, 2002).

Estudo mencionado anteriormente (Stefanello, 2007) sobre tentativas de suicídio atendidas neste hospital, teve como um de seus achados a maior frequência de ingestão de bebidas alcoólicas e problemas relacionados ao seu consumo predominantemente entre os homens. Já os transtornos do humor foram mais frequentes entre as mulheres e a depressão apareceu significativamente mais no sexo feminino.

A depressão está associada a uma série de estudos, e não somente a comportamento suicida e suicídio, como especificamente também a suas tentativas. É frequente a detecção de depressão em pacientes avaliados após tentativa de suicídio. (Preuss, 2002, Houston et al, 2003, Serrano et al, 2004, Pektas et al, 2004, Rosemberg et al, 2005, Stefanello, 2007, DeJong e Overholser, 2009)

Particularmente, dois estudos (Preuss, 2002, Pektas, 2004) realizados com pacientes dependentes de bebidas alcoólicas apontam relação significativa entre depressão e tentativas de suicídio pregressas. Entretanto, não se conhece, no Brasil, nenhum estudo de prevalência em hospital geral avaliando a ocorrência conjunta de depressão, alcoolismo e comportamento suicida.

1.6 Morbidade psiquiátrica no hospital geral

Entre pacientes internados no hospital geral, a prevalência global de morbidade psiquiátrica encontra-se em torno de 30%. Os transtornos psiquiátricos mais comuns são as síndromes depressiva e ansiosa, os estados confusionais, a dependência de álcool e o tabagismo (Botega, 2006). Alguns desses problemas são transitórios, secundários às condições físicas do paciente e à internação hospitalar. Outros são crônicos, mais graves, a ponto de causarem considerável sofrimento e prejudicarem a evolução do paciente.

Por conta disso, o ambiente hospitalar passa a ser um meio estratégico para detecção de pacientes alcoolistas, muitas vezes até com outro diagnóstico psiquiátrico, o que compõe exatamente o grupo de sujeitos que se pretende avaliar no presente estudo.

A prevalência de uso abusivo ou da dependência de álcool é reconhecidamente maior em pacientes hospitalizados quando comparados à população geral. Apesar disso, há uma variação significativa nestas prevalências: entre 9% e 32% (Figlie et al., 2000) no Brasil e 7,4% e 18,3% (Coder et al., 2008) em estudos internacionais. Essa variação pode ser atribuída a diferenças metodológicas entre os estudos, em particular às relativas às definições de abuso e dependência de álcool.

Em publicação recente (Coder et al., 2008), um estudo utilizando uma amostra significativa de 14.332 pacientes internados em quatro hospitais gerais da Alemanha revela que 12% de sua amostra apresentam problemas de abuso ou dependência alcoólica. No Brasil, de 275 pacientes submetidos a *screening* durante intervenção de dois dias em hospital geral na cidade de São Paulo, 12% apresentaram escore maior ou igual a oito no questionário *Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)*, indicando padrão de uso nocivo ou dependência de álcool (Figlie et al., 2000). Em Porto Alegre (Rosa et al., 1998), estudo semelhante foi realizado utilizando o teste *CAGE*, tendo como resultado 13% de casos positivos.

Trabalho de detecção de transtornos mentais anterior (Soeiro et al., 2008), realizado no hospital onde este estudo foi desenvolvido, encontrou uma prevalência de 6% para dependência de álcool e 3,2% para abuso. Encontrou ainda prevalência de 29,2% para transtorno depressivo maior e 22,9% para risco de suicídio.

1.7 Estudos de Intervenção Breve Oportuna - EIBO

Este trabalho está inserido em um “projeto guarda-chuva”, elaborado por um grupo de pesquisadores do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Dentre eles estão: três doutores docentes do departamento, uma doutoranda, duas mestrandas e três alunos de iniciação científica. O projeto chama-se *EIBO* (Estudos de Intervenção Breve Oportuna) e foi realizado com recursos obtidos pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP).

A idéia central do projeto foi de organizar um amplo rastreamento que atingiu todos os pacientes adultos internados no Hospital de Clínicas (HC) da UNICAMP. A partir da detecção de possíveis “casos” (de depressão, tabagismo, abuso/dependência de álcool e risco de suicídio), fez-se a confirmação diagnóstica, uma “intervenção breve” e um seguimento monitorado após alta hospitalar. Decorridos seis e doze meses, avaliaram-se as condições de vida do paciente e a efetividade das ações.

Seus sub-projetos têm como objetivos centrais comuns a detecção de certos transtornos mentais em pacientes internados no hospital geral por meio de instrumentos de rastreamento; a realização de uma intervenção assistencial breve, durante a internação; o estabelecimento de vínculo com o paciente, a fim de favorecer a continuidade do seguimento após a alta; contatar periodicamente o paciente, facilitando adesão ao tratamento; e mensurar desfechos, decorrido certo tempo após a alta hospitalar. Além disso, englobam quatro fases – também comuns – de pesquisa, que são o rastreamento, a confirmação diagnóstica e intervenção, o acompanhamento e a avaliação de desfechos.

2- OBJETIVOS

Objetivo geral

Detectar fatores relacionados ao comportamento suicida em pacientes internados em hospital geral que fazem uso nocivo ou são dependentes de bebidas alcoólicas.

Objetivos específicos

1. Verificar a frequência de tentativas de suicídio em pacientes hospitalizados nos quais se detectou uso nocivo e/ou dependência de bebidas alcoólicas.
2. Comparar, dentre os pacientes com uso nocivo e/ou dependência de bebidas alcoólicas, os que têm histórico de tentativa de suicídio com os que não têm.

3- HIPÓTESES

As hipóteses foram elaboradas de acordo com a revisão da literatura científica, e, desta forma, espera-se encontrar:

- Maior prevalência de tentativa de suicídio progressiva em pacientes que fazem uso nocivo ou são dependentes de bebidas alcoólicas e que sofram de depressão quando comparados aos sem depressão.
- Maior prevalência de tentativa de suicídio em pacientes que fazem uso nocivo ou são dependentes de bebidas alcoólicas que são do sexo masculino.

4- MÉTODO

4.1 Delineamento

Este é um estudo descritivo que avaliou dados obtidos na fase de rastreamento do projeto EIBO junto a pacientes que abusavam ou dependiam de bebidas alcoólicas no HC UNICAMP.

4.2 Local e sujeitos

O HC UNICAMP é um hospital geral terciário, público, com 380 leitos, localizado na cidade de Campinas/SP.

Dos 6.276 pacientes internados consecutivamente no período de outubro de 2007 a outubro de 2008, avaliaram-se 5.357 indivíduos maiores de 18 anos, de segunda a sexta-feira em todas as enfermarias de adulto do HC UNICAMP. Em casos de mais de uma internação por período, considerou-se apenas a primeira. Os pacientes foram visitados pelos auxiliares de pesquisa, tendo por base os seguintes critérios de inclusão e de exclusão:

Critérios de inclusão do EIBO

- Indivíduos internados em enfermarias clínicas e cirúrgicas há 24-48h;
- Idade \geq 18 anos;
- Ter moradia fixa no estado de São Paulo;
- Não ter plano de mudança de cidade nos próximos 12 meses;
- Ter um telefone acessível para contato;
- Possuir familiar ou pessoa próxima capaz de fornecer informações adicionais;
- Ter assinado termo de consentimento informado.

Critérios de exclusão do EIBO

- Incapacidade de compreender as perguntas por déficit cognitivo, afasias (de compreensão ou expressão) ou transtorno psicótico;
- Falta de fluência em língua portuguesa;
- Paciente cuja gravidade clínica impedia a entrevista (exemplo: coma, *delirium tremens*, dor extrema).
- Enfermarias de psiquiatria, pediatria, oftalmologia, otorrinolaringologia e Unidade de Terapia Intensiva⁵.

4.3 Instrumentos

Foi utilizado um Formulário Comum de Rastreamento (FCR) – instrumento da primeira fase do Projeto EIBO - cuja aplicação foi efetuada diariamente por auxiliares de pesquisa. O FCR registrou informações básicas oriundas dos prontuários (data e motivo da internação, diagnósticos, uso atual de psicofármacos) e da entrevista com o paciente (anexo 02).

O FCR inclui instrumentos psicométricos já validados em nosso meio: a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD), o *Alcohol Use Disorder*

⁵ A razão para essas enfermarias terem sido excluídas deve-se a questões específicas:
Psiquiatria – por se tratar de um estudo piloto de detecção de transtornos psiquiátricos em alas não psiquiátricas de um HG.
Pediatria – esta enfermaria entrou em estudo específico do Projeto EIBO. Nos outros sub-projetos foi definido que a idade mínima de entrada seria 18 anos.
Oftalmologia e *otorrinolaringologia* – por conta da curta permanência dos pacientes nestas enfermarias. Constatou-se que a maioria destes pacientes saía de alta com menos de 48 horas de internação, o que impossibilitava sua participação nas fases seguintes do EIBO.
UTI – pela gravidade do estado dos pacientes desta unidade, e sua decorrente dificuldade de comunicação.

Identification Test (AUDIT), o questionário CAGE, a seção de Risco de Suicídio do *Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI-RS)*:

- *Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HAD*. Instrumento com 14 itens que avalia ansiedade e depressão em pacientes com comorbidades clínicas. Foi desenvolvido por Zigmond e Snaith (1983). A pontuação pode ir de 0 a 21 em cada subescala. Essa escala tem sido utilizada tanto para rastreamento diagnóstico, quanto para medir a gravidade da ansiedade ou depressão. A versão em Português desse instrumento já foi validada, e a pontuação ≥ 8 em cada subescala define suspeição de casos de ansiedade/depressão (Botega et al., 1995, 1998). Para este trabalho utilizamos apenas a escala de depressão, composta pelos seguintes itens:
 - Não sentir gosto pelas coisas;
 - Não rir e não se divertir mais;
 - Não se sentir alegre;
 - Estar lento para pensar e agir;
 - Falta de interesse pela aparência;
 - Não se animar com o futuro;
 - Não ter prazer com TV e rádio (Botega et al., 1995).
- *Alcohol Use Disorder Identification Test - AUDIT*. Desenvolvido pela OMS com o objetivo de identificar usuários de bebidas alcoólicas que se encontram em uma faixa de risco (Barbor et al., 2001). Foi utilizado no Brasil em pacientes internados em várias enfermarias de um hospital geral. No AUDIT, 10 itens exploram o consumo de álcool, sintomas de dependência e conseqüências pessoais e sociais do beber. O ponto de corte para casos de suspeição é igual ou superior a 8 pontos (Figlie et al., 1997).
- *A Seção sobre Risco de Suicídio do Mini International Neuropsychiatry Interview – MINI, versão 5.0*. O MINI é uma entrevista psiquiátrica estruturada,

capaz de produzir diagnósticos segundo a CID-10 e o DSM-IV (Sheehan et al., 1998, Amorim, 2000). Em sua seção *Risco de Suicídio*, seis perguntas questionam sobre comportamento suicida:

Durante o último mês

- *Desejou estar morto?* (1 ponto);
- *Quis provocar algum mal a si próprio?* (2 pontos);
- *Pensou em cometer suicídio?* (4 pontos);
- *Planejou como cometer suicídio?* (6 pontos);
- *Tentou o suicídio?* (10 pontos).

Ao longo da vida

- *Já fez alguma tentativa de suicídio?* (4 pontos)

O risco de suicídio é definido segundo a pontuação final: “baixo” (pontuação 1 - 5), “moderado” (pontuação 6 - 9) e “alto” (pontuação ≥ 10).

4.4 Procedimentos

Para o presente estudo, 20 auxiliares de pesquisa foram recrutados entre alunos da graduação em medicina. O treinamento dessas pessoas consistiu de três encontros semanais (com duração de duas horas cada), versando sobre:

- Morbidade psiquiátrica no hospital geral I (aula expositiva).
- Morbidade psiquiátrica no hospital geral II (aula expositiva).
- Apresentação do Projeto EIBO.
- Leitura do FCR e role-playing.
- Discussão dos resultados de três aplicações do FCR feitas por cada auxiliar.

Cada entrevistador recebeu um manual, orientando quanto aos passos da abordagem dos pacientes.

Durante a visita, sempre realizada dentro dos três primeiros dias de internação, a apresentação do estudo e a coleta da assinatura no termo de consentimento eram feitas inicialmente. Em seguida era feita a leitura das questões para o paciente e anotadas suas respostas no formulário. Nos casos de exclusão e recusa, dados mínimos eram preenchidos na parte inicial do questionário com informações oriundas dos prontuários.

4.5 Análise de dados

Os casos de uso abusivo ou dependência de bebidas alcoólicas foram definidos a partir da pontuação igual ou superior a oito no teste *AUDIT*. Dentro desta população, foi investigado antecedente, ao longo da vida, de tentativa de suicídio (resposta afirmativa ao último item do MINI).

A existência de associação entre tentativa de suicídio pregressa e cada um dos fatores demográficos e clínicos foi verificada dispondo-se as variáveis categóricas em tabelas ou comparando-se diferenças entre medidas de tendência central (média, mediana) no caso de variáveis contínuas. Foi conduzida análise univariada de todas as informações coletadas, com teste Qui-Quadrado (ou de Fisher).

4.6 Aspectos éticos

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da FCM UNICAMP (anexo 04). Cada participante foi informado sobre o estudo e aqueles que concordaram em participar assinaram o termo de consentimento (anexo 05). Nenhum tipo de ajuda financeira ou incentivo foi oferecido aos participantes. Os pesquisadores informavam à equipe de coordenação do estudo

e ao médico residente sobre os casos de transtorno mental grave e de risco de suicídio.

5- RESULTADOS

Durante os 13 meses de coleta de dados, 5.357 pacientes foram triados dentre as 6.276 internações do período. Recusaram-se a participar do estudo 59 indivíduos (1,1%) e 946 (17,6%) foram excluídos por:

- estarem em uma condição clínica grave, estarem inconscientes ou terem déficit cognitivo (44,7%).
- Terem tido alta poucas horas depois da internação (30,1%).
- Residirem fora do estado de São Paulo (12,7%).
- Não possuírem telefone para os contatos de seguimento (3,5%).

Foram entrevistados 4.352 indivíduos (2.465 homens e 1.887 mulheres), dos quais 423 foram detectados com AUDIT positivo. Dentre estes, 34 (8%) tinham histórico de tentativa de suicídio.

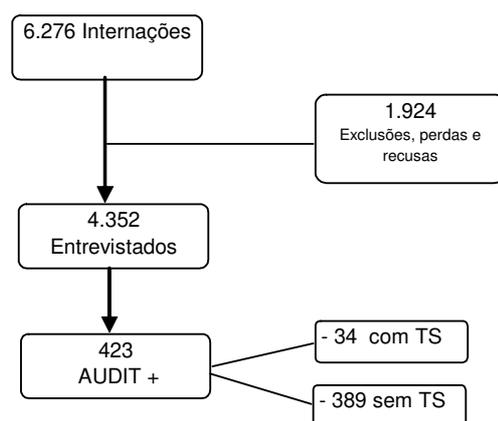


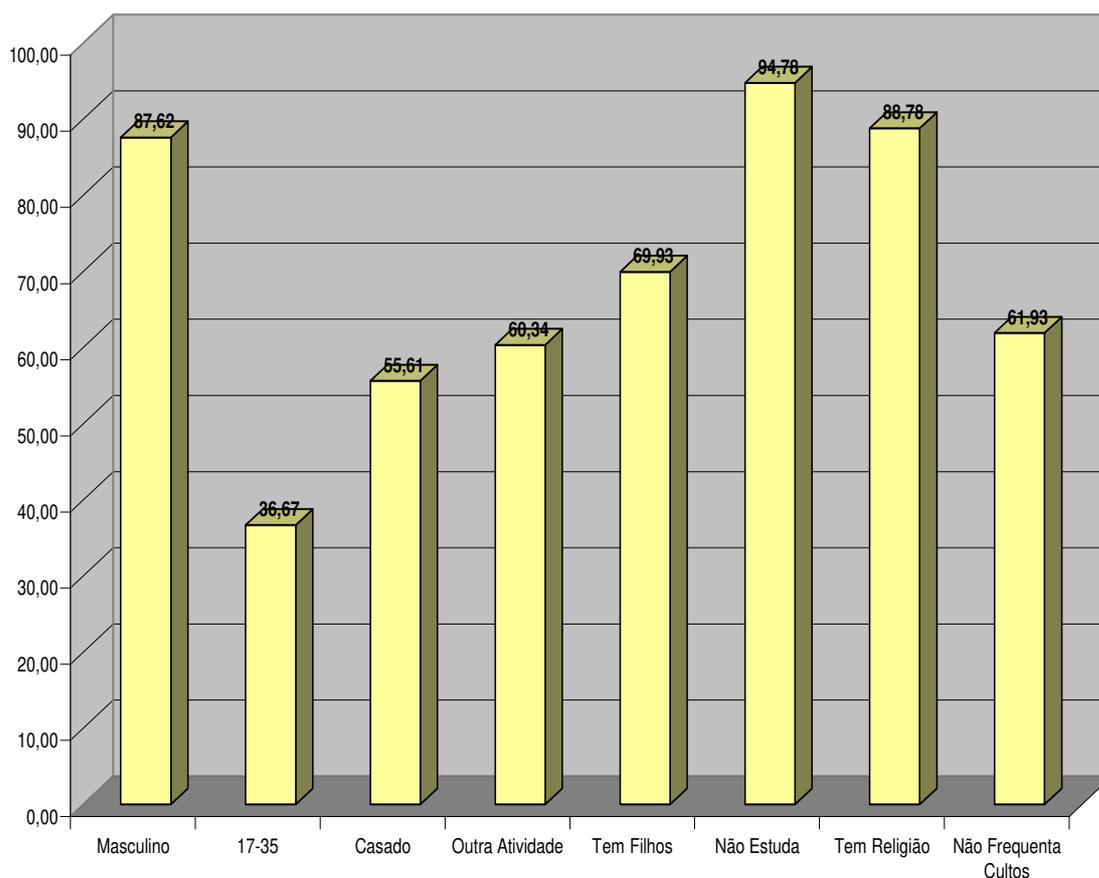
Figura 2: fluxograma do estudo.

A prevalência de transtornos relacionados ao uso de bebidas alcoólicas foi de 9,7% sobre o total de entrevistados, sendo 368 (14,9%) casos entre o sexo masculino e 52 (2,8%) entre o sexo feminino. A maior prevalência destes transtornos (27,1%) foi encontrada em pacientes admitidos por causas externas (das quais 85% se deu em decorrência de acidentes de trânsito). As três enfermarias com as maiores frequências desses transtornos foram a ortopedia

(17,3%), a oncologia (15,5%) e a traumatologia (13,5%). As de menor ocorrência foram a urologia (2,5%), a medicina interna (5,1%) e a nefrologia (5,9%).

Os dados apontam que 87,62% da amostra de pacientes alcoolistas eram compostas por indivíduos do sexo masculino e apenas 52 sujeitos (12,38%) eram do sexo feminino. A maioria dos pacientes era casada ou morava com o parceiro há mais de um mês (55,61%), estava em atividade profissional (60,34%), não estudava no momento (94,78%) e tinha pelo menos um filho (69,93%). A grande maioria afirmava ter religião (88,78%), entretanto, apenas uma parcela (38,07%) participava de cultos freqüentes (gráfico 1).

Gráfico 1 - Perfil sociodemográfico dos pacientes alcoolistas entrevistados.



Na tabela 1 apresentam-se as características sociodemográficas de pacientes alcoolistas com tentativa de suicídio prévia. Observou-se que, próximos da significância estatística, o sexo feminino e a faixa etária entre 17 e 35 anos associaram-se a maior frequência de tentativas de suicídio.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos pacientes com transtornos relacionados ao uso de bebidas alcoólicas com tentativas de suicídio (análise univariada).

Característica	n*	Com Tentativa de Suicídio (%)		p
Total	423	34	(8,0)	
Faixa Etária (anos)				
17-35	154	18	(11,7)	0,08 **
36-50	145	12	(8,3)	
51-62	75	2	(2,7)	
>63	46	2	(4,3)	
Sexo				
Masculino	368	26	(7,1)	0,05 ***
Feminino	52	8	(15,4)	
Estado Civil				
Solteiro	124	14	(11,3)	0,22 ***
Casado	233	15	(6,4)	
Viúvo	16	0	0,0	
Separado	46	5	(10,9)	
Atividade do Paciente				
Do lar	11	1	(9,1)	0,94 **
Em atividade profissional	248	19	(7,7)	
Sem atividade profissional	152	13	(8,6)	
Tem Parceiro				
Sim	233	15	(6,4)	0,15 **
Não	186	19	(10,2)	
Tem Filhos				
Sim	293	20	(6,8)	0,14 **
Não	126	14	(11,1)	
Estuda Atualmente				
Sim	20	1	(5,0)	1 ***
Não	363	32	(8,8)	
Tem Religião				
Sim	372	29	(7,8)	0,56 ***
Não	47	5	(10,6)	
Frequência a Cultos				
Não	231	16	(6,9)	0,43 **
Sim	142	13	(9,2)	

* Casos de suspeição de uso nocivo ou dependência de álcool (pontuação no AUDIT igual ou maior do que 8).

** Qui-Quadrado

*** Fischer

Na tabela 2 encontram-se as características clínicas dos pacientes alcoolistas com tentativa de suicídio prévia. Houve associação entre tentativa de suicídio progressa e depressão.

Na mesma tabela, observa-se maior frequência de tentativa de suicídio prévia em pacientes com HIV ($p = 0,0001$). Outra evidência significativa apresentada é a relação entre tentativa de suicídio e o uso de psicofármacos, tanto no momento atual (dado coletado dos prontuários), quanto ao longo da vida (dado fornecido pelo paciente) - respectivamente, $p = 0,02$ e $p = 0,0001$. As medicações mais citadas foram os benzodiazepínicos ($n = 77$), antidepressivos ($n = 32$) e estabilizadores de humor ($n = 11$). O uso de neurolépticos foi citado por um paciente e três deles referiram uso de fitoterápicos (Pasalix = 2 e Fitocalm = 1).

Os demais achados clínicos apontam que 54 (12,95%) pacientes possuíam diagnóstico de câncer, 42,62% eram tabagistas, 71,84% haviam sentido dor durante a última semana e 47,38% estavam com dor no dia da entrevista.

Tabela 2 – Características clínicas dos pacientes com transtornos relacionados ao uso de bebidas alcoólicas com tentativas de suicídio (análise univariada).

Característica	n*	Com Tentativa de Suicídio (%)		p
Total	423	34	(8,0)	
Internação Clínica ou Cirúrgica				
Clínica	137	12	(8,8)	0,75 **
Cirurgia	279	22	(7,9)	
Internação por causa externa ****				
Sim	124	11	(8,9)	0,72 **
Não	293	23	(7,8)	
Presença de Câncer				
Sim	54	3	(5,6)	0,59 ***
Não	363	31	(8,5)	
Presença de HIV				
Sim	7	5	(71,4)	0,0001 ***
Não	411	29	(7,1)	
Uso atual de psicofármacos				
Sim	73	11	(15,1)	0,02 ***
Não	311	21	(6,8)	
Uso progresso de psicofármacos				
Sim	57	14	(24,6)	0,0001 ***
Não	361	19	(5,3)	
Uso de Tabaco				
Sim	179	17	(9,5)	0,36 **
Não	241	17	(7,1)	
Dor na última semana				
Sim	301	29	(9,6)	0,068 **
Não	118	5	(4,2)	
Dor no dia da entrevista				
Sim	199	19	(9,5)	0,30 **
Não	221	15	(6,8)	
Depressão *****				
Sim	60	16	(26,7)	0,0001 ***
Não	359	17	(4,7)	

* Casos de suspeição de uso nocivo ou dependência de álcool (pontuação no AUDIT igual ou maior do que 8).

** Qui-Quadrado

*** Fischer

**** 85% dos quais por acidente automobilístico.

***** Pontuação maior ou igual a 8 na sub-escala de depressão na Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD).

6- DISCUSSÃO

Este estudo apresenta características sociodemográficas e clínicas de pacientes alcoolistas internados no Hospital de Clínicas da UNICAMP, examinando fatores relacionados a tentativas de suicídio pregressas. Observou-se que dentre os 423 indivíduos com uso nocivo ou dependentes do álcool, 34 (8%) haviam tentado suicídio. Algumas características associaram-se a esse grupo: ser portador do vírus HIV, uso de psicofármacos e ter depressão.

Algumas limitações metodológicas e dificuldades estiveram presentes na realização deste estudo. Dentre as limitações, aponta-se inicialmente que se trata de um estudo transversal, de natureza descritiva, que utilizou recursos estatísticos simples, não tendo chegado a análises multivariadas. Além disso, o formulário de rastreamento não foi além de detectar casos suspeitos. Essa fase do projeto EIBO não utilizou entrevista padronizada para confirmar diagnósticos. Por este motivo também não se faz diferença entre uso nocivo e dependência nos casos de uso de bebidas alcoólicas.

Por outro lado, O AUDIT, o instrumento utilizado para a detecção de casos de uso nocivo e/ou dependência alcoólica, é considerado um instrumento único dentre os outros questionários de rastreamento relacionados ao uso de bebidas alcoólicas. É avaliado como o melhor instrumento para ser utilizado em atenção primária para a detecção precoce de uso nocivo e/ou dependência alcoólica, se comparado ao CAGE e ao MAST (*Michigan Alcoholism Screening Test*) (Babor et al, 2001). A consistência interna deste teste, avaliada utilizando o alpha de Cronbach, foi indicada como alta em cinco estudos relatados por Allen et al. (1997). O mesmo autor relata estudos de avaliação de sensibilidade e especificidade, conduzidos fora do contexto da construção do instrumento na OMS. Com ponto de corte 8, aponta alta sensibilidade e menor (mas ainda aceitável) especificidade. Também com ponto de corte 8, o mesmo utilizado neste estudo, outro trabalho assinala uma sensibilidade de 92% e especificidade de 94% (Reinert e Allen, 2002). De acordo com estes autores, o AUDIT tem provado sua

consistência interna mesmo quando aplicado em diferentes amostras e em uma ampla gama de configurações. Aponta-se que em 18 investigações, o alpha de Cronbach ficou em torno de um valor claramente aceitável: 0,8.

Embora a equipe de 20 entrevistadores tenha estado de plantão cinco dias por semana, não se conseguiu alcançar a totalidade dos pacientes que deram entrada no hospital durante os 12 meses em que a coleta esteve ativa. A provável causa disto pode ser atribuída a dificuldades dos entrevistadores de cumprirem a tarefa de avaliar todas as internações e ao breve período em que alguns pacientes ficaram internados. Entretanto, as perdas por conta disso não passaram de 15%.

O formulário de rastreamento não incluía questões sobre rede de apoio, tema importante a ser investigado em pacientes com comportamento suicida. Também não foram incluídas questões sobre a época de início dos comportamentos avaliados, por isto não foi obtida a seqüência temporal dos eventos, com o que teria iniciado primeiro: depressão, alcoolismo ou tentativa de suicídio.

É importante lembrar que, como se trata de um hospital universitário público de alta complexidade, os resultados alcançados aqui não podem ser extrapolados para outros hospitais gerais do país.

No que diz respeito ao levantamento de informações e avaliação de dados, houve dificuldade em se encontrarem parâmetros para comparar os achados, uma vez que não se conhece outro estudo avaliando tentativas de suicídio pregressas em pacientes alcoolistas internados em hospital geral. Principalmente no que diz respeito a dados sociodemográficos, alguns não são conhecidos nesta população. Por isso, em algumas situações, os achados aqui apresentados são comparados às taxas conhecidas de pacientes com tentativas de suicídio pregressas.

É importante lembrar que nesta discussão não utilizamos os níveis de risco propostos pelo MINI-RS por julgarmos que o conceito de risco de suicídio envolve um conjunto de premissas subjetivas com as quais se pode ou não concordar. Optamos por trabalhar com o acontecimento de uma tentativa de suicídio, já que se trata de algo mais discriminável e, por isso, parece-nos mais defensável.

A prevalência global de alcoolismo obtida nas enfermarias do Hospital de Clínicas da Unicamp (9,8%) foi inferior à de estudo realizado em grandes cidades do Brasil: 12,3% para dependência de bebidas alcoólicas (CEBRID, 2006). No entanto, foi mais alta que os 8,4% estimados por um estudo de base populacional com amostra de 515 indivíduos habitantes de áreas urbanas da cidade de Campinas, em que o AUDIT também foi o instrumento utilizado (Barros et al, 2007). Essa prevalência não esteve distante das obtidas em pesquisas anteriores no mesmo hospital (9,2%, utilizando o MINI; Ferreira et al, 2007) e em outro hospital universitário (12,3%) dez anos atrás (Figlie et al, 2000).

A maior ocorrência no sexo masculino aparece também no último levantamento brasileiro sobre o uso de drogas psicotrópicas (CEBRID, 2006), com prevalência até quatro vezes maior nos homens. Em indivíduos hospitalizados, estudo em outro hospital universitário brasileiro chegou a apontar prevalência sete vezes maior no sexo masculino (Figlie et al, 2000).

Esse transtorno esteve particularmente relacionado a subgrupos admitidos no hospital, como nos 27,1% dentre os admitidos por causas externas (principalmente por acidentes de trânsito), mais que o dobro da taxa média de todos os outros pacientes. Este achado está em concordância com a literatura de que o uso de bebidas alcoólicas está relacionado a acidentes e mortes violentas (Weiss e Hufford, 1999, Reis et al, 2006, Herttua et al, 2007). De acordo com Chen e colaboradores (2005), ser usuário de bebidas alcoólicas está associado com um aumento no risco de morte por qualquer tipo de dano grave, seja de acidentes automobilísticos, suicídios ou afogamentos. A ingestão de 12 unidades

de álcool ou mais por ano está associada a um aumento de até 70% no risco de acidentes de trânsito (Sorock et al, 2006).

Talvez por esta razão os pacientes alcoolistas acabaram sendo mais numerosos em enfermarias como ortopedia e traumatologia. A menor prevalência em outras enfermarias e em alas não cirúrgicas do hospital pode ter relação com o fato de se tratar de um hospital universitário de referência na região, caracterizado por procedimentos de alta complexidade. Imagina-se que pela gravidade e pelo tempo de sua doença, o paciente já passou por uma série de reestruturações em seu estilo de vida e parar de beber pode ter sido uma delas. É importante lembrar que o AUDIT investiga o comportamento de beber nos últimos 12 meses e, pelo registro de anotações dos entrevistadores, observou-se em vários casos de pontuação negativa do instrumento que o paciente afirmava ter tido padrão de uso diferente no passado mais remoto (dados não apresentados em Resultados).

A maior prevalência entre adultos jovens é confirmada em estudo populacional em amostra representativa da mesma cidade citado anteriormente (Barros et al, 2007). A prevalência de transtornos relacionados ao uso de bebidas alcoólicas entre adolescentes e adultos jovens é crescente e preocupante. Em levantamento Brasileiro (Gauduroz, 2004), a frequência do uso de bebidas alcoólicas (pelo menos seis vezes ao mês) em estudantes de 10 a 18 anos era de 9,2% em 1997 aumentando para 15% uma década depois.

Não é comum que os levantamentos investiguem sobre a situação ocupacional do paciente, como foi feito aqui, onde constatou-se que mais da metade dos alcoolistas estava vinculado a alguma atividade profissional na época da internação.

Ao rever que mais de 40% dos alcoolistas podem cometer uma tentativa de suicídio ao longo da vida (Roy e Linnoila, 1986 *apud* Roy, 2003a), a amostra utilizada exhibe percentual inferior: 8,2% dos pacientes haviam tentado suicídio ao

longo da vida. Todavia, este percentual é significativamente maior que o da população geral se tomarmos como base os 2,8% encontrados numa amostra representativa da população de Campinas no ano de 2003 (Botega et al., 2005). Além disso, como a constatação de Roy refere-se ao risco ao longo de toda a vida, é provável que pacientes da amostra que não tentaram suicídio até o momento da entrevista possam desenvolver este comportamento no futuro.

É dado conhecido da literatura que homens costumam se matar mais que as mulheres, entretanto, em relação a tentativas, a frequência entre as mulheres é até três vezes maior (Volpe et al, 2006). Confirmando este fato, estudo realizado neste mesmo hospital e publicado no ano de 2008 (Stefanello et al, 2008) com pacientes que tentaram suicídio, comprovou que mais da metade deles (68,1%) eram do sexo feminino, entretanto, dentre os pacientes com problemas relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas, a taxa entre os homens é maior. Outro estudo, realizado em um setor de emergência de um hospital geral no mesmo estado, revelou predominância de tentativa de suicídio também no sexo feminino, com 72,5% dos casos (Diehl e Laranjeira, 2009). Em população com dependência alcoólica, avaliada por Preuss e colegas (2002), os dados apontaram uma maior prevalência de tentativa de suicídio nas mulheres.

Os achados deste estudo aproximam-se aos da literatura. Se fossem considerados 10% de significância na aplicação do teste exato de Fisher, poderia ser dito que pacientes do sexo feminino teriam apresentado mais tentativa de suicídio que os do sexo masculino. Entretanto, este teste, a 5% de significância, não aponta evidência suficiente para se concluir que o sexo do paciente nesta população associa-se a tentativa de suicídio progressa. Além disso, a frequência dos sexos na amostra é bastante desproporcional: 12,38% de mulheres e 87,62% de homens.

As maiores taxas de suicídio no Brasil encontram-se entre idosos acima de 75 anos, entretanto o número vem crescendo na faixa etária de jovens entre 15 e

24 anos (Mello-Santos et al, 2005). Em relação a pacientes com tentativa de suicídio atendidos em serviço de emergência hospitalar, estudo recente na cidade de São Paulo aponta predominância entre jovens com idade média de 26,9 anos, tendo sido frequente também entre adolescentes (menores de 18 anos), abrangendo 21,2% da amostra (Diehl e Laranjeira, 2009). As informações desta amostra parecem seguir na mesma direção, já que a maior taxa de tentativa de suicídio progressiva foi encontrada em pacientes entre 17 e 35 anos e apareceu pouco em indivíduos com mais de 50. Contudo, não há, de acordo com o teste utilizado (Qui-Quadrado a 5% de significância), evidência estatística suficiente para se afirmar que haja diferenças relacionadas à faixa etária dos pacientes.

Sabe-se que indivíduos com maior risco de suicídio são, frequentemente, solteiros, viúvos ou separados e não possuem religião (Volpe et al, 2006). Novamente sobre estudo realizado no mesmo hospital em que este trabalho foi feito e igualmente com pacientes que tentaram o suicídio (Stefanello et al, 2008), observou-se que 42,3% da mostra eram casados, apenas 31,4% não frequentavam cultos e quase a metade deles possuía atividade profissional. Na presente amostra também não se observou relação entre tentativas de suicídio anteriores com as variáveis: possuir parceiro, ter religião e/ou frequentar cultos, estar empregado, estudar no presente ou ter filhos.

Como já tratado na parte introdutória deste trabalho, a co-ocorrência de transtornos relacionados ao uso de bebidas alcoólicas e tentativa de suicídio possui geralmente um terceiro fator associado, que seria uma comorbidade psiquiátrica. Já se sabe que a depressão ocorre mais comumente em indivíduos que possuem um alto consumo diário de álcool e que têm histórico familiar de abuso da bebida (Kaplan e Sadock, 1998) e que indivíduos com alcoolismo e depressão maior possuem risco aumentado para comportamento suicida. O risco de suicídio em pacientes deprimidos com histórico de dependência alcoólica é 59% mais alto que em pacientes deprimidos sem histórico de dependência de álcool (Cornelius et al, 1995).

Nos achados desta amostra, constatou-se que a proporção de pacientes alcoolistas com tentativas de suicídio pregressas e que apresentaram índices elevados de depressão foi muito maior que a de pacientes alcoolistas com tentativas de suicídio anteriores e baixos níveis de depressão. Neste caso, o alcoolismo parece associar-se à depressão quando se trata de tentativa de suicídio.

Entretanto, por limitações do estudo, não há aqui a possibilidade de se avaliar o momento de origem desses transtornos, nem de se determinar qual deles teve início anterior ou de que forma se relacionam. O que parece ficar evidenciado é que há outros elementos a serem discutidos e avaliados na relação entre alcoolismo e tentativa de suicídio.

Os dados levantados parecem corroborar com a conclusão aventada por Driessen et. al. (1998), ao discordarem de que alcoolismo e comportamento suicida teriam causas subjacentes comuns ou ainda que comportamento suicida seria resultado direto de problemas relacionados ao uso de bebidas alcoólicas. Propõem, ao invés disto, que transtornos psiquiátricos direta ou indiretamente elevam os riscos de suicídio e o alcoolismo funcionaria como um fator adicional.

Talvez não se possa falar de uso nocivo e/ou dependência de bebidas alcoólicas como fator de risco para tentativas de suicídio sem se levar alguns outros fatores em consideração, principalmente fatores psicológicos e outras questões psiquiátricas.

Poucos estudos avaliam a relação entre pacientes com tentativa de suicídio internados e o uso de psicofármacos. No caso desta amostra, o uso de psicofármacos aparece relacionado de modo significativo aos pacientes com tentativa de suicídio. O mesmo acontece em referência ao uso deste tipo de medicamento ao longo da vida. Outro estudo em hospital geral com pacientes com

tentativas de suicídio aponta relação significativa com o uso de psicofármacos, no qual 49,6% dos pacientes utilizavam antidepressivos, benzodiazepínicos ou antipsicóticos (Houston et al, 2003).

Parece coerente pensar que o fato de usar ou já ter usado psicofármacos ao longo da vida pode estar associado a sofrimentos psíquicos e possíveis transtornos psiquiátricos. Essa informação reforça a ligação, verificada pelo estudo, entre depressão e tentativa de suicídio em pacientes alcoolistas, uma vez que o consumo maior de psicofármacos pode estar associado a maior ocorrência de depressão.

Pacientes com o HIV tentaram mais suicídio que pacientes que não possuem o vírus, confirmando achados de estudos anteriores (Cooperman e Simoni, 2005, Preau et. Al., 2008, Gielen et al, 2005). Pode-se reportar mais especificamente a um estudo com 149 pacientes portadores de HIV e com dependência química que demonstrou que quase metade já havia tentado suicídio (Roy, 2003b).

Não é incomum encontrar problemas relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas em pacientes portadores do vírus HIV (Samet et al, 2004). De acordo com a literatura (Palepu et al, 2005), estes indivíduos são frequentemente hospitalizados. Na maioria dos casos, as internações ocorrem pela perda de aderência ao tratamento antirretroviral e o consumo de bebidas alcoólicas poderia, além disso, diminuir sua eficácia, levando o paciente a uma piora significativa do quadro, fato que já sinalizaria presença de comportamento autodestrutivo. O alcoolismo, somado ao risco de suicídio aumentado que doentes crônicos possuem, pode tornar esta população mais vulnerável a tentativas de suicídio.

7- CONCLUSÃO

Dos pacientes que fazem uso abusivo de bebidas alcoólicas ou que delas são dependentes e estavam internados no Hospital de Clínicas da Unicamp, 8,1% já tentaram suicídio. De uma forma geral, pode-se dizer que o grupo de alcoolistas com tentativas de suicídio pregressas difere do grupo de alcoolistas sem tentativas de suicídio, por aqueles apresentarem maior proporção relativa de pacientes com uso de psicofármacos, presença de HIV e maior proporção também de depressão associada. Além disso, houve presença mais frequente de tentativa de suicídio no sexo feminino e na faixa-etária de jovens adultos entre 17 e 35 anos, apesar destes dados não terem alcançado significância estatística.

A investigação das características que pudessem existir na relação entre problemas relacionados ao uso de bebidas alcoólicas e a tentativa de suicídio evidencia que há outros elementos a serem discutidos e avaliados neste hiato. Um histórico de tentativa de suicídio em pacientes com problemas relacionados ao uso de bebidas alcoólicas parece ir além da co-ocorrência. É provável que o sofrimento psíquico, mais especificamente a depressão, seja um dos prováveis elos dessa cadeia. Tal suposição é reforçada quando os dados apontam a presença significativa do uso de psicofármacos por estes pacientes.

Pode-se constatar em geral que, quando os terrores da vida chegam ao ponto de superar os terrores da morte, um homem acaba pondo fim à própria vida. No entanto, os terrores da morte oferecem uma resistência considerável; são como sentinelas vigiando o portão que dá para fora deste mundo. Talvez não existisse um só homem vivo que já não tivesse posto fim à própria vida, se esse fim fosse de uma natureza puramente negativa, se fosse apenas um súbito cessar da existência. Mas há algo de positivo nesse fim: a destruição do próprio corpo; e o homem resiste a isso, pois seu corpo é a materialização da vontade de viver.

Contudo, (...) um grande sofrimento mental nos torna insensíveis à dor física; nós a desprezamos; e ainda, quando acontece de superar a outra, a dor física distrai os nossos pensamentos e nós a aceitamos de bom grado como uma pausa no sofrimento mental. É esse sentimento que torna o suicídio fácil (...).

Arthur Schopenhauer

8- REFERÊNCIAS

Abraham HD, Fava M. Order of onset of substance abuse and depression in a sample of depressed outpatients. *Compr Psychiatry* 1999;40:44-50

Allen JP, Litten RZ, Fertig JB, Babor T. A Review of Research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcohol Clin Exp Res* 1997;21(4):613-19

Almeida Filho N, Mari JJ, Coutinho E, França JF, Fernandes JG, Andreoli SB, et al. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). *Rev ABPAPAL* 1992;14(3):93-104

Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr* 2000; 22:106-15

APA. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. DSM-IV. 4ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. 880p.

Armeli S, Tennen H, Affleck G, Kranzler HR. Does affect mediate the association between daily events and alcohol use? *J Stud Alcohol* 2000;61(6):862-71

Barbor TE, La Fuente JR, Saunders J, Grant M. AUDIT- The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary care. Geneve: WHO; 2001

Barros M, Oliveira H, Marin-León L. Epidemiologia no Brasil. In: Werlang B, Botega N. Comportamento suicida. Porto Alegre: Atmed; 2004. p.45-58

Barros MB, Botega NJ, Dalgalarondo P, Marín-León L, de Oliveira HB. Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population-based study. *Rev Saude Publica* 2007;41(4):502-9

Benensohn H, Resnick HLR. Guidelines for "suicide proofing" a psychiatric unit. *Am J Psychother* 1973; 26:204-11

Bertolote JM, Vijayakumar L, Ekeberg O, Lonnqvist J, Schlebush L, Värnik A et al. Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Genebra: OMS; 2000

Bertolote JM, Fleischman A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry* 2002;1(3):181-85

Beutrais AL, Joyce PR, Mulder, RT, Fergusson DM, Deavoll BJ, Nightingale SK. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. *Am J Psychiatry* 1996;153:1009-14

Bilban M , Skibin L. Presence of alcohol in suicide victims. *Forensic Sci Int* 2005; 147S: 9-12

Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia CJr, Pereira WAB. Transtornos de humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saúde Pública* 1995;29:355-63

Botega NJ. Suicídio e tentativa de suicídio. In: Almeida OP, Dratcu L, Laranjeira R, (org.). *Manual de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995

Botega NJ, Ponde M, Silveira DC e cols. Validação da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) em pacientes epiléticos ambulatoriais. *J Bras Psiquiatr* 1998; 47:285-289

Botega NJ, Rapeli CB. Tentativa de suicídio. In: Botega NJ. *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002. p.365-77

Botega JN, Barros MBA, Oliveira HB, Dalgalarondo P, Marín-León L. Suicidal behavior in the community: prevalence and factors associated with suicidal ideation. *Rev Bras Psiquiatr* 2005; 27(1):45-53

Botega NJ, Rapeli CB, Cais CFS. Comportamento suicida. In: Botega NJ. *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2ª. edição; 2006. p.431-46

Botega NJ, Smaira SI. Morbidade psiquiátrica em hospital geral. In: Botega NJ. *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre: Artmed; 2006. p.31-42.

Botega NJ. Suicide: moving away umbrage towards a National Prevention Plan. *Rev Bras Psiquiatr* 2007;29(1):7-8

Buie M, Maltzberger JT. *The practical formulation of suicide risk*. Cambridge, MA: Firefly Press; 1983.

Brasil. Base de dados de mortalidade. In: DATASUS, editor. *Brasil: Sistema de Informações sobre Mortalidade*. Ministério da Saúde; 2004

Cais CFS. Tentativa de suicídio recorrente: um estudo clínico de indivíduos que tentaram o suicídio ao menos três vezes. [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2006.

Carlini-Cotrim B, Gallina JR, Chasin AA, da Matta. Ocorrência de suicídios sob efeito de álcool: um estudo na região metropolitana de São Paulo. Rev ABP-APAL 1998;20(4):146-9

Cassorla RMS. Jovens que tentam o suicídio – características demográficas e sociais; um estudo comparativo com jovens normais e com problemas mentais. J Bras Psiquiatr 1984;33:2-12

Cassorla RMS. Do suicídio: estudos brasileiros. Campinas: Papyrus Editora; 1991. 234p

Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas / Universidade Federal de São Paulo; 2006

Chen L-H, Baker SP, Li G. Drinking history and risk of fatal injury: comparison among specific injury causes. Accid Anal Prev 2005; 37:245-51

Coder B, Freyer-Adam J, Bischof G, Pockrandt C, Hartmann B, Rumpf H, et al. Alcohol problem drinking among general hospital inpatients in northeastern Germany. Genl Hosp Psychiatry 2008;30(2):147– 54

Conner, k, Hesselbrock VM, Schuckit MA, Hirsch JK, Knox KL, Meldrum S, et al. Precontemplated and impulsive suicide attempts among individual with alcohol dependence. J Stud Alcohol 2006;67(1):95-101

Cooperman NA, Simoni JM. Suicidal Ideation and Attempted Suicide Among Women Living With HIV/AIDS. J Behav Med 2005;28(2):149-56

Cornelius J R, Salloum IM, Mezzich J, Cornelius MD, Fabrega HJr, Ehler JG, et al. Disproportionate suicidality in patients with comorbid major depression and alcoholism. Am J Psychiatry 1995;152(3):358-64

Corrêa H, Barrero SP. O suicídio na depressão. In: Corrêa H, Barrero SP. Suicídio, uma morte evitável. Belo Horizonte: Atheneu; 2006. p.115-20

Dawson DA. Volume of ethanol consumption: effects of different approaches to measurement. J Stud Alcohol 1998;59(2):191-7

DeJong TM, Overholser JC. Assessment of depression and suicidal actions: agreement between suicide attempters and informant reports. *Suicide Life Threat Behav* 2009;39(1):38-46

Diehl A, Laranjeira R. Suicide attempts and substance use in an emergency room sample. *J Bras Psiquiatr* 2009;58(2):86-91

Driessen M, Veltrup C, Weber J, John U, Wetterling T, Dilling H. Psychiatric co-morbidity, suicidal behaviour and suicidal ideation in alcoholics seeking treatment. *Addiction* 1998; 93(6):889-894

Ferreira MH, Colombo ES, Guimarães PS, Soeiro RE, Dalgalarondo P, Botega NJ. Suicide risk among inpatients at a university general hospital. *Rev Bras Psiquiatr* 2007;29(1):51-4

Figlie NB, Pillon SC, Dunn J, Laranjeira R. The frequency of smoking and problem drinking among general hospital inpatients in Brasil – using the AUDIT and Fagerstrom questionnaires. *São Paulo Med J* 2000;118(5):139-43

Figlie NB, Pillon SC, Laranjeira RR, Dunn J. AUDIT identifica a necessidade de interconsulta específica para dependentes de álcool no hospital geral? *J Bras Psiquiatr* 1997;46:589-593

Fortes JRA. Conceito e definição de alcoolismo. In: Fortes JRA, Cardo WN. *Alcoolismo: diagnóstico e tratamento*. São Paulo: Sarvier, 1991. 327p.

Furlanetto LM. Diagnosticando depressão em pacientes internados em enfermarias de clínica médica. *J Bras Psiq* 1996;45(6):363-70

Furlanetto LM. Diagnóstico. In: *Depressões em medicina interna e em outras condições médicas*. São Paulo: Editora Atheneu, 2000. 640p.

Gauduroz JC, Noto AR, Nappo SA, Carlini EA, Trends in drug use among students in Brazil: analysis of four surveys in 1987, 1989, 1993 e 1997. *Braz J Med Bio Res* 2004;37(4):523-31

Gielen A C, McDonnell K A, O'Campo P J, Burke J G. suicide risk and mental health indicators: do they differ by abuse and hiv status? *Women's Health Issues* 2005;15:89-95

Gilbody S, House A, Owens D. The early repetition of deliberate self harm. *J R Coll Physicians Lond* 1997;31(2):171-2

- Gilman SE, Abraham HAD. Longitudinal study of the order of onset of alcohol dependence and major depression. *Drug Alcohol Depend* 2001;63:277-86
- Grant BF, Harford TC. Comorbidity between DSM-IV alcohol use disorders and major depression: results of a national survey. *Drug Alcohol Depend* 1995;39:197-206 *apud* Sullivan; 2005
- Grothues J, Bischof G, Reinhardt S, Hapke U, Meyer C, John U, et al. Intention to change drinking behaviour in general practice patients with problematic drinking and comorbid depression or anxiety. *Alcohol Alcohol* 2005;40(5):394-400
- Gunnell DL, Peters TJ, Kammerling RM, Brooks J. Relation between parasuicide, suicide, psychiatric admissions, and socioeconomic deprivation. *BMJ* 1995;311(6999):226-30
- Helzer J E, Pryzbeck T R. The co-occurrence of alcoholism with other psychiatry disorders in the general population and its impact on treatment. *J Stud Alcohol* 1988;49(3):219-24
- Herttua K, Mäkelä P, Martikainen P. Differential trends in alcohol related mortality: a register-based follow-up study in Finland in 1987–2003. *Alcohol Alcohol* 2007;42(5):456–464
- Houston K, Haw C, Townsend E, Hawton K. General practitioner contacts with patients before and after deliberate self harm. *Br J Gen Pract* 2003;53:365-370
- Juárez R et al. Perfil socioeconómico del paciente con intento de suicidio. *Med Interna Méx* 1998;14(4):145-50
- Kaplan HI, Sadock BJ. *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioural sciences, clinical psychiatry*, 8th Edn. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1998. 1478p.
- Laranjeira R. *Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento*. São Paulo: CREMESP / AMB; 2003.
- Laranjeira R. Crescimento econômico e industrial do álcool [online]. *ABP- Associação Brasileira de Psiquiatria*; 2006. [acesso em: 2007 Fev 10]. Disponível em: <http://www.abpbrasil.org.br/departamentos/coordenadores/coordenador/noticias/?not=100&dep=62>
- Magdaleno Jr.R, Botega JN. Interconsulta psiquiátrica no hospital geral universitário: um ano no Hospital de Clínicas da Unicamp. *J Bras Psiq* 1991;40(2) 95-8

- Maris RW, Berman AL, Silverman MM. Comprehensive textbook of suicidology. New York: The Guilford Press; 2000. 650p.
- McGrady BS, Epstein EE. Addictions: a comprehensive guide book. New York: Oxford University Press, Inc.; 1999
- Mello MF. O Suicídio e suas relações com a psicopatologia: análise qualitativa de seis casos de suicídio racional. Cad Saúde Pública 2000;16(1):163-70
- Mello-Santos C, Bertolote JM, 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
- Meloni JL, Laranjeira R. Custo social e de saúde do consumo do álcool. Rev Bras Psiquiatr 2004;26(Supl 1):7-10
- Menninger K. Man against himself. New York: Harcourt, Brace & World; 1938. 444p.
- Niel M, Julião AM. Alcoolismo: conceitos gerais, avaliação, diagnóstico e complicações clínicas. In: Silveira DX da, Moreira FG. Panorama atual de drogas e dependências. São Paulo: Atheneu; 2006. 493p.
- Orbach I. Mental pain and suicide. Isr J Psychiatry Relat Sci 2003;10(3):191-201
- Organização Mundial de Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. 352p.
- Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio (Cuadernos de Salud Pública, 35). O. M. S., Ginebra, 1968 *apud* Botega, 2006
- Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm: systematic review. Br J Psychiatry 2002;181:193-9
- Palepu A, Horton NJ, Tibbetts N, Meli S, Samet JH. Substance abuse treatment and hospitalization among a cohort of HIV-infected individuals with alcohol problems. Alcohol Clin Exp Res 2005;29(3):389-94
- Pektaş Ö, Mirsal H, Kalyoncu A, Ünsalan N, Beyazyürek M. Alcohol-dependent patients attempting and not attempting suicide:a comparison. Acta Neuropsychiatrica 2004;16:204–211

Preau M, Bouhnik AD, Peretti-Watel P, Obadia Y, Spire B. Suicide attempts among people living with HIV in France. *AIDS Care* 2008;20(8): 917-24

Preuss UW, et al. Comparison of 3190 alcohol-dependent individuals with and without suicide attempts. *Alcohol Clin Exp Res* 2002;26(4):471-77

Ramos SP, Bertolote JM. *Alcoolismo hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. 240p.

Ramos SP, Woitowitz AB. Da cervejinha com os amigos à dependência de álcool: uma síntese do que sabemos sobre este percurso. *Rev Bras Psiquiatr* 2004;26(Supl 1):18-22

Rapeli CB, Botega NJ. Clinical profiles of serious suicide attempters consecutively admitted to a university-based hospital: a cluster analysis study. *Rev Bras Psiquiatr* 2005;27(4):285-9

Regier DA, Farmer ME, Rae DS, et al Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 1990; 264:2511–18

Reinert D, Allen JP. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): A review of recent research. *Alcohol Clin Exp Res* 2002;26(2):272-79

Reis DA, Figlie NB, Laranjeira R. Prevalence of substance use among trauma patients treated in a Brazilian emergency room. *Rev Bras Psiquiatr* 2006;28(3):191-5

Robins LN, Regier DA. *Psychiatric Disorders in America: the Epidemiologic Catchment Area Study*. New York: Free Press; 1991

Rosa A A, Gonçalves SC, Stefani SD, Martins SO, Rosa DD, Hunsche A, et al. Percepção de abuso de álcool e de doenças relacionadas num hospital geral universitário. *Rev Ass Med Brasil* 1998;44(4):335-9

Rosemberg HJ et al. Single and multiple suicide attempts and associated health risk factors in New Hampshire adolescents. *Suicide Life Threat Behav* 2005;35(5) 547-57.

Roy A, Linnoila M. Alcoholism and suicide. *Suicide Life Threat Behav* 1986;16:244-73 *apud* Roy, 2003a

Roy A. Distal risk factors for suicidal behavior in alcoholics: replications and new findings. *J Affect Disord* 2003a;77:267-71

Roy A. Characteristics of HIV patients who attempt suicide. *Acta Psychiatr Scand* 2003b; 107(1):41-4

Salmerón JCI, Castillo JLL, Puche MAM, Sánchez FS. Perfil epidemiológico del paciente ingresado por ideación/tentativa suicida. *An Psiquiatr* 2000;16(9): 383-389

Samet JH, Phillips SJ, Horton NJ, Traphagen ET, Freedberg KA. Detecting alcohol problems in HIV-infected patients: use of the CAGE questionnaire. *AIDS Res Hum Retroviruses* 2004;20:151-155

Schuckit MA, Smith TL, Chacko Y. Evaluation of a depression-related model of alcohol problems in 430 probands from the San Diego prospective study. *Drug Alcohol Depend* 2006;82(3):194-203

Serrano LC et al. Estudio descriptivo del parasuicidio en las urgencias psiquiátricas. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr* 2004;24(91):11-22

Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatr* 1998;59(Suppl 20):22-33

Sher I. Alcohol use and suicide rates. *Med Hypotheses* 2005;65:1010-12

Shneidman ES. Suicide as psychache. *J Nerv Ment Dis* 1993;181:147-9

Shneidman ES. Further reflections on suicide and psychache. *Suicide Life Threat Behav* 1998;28(3):245-50

Shneidman ES. The psychological pain assessment scale. *Suicide Life Threat Behav* 1999;29(4):287-94

Soeiro RE, Colombo ES, Ferreira MH F, Guimarães PSA, Botega NJ, Dalgalarondo P. Religião e transtornos mentais em pacientes internados em um hospital geral universitário. *Cad Saúde Pública* 2008;24(4):793-99

Sonenreich C, Bassitt W. O conceito de psicopatologia. São Paulo: Manole; 1979

Sorock GS; Chen LH; Gonzalvo SR; Baker SP. Alcohol-drinking history and fatal injury in older adults. *Alcohol* 2006;40(3):193-9

Souza JA, Fontana JL, Pinto MA. Depressão: uma doença, várias apresentações. In: Horimoto FC, Ayache DCG, Souza JA. Depressão: diagnóstico e tratamento pelo clínico. São Paulo: Roca; 2005. 216p.

Suokas J, Lönnqvist JK. Suicide attempts in which alcohol is involved: a special group in general hospital emergency rooms. *Acta Psychiatr Scand* 1995;91:36-40

Stefanello S. Tentativas de suicídio atendidas no Hospital de Clínicas da Unicamp: diferenças entre os sexos. [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2007.

Stefanello S, Cais CFS, Mauro MLF, Freitas GVS, Botega NJ. Gender differences in suicide attempts: preliminary results of the multisite intervention study on suicidal behavior (SUPRE-MISS) from Campinas, Brazil *Rev Bras Psiquiatr* 2008;30(2):139-43

Stravynski A, Boyer R. Loneliness in relation to suicide ideation and parasuicide: a population-wide study. *Suicide Life Threat Behav* 2001;31(1):107-26

Sullivan LE, Fiellin DA, O'Connor PG. The prevalence and impact of alcohol problems in major depression: a systematic review. *Am J Med* 2005;118:330-41

Suominen K, Isometsa E, Soukas J, Achte K, Lonqvist J. Complete suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. *Am J Psychiatry* 2004a;161(3):562-3

Suominen K, Isometsa E, Haukka J, Lonqvist J. Substance use and male gender as risk factors for deaths and suicide--a 5-year follow-up study after deliberate self-harm. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004b;39(9):720-4

Tejedor MC, Diaz A, Castillon JJ, Pericay JM. Attempted suicide: repetition and survival-findings of a follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 1999;100(3):205-11

Volpe FM, Corrêa H, Barrero SP. Epidemiologia do suicídio. In: Corrêa H, Barrero SP. Suicídio, uma morte evitável. Belo Horizonte: Atheneu; 2006. p.115-20

Weiss RD, Hufford MR. Substance abuse and suicide. In: Jacobs, DG. The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention. San Francisco: Jossey-Bass, 1999

Welte J, Abel E, Wieczorek W. The role of alcohol in suicides in Erie County, NY, 1972-1984. Public Health Reports 1988;103:648-52

Wilcox CB, Conner KC, Caine ED. Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. Drug Alcohol Depend 2004;76: 11-19

Wilkinson DG. Depression: recognition and treatment in general practice. Oxford: Radcliffe Medical Press, 1989

World Health Organization Initiative on Depression in Public Health [online]. [acesso em: 2007 Nov 18]. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/

World Health Organization. The Alcohol Use Disorders Identification Test: the guidelines for use in primary care. Department of Mental Health and Substance Dependence. Geneva: WHO, 2001

World Health Organization. The World Health Report 2003: Shaping the future. Geneva: WHO, 2003

World Health Organization. Global Status Report on Alcohol. Geneva: WHO, 2004a

World Health Organization. Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options. Geneva: WHO, 2004b

Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatr Scand 1983;67:361-370

9- ANEXOS

ANEXO 01

Categorias da CID 10 relacionadas ao consumo de álcool.

Categorias da CID 10 relacionadas ao consumo de álcool. ⁶

F10. - Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso *de álcool*

- F1x.0 Intoxicação aguda
 - .00 Não complicada
 - .01 Com trauma ou outra lesão corporal
 - .02 Com outras complicações médicas
 - .03 Com *delirium*
 - .04 Com distorções perceptivas
 - .05 Com coma
 - .06 Com convulsões
 - .07 Intoxicação patológica
- F1x.1 Uso nocivo
- F1x.2 Síndrome de dependência
 - .20 Atualmente abstinente
 - .21 Atualmente abstinente, porém em ambiente protegido
 - .22 Atualmente em regime de manutenção ou substituição clinicamente supervisionado (dependência controlada)
 - .23 Atualmente abstinente, porém em tratamento com drogas aversivas ou bloqueadoras
 - .24 Atualmente usando a substância (dependência ativa)
 - .25 Uso contínuo
 - .26 Uso episódico (dipsomania)
- F1x.3 Estado de abstinência
 - .30 Não complicado
 - .31 Com convulsões
- F1x.4 Estado de abstinência com *delirium*
 - .40 Sem convulsões
 - .41 Com convulsões
- F1x.5 Transtorno psicótico
 - .50 Esquizofreniforme
 - .51 Predominantemente delirante
 - .52 Predominantemente alucinatório
 - .53 Predominantemente polimórfico
 - .54 Predominantemente com sintomas depressivos
 - .55 Predominantemente com sintonias maníacos
 - .56 Misto
- F1x.6 Síndrome amnésica
- F1x.7 Transtorno psicótico residual e de início tardio
 - .70 *Flashbacks* (revivescências)
 - .71 Transtorno de personalidade ou de comportamento
 - .72 Transtorno afetivo residual
 - .73 Demência
 - .74 Outro comprometimento cognitivo persistente
 - .75 Transtorno psicótico de início tardio
- F1x.8 Outros transtornos mentais e de comportamento
- F1x.9 Transtorno mental e de comportamento não especificado

⁶ Organização Mundial de Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. p.69-70

ANEXO 02

Seção de Transtornos Relacionados ao Álcool do DSM-IV

Seção de Transtornos Relacionados ao Álcool do DSM-IV ⁷

Transtornos por Uso de Álcool

303.90	Dependência de Álcool
305.00	Abuso de Álcool

Transtornos Induzidos pelo Álcool

303.00	Intoxicação com Álcool
291.81	Abstinência de Álcool
291.0	<i>Delirium</i> por Intoxicação com Álcool
291.0	<i>Delirium</i> por Abstinência de Álcool
291.2	Demência Persistente Induzida por Álcool
291.1	Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Álcool
291.5	Transtorno Psicótico Induzido por Álcool, Com Delírios
291.3	Transtorno Psicótico Induzido por Álcool, Com Alucinações
291.89	Transtorno do Humor Induzido por Álcool
291.89	Transtorno de Ansiedade Induzido por Álcool
291.89	Disfunção Sexual Induzida por Álcool
291.89	Transtorno do Sono Induzido por Álcool
291.9	Transtorno Relacionado ao Álcool sem Outra Especificação

⁷ APA. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. DSM-IV. 4ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. p. 226

ANEXO 03
Formulário Comum de Rastreamento



FORMULÁRIO COMUM DE RASTREAMENTO

Data da entrevista: ___/___/___ Entrevistador: _____ Enfermaria: _____

Data da Internação: ___/___/___ Alta: ___/___/___ Leito: _____

Paciente: _____ HC: _____

Sexo: ()M ()F Idade: _____ Razão da Internação: _____

DOENÇAS GRAVES, INCAPACITANTES, OU DOLOROSAS	DURAÇÃO DA DOENÇA

Está tomando psicofármaco **atualmente** (ver na prescrição)? () NÃO () SIM

Se afirmativo, quais? _____

() **Aceita participar**

() **Recusa-se a participar**

() **Excluído por:**

Razão de recusa, observações:

() Vai ter alta dentro de poucas horas

() < 18 anos

() Oftalmo - Otorrino

() Não tem telefone

() Déficit cognitivo

() Delirium

() Psicótico

() Afasia

() Estado geral grave

() Não fala Português

() Outra razão (especificar)

PREENCHER QUADRO ACIMA MESMO EM CASO DE RECUSA

Telefones para contato: _____ (_____)

_____ (_____)

_____ (_____)

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____

Ao final da avaliação, assinalar se o paciente é:

() HAD-D + () TABACO () MINI-RS + () CAGE () AUDIT +

Pontuações: _____

Estado Civil Atual:

- (1) Solteiro (2) Casado ou morando com parceiro (min 1 mês)
(3) Viúvo (4) Divorciado/Separado

Quantos filhos você teve (inclui adotivos):

- (1) Não teve (2) Teve ____ filhos

Com quem você reside atualmente?

- (1) Morando sozinho (2) Morando com filho(s)
(3) Morando com parceiro(a), sem filho(s) (4) Morando com parceiro(a) e filho(s)
(5) Morando com pais (6) Morando com outros parentes/amigos
(7) Morando em Instituição/lares (8) Outros, especificar: _____

“Até que ano estudou?” Anos de escolar cursados com sucesso _____

Está estudando atualmente? (escola regular ou supletivo) () Sim () Não

Em que trabalha atualmente (incluindo bicos, trabalho informal): _____

() Assinalar se nunca teve trabalho remunerado

Situação ocupacional:

- (1) Empregado (incluindo autônomo) (2) De licença saúde (afastado)
(3) Trabalhador temporário (bicos) (4) Desempregado há _____
(5) Estudante tempo integral (6) Aposentado por invalidez
(7) Aposentado por tempo de serviço (8) Dona-de-casa
(9) Outros, especificar: _____

Qual a sua religião? _____ () Não tem religião

Se for pessoa religiosa, quantas vezes foi ao culto/missa no último mês: _____

Já teve, ao longo da vida, que tomar remédio pra nervosismo ou depressão por pelo menos 1 mês (tristeza, desânimo)? ()
NÃO () SIM. Quais? _____

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO – HAD na última semana

D1 EU AINDA SINTO GOSTO (SATISFAÇÃO)

PELAS MESMAS COISAS DE QUE
COSTUMAVA GOSTAR

- 0 () Sim, do mesmo jeito que antes
1 () Não tanto quanto antes
2 () Só um pouco
3 () Já não sinto mais prazer em nada

D2 DOU RISADA E ME DIVIRTO QUANDO VEJO

COISAS ENGRAÇADAS

- 0 () Do mesmo jeito que antes
1 () Atualmente um pouco menos
2 () Atualmente bem menos
3 () Não consigo mais

D3 EU ME SINTO ALEGRE

- 3 () Nunca
2 () Poucas vezes
1 () Muitas vezes
0 () A maior parte do tempo

D4 ESTOU LENTO (LERDO) PARA PENSAR

E FAZER AS COISAS

- 3 () Quase sempre
2 () Muitas vezes
1 () De vez em quando
0 () Nunca

D5 EU PERDI O INTERESSE EM CUIDAR DA

MINHA APARÊNCIA

- 3 () Completamente
2 () Não estou mais me cuidando como deveria
1 () Talvez não tanto quanto antes
0 () Me cuido do mesmo jeito que antes

D6 FICO ESPERANDO ANIMADO AS COISAS

BOAS QUE ESTÃO POR VIR

- 0 () Do mesmo jeito que antes
1 () Um pouco menos do que antes
2 () Bem menos do que antes
3 () Quase nunca

D7 CONSIGO SENTIR PRAZER AO ASSISTIR UM

BOM PROGRAMA DE TV, DE RÁDIO, OU
QUANDO LEIO ALGUMA COISA

- 0 () Quase sempre
1 () Várias vezes
2 () Poucas vezes
3 () Quase nunca

Ponto de corte: ≥ 8

HAD-D = _____

TABAGISMO

Você é fumante?	NÃO
Você foi fumante? Até quando? (Assinale SIM se fumou até há um mês antes da internação)	SIM

DOR

Numa escala de zero a 10, quanto o(a) senhor(a) está sentindo de dor na última semana? Considere zero = nenhuma dor e 10 = a pior dor que já senti. **RESP.:** _ _ _

E no dia de hoje, quanto está sentindo de dor, de zero a 10? **RESP.:** _ _ _

MINI - RISCO DE SUICÍDIO

DURANTE O ÚLTIMO MÊS:					PONTOS
1	Pensou que seria melhor estar morto(a) ou desejou estar morto(a) ?	NÃO	SIM		1
2	Quis fazer mal a si mesmo(a) ?	NÃO	SIM		2
3	Pensou em se matar ?	NÃO	SIM		3
4	Pensou numa maneira de se matar ?	NÃO	SIM		4
5	Tentou se matar ?	NÃO	SIM		5
AO LONGO DA SUA VIDA:					
6	Já fez alguma tentativa de suicídio ?	NÃO	SIM		6

RISCO DE SUICÍDIO <input type="checkbox"/> NÃO	SIM: <input type="checkbox"/> Leve (1 - 5 PONTOS) <input type="checkbox"/> Moderado (6 - 9 PONTOS) <input type="checkbox"/> ELEVADO (≥ 10 PONTOS)
--	---

CAGE

1. Alguma vez o(a) senhor(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber?	NÃO	SIM
2. As pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de tomar bebida alcoólica?	NÃO	SIM
3. O(a) senhor(a) se sente chateado(a) consigo mesmo(a) pela maneira como costuma tomar bebidas alcoólicas?	NÃO	SIM
4. Costuma tomar bebidas alcoólicas pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?	NÃO	SIM

SE pelo menos um “SIM” no CAGE → Preencher AUDIT

AUDIT

1. Qual a frequência do seu consumo de bebidas alcoólicas?

- [0] nenhuma
- [1] uma ou menos de uma vez por mês
- [2] 2 a 4 vezes por mês
- [3] 2 a 3 vezes por semana
- [4] 4 ou mais vezes por semana

2. Quantas doses contendo álcool você consome num dia típico quando você está bebendo?

- [0] nenhuma
- [1] 1 a 2
- [2] 3 a 4
- [3] 5 a 6
- [4] 7 a 9

3. Qual a frequência com que você consome 6 ou mais doses de bebida alcoólica em uma ocasião?

- [0] nunca
- [1] menos que mensalmente
- [2] mensalmente
- [3] semanalmente
- [4] diariamente ou quase diariamente

4. Com que frequência, durante os últimos 12 meses, você percebeu que não conseguia parar de beber, depois de haver começado?

- [0] nunca
- [1] menos que mensalmente
- [2] mensalmente
- [3] semanalmente
- [4] diariamente ou quase diariamente

5. Quantas vezes, durante o ano passado, você deixou de fazer o que era esperado devido ao uso de bebidas alcoólicas?

- [0] nunca
- [1] menos que mensalmente
- [2] mensalmente
- [3] semanalmente
- [4] diariamente ou quase diariamente

6. Quantas vezes, durante os últimos 12 meses, você precisou de uma primeira dose pela manhã, para sentir-se melhor depois de uma bebedeira?

- [0] nunca
- [1] menos que mensalmente
- [2] mensalmente
- [3] semanalmente
- [4] diariamente ou quase diariamente

7. Quantas vezes, durante o ano passado, você se sentiu culpado ou com remorso depois de beber?

- [0] nunca
- [1] menos que mensalmente
- [2] mensalmente
- [3] semanalmente
- [4] diariamente ou quase diariamente

8. Quantas vezes, durante o ano passado, você não conseguiu lembrar o que aconteceu na noite anterior, porque você estava bêbado?

- [0] nunca
- [1] menos que mensalmente
- [2] mensalmente
- [3] semanalmente
- [4] diariamente ou quase diariamente

9. Você foi criticado pelo resultado das suas bebedeiras?

- [0] nunca
- [1] menos que mensalmente
- [2] mensalmente
- [3] semanalmente
- [4] diariamente ou quase diariamente

10. Algum parente, amigo, médico, ou qualquer outro profissional da área de saúde referiu-se às suas bebedeiras ou sugeriu a você parar de beber?

- [0] nunca
- [1] menos que mensalmente
- [2] mensalmente
- [3] semanalmente
- [4] diariamente ou quase diariamente

PONTUAÇÃO = _____

Ponto de corte ≥ 8

CACHAÇA OU UÍSQUE

1 dose usual (25 ml) de uísque ou cachaça 1 DOSE
→ Atenção: A dose "usual" pode ter + de 25 ml
1 garrafa 30 DOSES

VINHO

1 copo 1 DOSE
1 garrafa de 750 ml 8 DOSES
1 "cooler" de vinho 1 DOSE

CERVEJA

1 copo de cerveja (200 ml) 1 DOSE
1 lata ou garrafa pequena (350 ml) 2 DOSES
1 garrafa de 600 ml 3 DOSES

ANEXO 04
Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



CEP, 17/02/04.
(Grupo III)

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

☒ Caixa Postal 6111, 13083-970 Campinas, SP

☎ (0_19) 3788-8936

FAX (0_19) 3788-8925

🌐 www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

✉ cep@fcm.unicamp.br

PARECER PROJETO: N° 630/2003

I-IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: "INTERVENÇÃO BREVE "OPORTUNISTA": SISTEMATIZAÇÃO PARA ABORDAGEM DE PACIENTES DEPENDENTES DE ÁLCOOL EM HOSPITAL GERAL"

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Viviane Franco da Silva

INSTITUIÇÃO: HC/UNICAMP

APRESENTAÇÃO AO CEP: 15/12/2003

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 17/02/05

II - OBJETIVOS

Defenir a prevalência de dependência de álcool em pacientes internados na EGA e Gastroenterologia. Verificar os efeitos de uma intervenção breve.

III - SUMÁRIO

Serão avaliados cerca de 200 pacientes da EGA e Gastroenterologia do HC, UNICAMP. Serão divididos por sorteio em 3 grupos. O primeiro grupo terá intervenção breve e seguimento telefônico. O segundo grupo terá apenas intervenção breve e o terceiro grupo será controle. Independente do grupo os pacientes serão orientados quanto aos locais para seguimento no tratamento da dependência. Após 6 e 12 meses será avaliada os efeitos da intervenção e dos contatos telefônicos em termos de procura por tratamento, abstinência, padrão de consumo de bebidas alcólicas, procura por atendimento emergencial e estágio de motivação para modificação do comportamento.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Trata-se de um projeto de grande interesse social. O protocolo é bem estruturado. O Termo de Consentimento livre e Esclarecido após revisão tornou-se adequado.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na II Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 17 de fevereiro de 2004.


Prof. Dra. Carmen Sílvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

ANEXO 05

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
Estudos de Intervenção Breve Oportuna - EIBO

1. Informação

Dentre as pessoas que necessitam ser internadas em um hospital geral, muitas delas têm problemas de depressão, dependência de álcool, dependência de cigarro e, muitas vezes, seu estado de saúde pode levá-las a não ter mais forças para querer viver. A internação em um hospital pode ser, então, uma oportunidade muito boa para se reconhecer e iniciar o tratamento desses problemas.

Os objetivos desta pesquisa são:

- Medir a proporção de pacientes internados que têm problemas com álcool, com cigarro, depressão e risco de tentar contra a própria vida.
- Por meio de uma rápida entrevista, que durará não mais do que 10 minutos, detectar as pessoas que têm algum dos problemas acima.

A sua participação nesta pesquisa poderá ajudar você e outros pacientes que sofram de algum desses problemas, durante a internação aqui no HC Unicamp. Todas as informações que nos der serão mantidas em sigilo, apenas divulgada para o seu médico aqui no hospital.

2. Certificado de Consentimento

Li a informação anterior ou esta foi lida para mim. Tive a oportunidade de fazer perguntas sobre ela e fiquei satisfeito com as respostas. Fui informado também que a entrevista é confidencial. A informação dada será codificada e tratada da mesma maneira que um registro médico. Sei que não receberei nenhuma recompensa financeira ou outra gratificação por minha participação no estudo. Aceitei o convite para participar voluntariamente do estudo e compreendi que tenho direito de não participar e de não responder perguntas que me forem delicadas e que em nenhum momento isto afetará meu tratamento atual ou futuro na UNICAMP.

Para contato com o pesquisador responsável (Dr. Neury J. Botega), fone: (19) 3521 7038

Esta pesquisa recebeu a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da FCM UNICAMP cujo endereço postal é prédio da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, Caixa Postal 6111, Campinas SP, CEP 13081-970. Tel: 3521 8936 e-mail: cep@head.fcm.unicamp.br

Nome do participante: _____ RG : _____

Endereço: _____

Data: ___/___/_____

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador