

ÁLCOOL E COMPORTAMENTO SUICIDA

Murilo Costa Loureiro¹, Laís Moreira Borges Araujo²

RESUMO

O álcool é uma das substâncias psicoativas mais consumidas em todo o mundo, tendo sérias consequências fisiológicas e sociais. Estatísticas apontam que grande parte dos óbitos violentos possui alguma relação com o consumo de tais substâncias, e o álcool, por ter seu consumo liberado na maior parte do mundo acaba se tornando um dos principais responsáveis por tais estatísticas. Este trabalho tem como objetivo abordar a associação do consumo do álcool com o comportamento suicida. O método utilizado foi o da pesquisa bibliográfica a partir de publicações vinculadas à Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) e SCIELO, nos idiomas português, espanhol e inglês, com indexação entre os anos de 2009 a 2015. Foi verificado na literatura grande relação entre o consumo de álcool e maior ocorrência de suicídio. A faixa etária que apresentou maior relação destes dois fatores foi entre 34-45 anos, contudo, o índice de suicídio permanece mais elevado em idosos do sexo masculino. A grande maioria dos estudos encontrados aborda o suicídio sobre uma perspectiva multifatorial, em que o consumo de álcool e a ocorrência de episódios depressivos são alguns dos fatores relatados como mais comuns. Por este motivo sugere-se que a problemática do suicídio seja encarada como uma tríade: álcool, suicídio e depressão. Somente abordando estes três fatores será possível de fato obter uma redução expressiva do número de suicídio e tentativas deste.

Palavras-chave: Suicídio; Álcool; Transtornos Induzidos por Álcool.

ALCOHOL AND SUICIDE BEHAVIOR

ABSTRACT

Alcohol is one of the most widely consumed psychoactive substance in the world, with serious physiological and social consequences. Statistics show that the majority of violent deaths has something to do with the consumption of these substances and alcohol, having released their consumption in most of the world turns out to be one of the main responsible for such statistics. This work aims to address the association of alcohol consumption with suicidal behavior. The method used was that of literature from publications related to the Virtual Health Library (VHL) and SCIELO in Portuguese, Spanish and English, with indexing between the years 2009 to 2015. It was found in the great relationship between literature alcohol consumption and a higher incidence of suicide. The age group with the highest ratio of these two factors was between 34-45 years, however, the suicide rate remains higher in elderly men. The vast majority of studies discusses suicide on a multifactorial approach in which the alcohol and the occurrence of depression are some of the factors reported as the most common. For this reason it is suggested that the suicide challenge is seen as a triad: alcohol, suicide and depression. Only by addressing these three factors you can actually get a significant reduction in the number of suicide attempts and this.

Keywords: Suicide; Alcohol; Alcohol-Induced Disorders.

INTRODUÇÃO

Com o advento da globalização muitos países sofreram verdadeira revolução tecnológica e cultural, os diferentes regimes de governo acabaram por determinar diferenças socioeconômicas marcantes entre países, contudo, alguns graves problemas sociais são

¹ Especialista em Psiquiatria pelo Instituto de Pesquisa e Ensino do Estado de Minas Gerais - IPEMED. Médico CAPS-AD / Patos de Minas – MG. E-mail: murilo_loureiro@hotmail.com

² Mestre em Gerontologia. Professora do Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM. Terapeuta Ocupacional. E-mail: laismba@unipam.edu.br

partilhados independentemente da região do mundo. Um dado assustador da Organização Mundial de Saúde (OMS) chama atenção para um fator comum entre países ricos e pobres, o consumo de álcool entre crianças e jovens é cada vez mais frequente em todo o mundo, sendo que, dentre as substâncias psicoativas, esta é a mais consumida em escala mundial.⁽¹⁾

Embora a legislação brasileira não permita o consumo e venda de bebidas alcólicas para menores de 18 anos, estima-se que o início do consumo de álcool ocorra por volta dos 12 anos de idade no país, estatística preocupante, uma vez que, quanto mais jovem for o início do consumo de substâncias psicoativas piores serão as consequências fisiológicas e sociais para estes jovens.^(1,2) Dentre as consequências fisiológicas podem ser citadas, o desenvolvimento de neuropatias e psicoses, dependência química, desenvolvimento incompleto do Sistema Nervoso Central (SNC), dentre outros. Na perspectiva social o abuso do álcool está relacionado com um maior número de acidentes de trânsito, episódios violentos, e suicídio.^(1,2)

É fundamental que a abordagem da problemática do álcool ultrapasse os dados estatísticos, buscando alternativas preventivas. O Brasil é um dos poucos países mundiais que possui um sistema público de saúde eficaz, que inicia sua intervenção na atenção primária à saúde, e desta forma, também deverá ser tratado o consumo de álcool por crianças e adolescentes, visto que, é mais propenso a sucesso a prevenção do que a recuperação destes jovens após ser instituído a condição de “vício”.^(3,4)

O consumo alcoólico elevado é uma prática comum em grande parcela da população mundial, desencadeando graves consequências fisiológicas e sociais. O álcool constitui uma substância psicoativa que inicialmente causa uma sensação de euforia, liberdade e prazer. Tais sensações em fase tardia são substituídas por sensações depressivas e alterações emocionais exacerbadas, que reduzem a capacidade de raciocínio e pensamento lógico, podendo gerar quadros psicóticos momentâneos com graves consequências, como aumento da violência, perda da clareza de ideias e em casos extremos levar o indivíduo alcoolizado a praticar ações como homicídios, direção imprudente ou suicídios.⁽¹⁾

No Brasil, 84% da população em idade produtiva faz uso de bebidas alcólicas ocasionalmente, sendo que destes, cerca de 20% tem episódios semanais de embriaguez. Além disso, aproximadamente 80% dos jovens com idade inferior à 18 anos já experimentaram algum tipo de bebida alcólicas. Nos últimos estudos realizados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre drogas psicotrópicas (CEBRID) o abuso desse tipo de substância vem crescendo assustadoramente, com o álcool sendo o de consumo mais frequente e em maior quantidade.⁽⁵⁾

O suicídio, definido pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) como “óbito derivado de lesões autoprovocadas intencionalmente”, é considerado uma emergência psiquiátrica. Kaplan, Sadock e Grebb (2002)⁽⁶⁾ afirmam que o suicídio pode ser entendido como uma tentativa desesperada de resolução de uma crise ou problema que está causando sofrimento intenso. Pode ainda ser entendido, como um resultado da somatória de carências existenciais, estresse grave e angústia extrema.

Tendo em vista o alto índice de consumo alcoólico e práticas de violência, incluindo o suicídio, advindos deste consumo, o presente trabalho se justifica na tentativa de melhor compreender a relação existente entre o consumo de substâncias psicoativas e a ocorrência de suicídio, com ênfase no consumo alcoólico. Desta forma, o objetivo do trabalho foi verificar na literatura científica a associação entre o consumo de álcool e a ocorrência do suicídio. Buscou-se também melhor compreender as alterações fisiológicas provocadas pelo álcool, à curto e longo prazo de consumo.

METODOLOGIA

O trabalho foi realizado baseando-se na metodologia própria de uma revisão narrativa de caráter bibliográfico, realizada nas bases de dados vinculadas à Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) e à Biblioteca Virtual do Scientific Eletronic Library Online (SCIELO). A busca foi realizada entre os meses de junho a agosto de 2015, com os descritores em Ciências da Saúde (DECS): “Abuso de substâncias psicoativas”, “Suicídio”, “Álcool” e seus respectivos nos idiomas inglês e espanhol. Foram considerados estudos publicados no período compreendido entre janeiro de 2009 e dezembro de 2015.

Como critérios de inclusão, foram considerados artigos originais, que abordassem o tema pesquisado e permitissem acesso integral ao conteúdo do estudo. Artigos de revisão literária e com acesso restrito foram excluídos dos resultados da pesquisa.

Em um primeiro momento foi realizada a seleção dos estudos conforme os critérios de inclusão e exclusão já descritos anteriormente, posteriormente realizou-se uma leitura analítica e interpretativa do material selecionado, extraindo-se as informações pertinentes aos objetivos da pesquisa.

REFERENCIAL TEÓRICO

Álcool

O álcool é sem dúvida alguma a droga mais consumida em escala mundial. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2004 mais de 2 bilhões de pessoas consumiam bebidas alcoólicas em todo o mundo, sendo que 3,2% de todas as mortes mundiais tinham alguma relação com o consumo indevido do álcool. Em 2005, uma pesquisa brasileira realizada pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) em parceria com o CEBRID, apontou que entre os brasileiros pesquisados com idade entre 12 e 65 anos, cerca de 12% já preenchiam critérios diagnósticos para dependência de álcool, e destes 75% já provaram bebidas alcoólicas em algum momento da vida.⁽⁷⁾

Segundo Rabelo e Rangel (2007)⁽⁵⁾ acredita-se que 84% dos brasileiros façam uso ocasional do álcool, 21% realizam o consumo diário e pelo menos 19% tem um episódio de embriaguez alcoólica semanal. Outro dado assustador refere-se ao consumo de bebidas alcoólicas por crianças e adolescentes, 80% dos jovens menores de dezoito anos já experimentaram alguma bebida alcoólica. Os autores afirmam ainda que 75% dos acidentes fatais possuem correlação com o uso de álcool, além disso, nos homicídios acredita-se que haja parcela semelhante de contribuição das bebidas alcoólicas.

Santos e Dinham (2006)⁽⁸⁾ relatam que o consumo e fabricação de bebidas que possuem o álcool em sua composição é algo presente em diversas culturas, tais bebidas representam elementos para integração social ou ritualística, e comumente são referidos como inofensivos. Segundo Jesus et al (2002)⁽⁹⁾, apesar dos efeitos nocivos ao Sistema Nervoso Central (SNC) o álcool é obtido a partir de um processo natural, a fermentação de alimentos que possuem açúcares, podendo por este motivo ser classificado como nutriente. Kachani et al (2007)⁽¹⁰⁾ afirma que as propriedades nutrientes do álcool podem ter repercussões sérias. Uma vez que o consumo recorrente do mesmo pode “alimentar” o etilista, que passa a depender exclusivamente da bebida, gerando uma desnutrição severa, ou também, quando consumido com outros alimentos acentuar o quadro de obesidade, pelo seu alto valor calórico.

Mesmo pequenas quantidades de etanol já são suficientes para alterar o funcionamento do Sistema Nervoso Central (SNC), inicialmente, logo após a ingestão inicia-se um estágio de euforia, advindos dos efeitos estimulantes do álcool, posteriormente ocorre uma resposta neural, com efeitos depressores, momento em que inicia-se a sonolência, descontrole e descoordenação motora. Em situações de consumo acentuado o estágio depressor é

potencializado, podendo levar ao coma.⁽¹¹⁾ O álcool provoca desde alterações de humor e comportamento, até redução da capacidade cognitiva, reduzindo a capacidade do indivíduo pensar claramente, ou mover-se de forma coordenada.⁽¹²⁾

De acordo com Mansur e Monteiro (1983)⁽¹³⁾ o uso exacerbado e indevido de bebidas alcoólicas é um grave problema de saúde pública. Tal uso pode ser decorrente de fatores culturais e sociais, e tem aumentado nos últimos anos de maneira acentuada. Embora Kail (2004)⁽¹⁴⁾ afirme que em todas as épocas há relatos históricos do consumo de substâncias psicoativas como barbitúricos, alucinógenos e álcool, o mesmo autor relata que nos últimos anos o abuso de tais substâncias é algo assustadoramente comum, o que pode ser decorrente do estilo de vida opressivo, com elevado nível de estresse.

Além dos graves problemas de saúde advindos da dependência química, diversos estudos apontam para uma relação íntima entre o uso do álcool e episódios violentos. Um estudo realizado por Carlini et al (2000)⁽¹⁵⁾ aponta que entre os homicídios ocorridos em Curitiba-PR, durante 5 anos, mais da metade das vítimas e/ou autores estavam sob efeito de substâncias psicoativas no momento do crime, mais pronunciadamente sob efeito do álcool. Estudo realizado pela OMS na Argentina, Brasil e México também apontou que 80% das vítimas de violência atendidas pelos serviços de saúde também haviam consumido, ou sido agredidas por pessoas alcoolizadas.⁽¹⁶⁾

A lista de alterações e desordens metabólicas advindas do álcool é extensa, envolvendo praticamente todos os órgãos vitais, tal consumo pode provocar desde cardiomiopatias, a fibroses e esteatose hepática, pancreatite, insuficiência renal e redução do sistema imunológico. Além disso, pesquisas recentes apontam para uma relação entre o consumo de álcool e o risco aumentado para o desenvolvimento de alguns tipos de câncer como câncer de boca, esôfago, fígado e mama.⁽¹²⁾

Netto (2008)⁽¹⁷⁾ ressalta que desde a intoxicação aguda até o coma alcoólico, o indivíduo está sujeito a uma série de agravos à saúde que não podem ser totalmente dimensionados, por este motivo, o autor acredita, que as ações em saúde pública devem ser concentradas inicialmente nas medidas primárias (preventivas) visto que a recuperação após as disfunções desencadeadas pelo álcool é bem mais custosa e em alguns casos impossível.

A Síndrome de Dependência do Álcool ou alcoolismo afeta grande número de homens e mulheres repercutindo na vida familiar, social e na condição fisiológica destes. Masur (1984)⁽¹⁸⁾ afirma que o alcoolismo é de origem multifatorial, com raízes sociais, psicológicas e biológicas. Acredita-se que fatores genéticos possam aumentar a predisposição ao

alcoolismo, embora mesmo sem tal disposição, com o consumo exacerbado por período prolongado o indivíduo possa igualmente desenvolver a dependência.

Segundo Vargas (1983)⁽¹⁹⁾ podem ser consideradas quatro fases para o Alcoolismo, a saber:

- 1ª Fase: Ausência de dependência física; Início do consumo alcoólico e da dependência emocional; Observa-se aumento da irritabilidade; Também conhecida como ‘fase social’.
- 2ª Fase: também social; não há ainda dependência física; indivíduo já possui maior tolerância aos efeitos do álcool, ingerindo maiores doses.
- 3ª Fase: Inicia-se a ‘fase problemática’; dependência física e emocional; crises de abstinência já estão presentes; já há grande descontrole emocional; podem ocorrer tentativas de deixar o vício e nas recaídas há possibilidade de depressão e tentativas de autoextermínio.
- 4ª Fase: Comprometimento físico e mental enorme, com atrofia cerebral, podendo ainda haver o desenvolvimento de outros distúrbios como esquizofrenia e demais delírios paranoides. Nesta fase existe um prognóstico bastante reservado quanto à recuperação total.

SUICÍDIO

O termo suicídio deriva do latim, sendo formado a partir dos termos *sui* (si mesmo) e *caedes* (ato ou ação de matar), significando, portanto, o ato de promover a própria morte. Desde Hipócrates o suicídio é concebido como ato extremo, intimamente relacionado à melancolia e ao estado depressivo. No ano de 967 o suicídio passou a ser interpretado como crime, assumindo em 1827 a denominação de problema psiquiátrico, e posteriormente tornou-se uma desordem biológica.^(20, 21)

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) o suicídio pode ser considerado um ato deliberado, levado em frente por uma pessoa que tem plena consciência do resultado fatal advindo deste ato. Desta forma, classifica-se como suicídio a morte em que voluntariamente a pessoa executa, por acreditar ser capaz de promover a própria morte. Em contrapartida, a tentativa do suicídio, é conceituada como ato realizado buscando a própria morte, mas não chegou ao óbito.⁽²²⁾

Castro, Cunha e Souza (2011)⁽²³⁾ afirmam que é bastante complexo determinar a etiologia do comportamento suicida, visto que envolve fatores psicológicos como história de

vida e aspectos emocionais, mas também fatores biológicos diversos, e não totalmente desvendados. Minayo e Cavalcante (2013)⁽²⁴⁾ conceituam suicídio como “um ato deliberado de infligir a morte a si próprio”. De acordo com as autoras existem diversos fatores de risco que podem levar uma pessoa a cometer tal ato, mas grande parte destes possui relação com depressão ou traumas. Na pesquisa realizada pelas mesmas, tendo como objeto de estudo casos de idosas com histórias singulares que suicidaram as autoras relatam casos que relacionam, ainda que de formas diferentes, contextos familiares conflituosos, problemas familiares desencadeados pelo alcoolismo e quadros de depressão não tratados.

Ficher e Vansan (2008)⁽²⁵⁾ afirmam que há uma diferença entre o tipo de óbito comum em mulheres e homens, enquanto as primeiras optam por meios menos violentos, como ingestão de fármacos, os homens comumente aderem à métodos violentos, com menor probabilidade de salvamento, desta forma, as estatísticas apontam que há uma maior proporção de homens que conseguem levar a tentativa de suicídio até o final.

O estudo realizado por Botega et al (2009)⁽²⁶⁾ aponta que 17% dos habitantes, com idade superior à 14 anos e inferior à 30 anos, já “pensaram seriamente em pôr fim à vida”, destes, 5% chegou a planejar o ato, e 3% tentaram de fato o suicídio. Conforme referenciado pelos autores a maioria dos jovens pesquisados não tinham certeza do motivo que os motivou a tentar o suicídio, contudo, na amostra estudada observou-se uma redução da perspectiva de vida, e um constante conflito psíquico.

Conforme relatado por Heck et al (2012)⁽²⁷⁾ estima-se que a média brasileira para mortes por suicídio seja em torno de 4,3 óbitos/100 mil habitantes. Contudo, tal média não é uniforme, apresentando-se mais elevada em alguns estados brasileiros, como o Rio Grande do Sul (10,2/100.00 habitantes) e Santa Catarina (7,9/100.000 habitantes). A Organização Mundial da Saúde (2001 apud BAPTISTA, 2004)⁽²⁸⁾ aponta que o suicídio ocupa o terceiro lugar entre as causas de morte na faixa etária de 15-34 anos.

De acordo com Vidal, Gontijo e Lima (2013)⁽²⁹⁾ o grupo com maior risco de suicídio “é o idoso do sexo masculino”. Sobre tal grupo Minayo e Cavalcante⁽²⁴⁾ relatam que a maior parte dos estudos referem que os motivos que levam este grupo ao quadro depressivo e posteriormente ao suicídio são em geral a perda da independência, redução da virilidade e exclusão social.

Segundo Pordeus et al (2009)⁽³⁰⁾ as tentativas e consumação de suicídio ao longo da vida são mais frequentes em adultos com idade entre 30-44 anos, do sexo feminino. Há também uma maior prevalência em pessoas que vivem sozinhas, como viúvos, solteiros e

desquitados. Diferentemente de tais dados, Almeida et al (2009)⁽³¹⁾ apresenta uma faixa etária com maior prevalência entre 15-34 anos, em ambos os sexos, conforme este autor há um maior número de suicídios ou tentativas entre mulheres, mas nos últimos anos observou-se um aumento de incidências em adultos do sexo masculino.

De acordo com Kaplan et al (2013)⁽³²⁾ nos Estados Unidos ocorrem aproximadamente 37 mil mortes por suicídios por ano, sendo esta uma das dez causas mais comuns de óbitos no país. Sendo 4 vezes mais prevalente em homens do que em mulheres. Apenas no estado de Minas Gerais em 2012 foram registrados 1204 mortes por suicídio, contudo, estima-se que tal incidência seja bem mais elevada, visto que em grande parte do país os dados do DataSUS não são abastecidos como deveriam. No âmbito nacional os suicídios respondem por 6,6% das mortes por causas externas, e segundo Vidal, Gontijo e Lima (2013)⁽²⁹⁾ o seu risco é tão maior, quanto maior for a ocorrência de tentativas antes do fato definitivo.

ÁLCOOL E SUICÍDIO, REVISÃO DE LITERATURA

Castro, Cunha e Souza (2011)⁽²³⁾ realizaram um estudo epidemiológico buscando qualificar a prática e conhecimento da violência entre escolares de 12 a 19 anos. Observou-se que aproximadamente 20% dos 699 estudantes analisados já apresentaram algum tipo de comportamento violento, sendo que o suicídio apareceu como um tipo de violência bastante relatado entre os jovens. Tal comportamento violento relatado no estudo esteve associado ao consumo alcoólico em 23% dos casos. No estudo realizado por Carlini-Cotrim, Gazal-Carvalho e Gouveia (2000)⁽³³⁾ com população similar foi encontrada uma prevalência de tentativa de suicídio de 8,6%, sendo que o uso associado de substâncias psicoativas foi descrito como em torno de 25%.

No estudo realizado por Molina et al (2012)⁽³⁴⁾ os usuários de três Unidades Básicas de Saúde (UBS) foram avaliados quanto à presença de transtorno depressivo maior, risco de suicídio e transtornos de ansiedade. Dos 1.069 indivíduos participantes na pesquisa 1,9% fazia uso recorrente do álcool, 27,9% apresentavam transtornos de ansiedade e 14,9% foram considerados com “risco de suicídio”.

De acordo com Kaplan et al (2013)⁽³²⁾ parece ser consenso na literatura que indivíduos alcoolistas possuem grandes chances de comportamentos suicidas, contudo, os autores afirmam, que do mesmo modo que não se sabe explicar tal comportamento, não há ainda respostas definitivas sobre a relação entre o consumo agudo do álcool e o suicídio. Os autores realizaram um estudo com dados referentes à 57.813 mortes por homicídio, buscando analisar

o perfil dos suicidas que utilizaram ou havia indícios de tal uso, álcool no momento do ato. Observou-se que a utilização de álcool estava relacionada com a maior parte das mortes mais violentas de suicídio, e também foi mais comum a associação do álcool na idade entre 35 e 44 anos. Outro ponto encontrado pelos autores foi a relação entre maior índice de escolaridade neste perfil associado ao consumo de álcool.

Em estudo com objetivos similares ao de Kaplan et al (2013)⁽³²⁾, Berman (2014)⁽³⁵⁾ analisou comunidades distintas do Alasca, buscando verificar a incidência de Suicídio relacionada ao consumo de álcool. Em uma das comunidades a importação do álcool era proibida, não havendo consumo de bebidas, enquanto na outra comunidade havia liberação das mesmas. O autor não encontrou diferenças quanto aos riscos de suicídio nas duas comunidades, demonstrando, segundo o mesmo, que o risco estaria mais relacionado à fatores socioculturais, e não ao consumo alcoólico. Por este motivo, o autor não considera que campanhas contra o uso de bebidas alcoólicas irá desencadear alguma redução nas taxas de suicídio.

De acordo com Pridemore et al (2013)⁽³⁶⁾ os índices de alcoolismo e suicídio na Rússia são os mais altos do mundo, por este motivo o país vem tentando implantar políticas visando a redução do consumo de álcool desde o ano de 2006. Embora tenha sido muito aquém do desejado houve uma redução do consumo alcoólico, e proporcionalmente foi observado também uma diminuição da taxa de homicídio. Como não houve no mesmo período nenhuma campanha voltada para o segundo problema, acredita-se ter sido comprovada a relação existente entre o consumo alcoólico e o maior índice de mortes violentas, com destaque para o suicídio.

Conner et al (2014)⁽³⁷⁾ avaliaram o perfil de 37.993 casos de suicídio, foi observado que em 35% dos casos de suicídio com arma de fogo, e 36,8% de enforcamento os suicidas fizeram uso do álcool antes de cometer o ato. Em relação ao suicídio por intoxicação associado com álcool este esteve presente em 32,7% dos casos, sendo mais prevalente em adultos mais velhos, enquanto os dois primeiros tipos foram mais prevalentes em adultos jovens. Não há um perfil predominante de suicídio relacionado ao uso do álcool, contudo, percebe-se que frequentemente relaciona-se com formas mais violentas. Em concordância com o exposto anteriormente o estudo realizado por Ribeiro et al (2012)⁽³⁸⁾ aponta que a relação entre álcool e suicídio é ainda mais significativa na terceira idade, agravada pelo fenômeno da Depressão Maior, patologia muito frequente nesta população, e comumente ignorada pela maior parte da sociedade.

Mcmanama O'Brien et al (2014)⁽³⁹⁾ relatam que em pacientes depressivos o uso do álcool pode não apenas agravar o quadro de depressão, mas também desencadear crises ainda em pacientes que possuam baixos níveis de humor deprimido. Os autores citam como exemplo, adolescentes que possuem ideação suicida, mas com uso do álcool podem rapidamente passar por uma transição entre tal ideação e a tentativa ou consumação do fato. Por este motivo, segundo os autores, o álcool deve ser visto com o mesmo receio de tantas outras drogas, pela potencialidade do mal que pode desencadear.

No estudo realizado por Güleç et al (2014)⁽⁴⁰⁾ foram analisados 100 pacientes com histórico de tentativas de suicídio, na busca de compreender prováveis fatores de risco para o comportamento de autoextermínio. De acordo com os autores, pacientes que possuem em seu histórico uso recorrentes de bebidas alcoólicas devem ser considerados pelos médicos um grupo de risco de desenvolverem comportamentos suicidas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O álcool está relacionado com os modos mais violentos de suicídio, e é mais comum a ingestão alcoólica para o ato em si, entre os 35 a 44 anos. O maior grau de escolaridade também está mais relacionado com o maior consumo de álcool e a ocorrência de suicídio.

Estudos principalmente norte americanos afirmam que ações preventivas contra o abuso do álcool podem diretamente influenciar e promover a redução da taxa de suicídios. Estudos realizados na Rússia apontam o país como um dos países com piores índices de alcoolismo e maiores taxas de suicídio.

O álcool está relacionado ao suicídio não apenas através do consumo, mas também pela ocorrência de desestruturação familiar desencadeada pelo consumo abusivo de bebidas alcoólicas, principalmente por pais. Tal relação é apontada principalmente por estudos que abordam tentativas de suicídio por crianças ou adolescentes, que em sua maioria possuem como motivação traumas por violência sexual, doméstica, ou decorrente do alcoolismo na família.

Nos estudos que possuíam foco no alcoolismo haviam relatos que a partir da fase de dependência física e psicológica é comum um quadro psicótico e/ou depressivo associado, e comumente, ao tentar abandonar o vício e não conseguir o alcoolista pode enxergar no suicídio a única solução viável.

O suicídio nos idosos é bastante abordado na literatura, embora a ocorrência seja maior em idosos do sexo masculino, a incidência no sexo oposto vem se elevando, bem como

o consumo de álcool por esta parcela da população. Desta forma, sugere-se que a problemática do suicídio seja encarada como uma tríade: álcool, suicídio e depressão. Somente abordando estes três fatores será possível de fato obter uma redução expressiva do número de suicídio e tentativas deste.

REFERÊNCIAS

1. Vieira DL et al. Álcool e adolescentes: estudo para implementar políticas municipais. Rev. Saúde Pública; 2007 Jun; 41(3): 396-403.
2. Pechansky F, Szobot CM, Scivoletto S. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. Rev. Bras. Psiquiatr.; 2004 May; 26(Suppl 1): 14-17.
3. Souza IW, Ronzani TM. Álcool e drogas na atenção primária: avaliando estratégias de capacitação. Psicologia em Estudo; 2012; 17(2), 237-246.
4. Barros MA, Pillon SC. Programa Saúde Da Família: desafios e potencialidades frente ao uso de drogas. Rev. Eletrônica de Enfermagem; 2006 Dez; 8(1): 144-149.
5. Rabelo C, Rangel N. Jovens e Álcool: Mistura Perigosa. Rev. Isto É; 2007 Set; 3(30), 48-53.
6. Kaplan HI, Sadock B, Grebb J. Compêndio de psiquiatria: ciências de comportamento e psiquiatria clínica. 7 ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 2002.
7. Brasil. Secretaria Nacional Antidrogas. I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas; 2007.
8. Santos JI, Dinham R. O essencial em cervejas e destilados. São Paulo: Senac; 2006.
9. Jesus RP, Pereira CCA, Waitzberg DL. Doenças hepáticas. In: Cuppari, L. Nutrição clínica no adulto. São Paulo: Manole; 2002. p. 289-317.
10. Kachani AT et al. Medida da circunferência da cintura em mulheres dependentes de álcool e outras drogas. In: XXVIII Congresso da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo (SOCESP). São Paulo: 2007.
11. Diehl, A et al. Farmacológicos para Dependência Química: da evidência científica à prática clínica. Porto Alegre: Artmed; 2010.
12. National Institute on Alcohol Abuse And Alcoholism – NIH. Beyond Hangovers: understanding alcohol's impact on your health. NIH Publication; 2010; 13.
13. Mansur J, Monteiro MG. Validation of the "CAGE" alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. Brazil Journal Medical and Biological Research; 1983; 16: 189-282.

14. Kail RV. O desenvolvimento social e da personalidade em adolescentes. São Paulo: Prentice Hall; 2004.
15. Carlini EA et al. II Levantamento domiciliar de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2000. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Universidade Federal Paulista; 2000.
16. Anderson P, Chisholm D, Fuhr DC. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet*; 2009; 373: 2234-46.
17. Netto AU. Considerações Bioquímicas sobre o Etanol. *FAMENE: Bioquímica II-MedResumos*; 1; 2008.
18. Masur J. A Questão do Alcoolismo. São Paulo: Brasiliense; 1984.
19. Vargas HS. Repercussões do álcool e do alcoolismo. São Paulo: Fundo Editorial Byk – Prociex; 1983.
20. Corrêa H, Barreto SP. Suicídio: uma morte evitável. São Paulo: Atheneu; 2006.
21. Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R. Dependência Química: prevenção, tratamento e Políticas Públicas. Porto Alegre: Ed. Artmed; 2011.
22. Cassorla RMS. Suicídio e autodestruição humana. In: Werlang BG, Botega NJ, organizadores. *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 21-33.
23. Castro ML, Cunha SS, Souza DPO. Comportamento de violência e fatores associados entre estudantes de Barra do Garças, MT. *Rev. Saúde Pública*; 2011 Dec; 45(6): 1054-1061.
24. Minayo MCS, Cavalcante FG. Estudo compreensivo sobre suicídio de mulheres idosas de sete cidades brasileiras. *Cad. Saúde Pública*; 2013 Dec; 29(12): 2405-2415.
25. Ficher AMT, Vansan GA. Tentativas de suicídio em jovens: aspectos epidemiológicos dos casos atendidos no setor de urgências psiquiátricas de um hospital geral universitário entre 1988 e 2004. *Estudos de Psicologia*; 2008 Jul - Set; 25(3): 361-374.
26. Botega NJ et al. Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*; 2009 Dez; 25(12): 2632-2638.
27. Heck RM et al. Ação dos profissionais de um centro de atenção psicossocial diante de usuários com tentativa e risco de suicídio. *Texto Contexto - Enferm.*; 2012 Mar; 21(1): 26-33.
28. Baptista MN. Suicídio e Depressão: Atualizações. Rio de Janeiro: Guanabara; 2004.
29. Vidal CEL, Gontijo ECDM, Lima LA. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Cad. Saúde Pública*; 2013 Jan; 29(1): 175-187.

30. Pordeus AMJ et al. Tentativas e óbitos por suicídio no município de Independência, Ceará, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*; 2009; 14(5): 1731-1740.
31. Almeida SA, Guedes PMM, Nogueira JA, França UM, Silva ACO. Investigação de risco para tentativa de suicídio em hospital de João Pessoa- PB. *Rev. Eletr. Enf.*; 2009; 11(2): 383-9.
32. Kaplan MS et al. Acute alcohol intoxication and suicide: a gender-stratified analysis of the National Violent Death Reporting System. *NIHPA Manuscripts, Inj. Prev.*; 2013 19(1): 38-43.
33. Carlini-Cotrim B et al. O uso de drogas psicotrópicas por estudantes de primeiro e segundo grau da rede estadual em dez capitais brasileiras. *Revista Centro de Documentação do Ministério da Saúde*; 1989 Out; 3(21): 9-84.
34. Molina MRAL et al. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. *Rev. Psiquiatr. Clín.*; 2012; 39(6): 194-197.
35. Berman H. Suicide among young Alaska Native men: community risk factors and alcohol control. *Am J Public Health*; 2014; 104(3): 329-35.
36. Pridemore WA et al. Reduction in male suicide mortality following the 2006 Russian alcohol policy: an interrupted time series analysis. *Am J Public Health*; 2013; 103(11): 2021-6.
37. Conner KR et al. Acute use of alcohol and methods of suicide in a US national sample. *American Journal of Public Health*; 2014 Jan; 104(1): 171-178.
38. Ribeiro JD et al. Examining a brief suicide screening tool in older adults engaging in risky alcohol use. *Suicide & Life-Threatening Behavior*; 2012 Aug; 42(4): 405-415.
39. Mcmanama O'brien KH et al. Differentiating adolescent suicide attempters from ideators: examining the interaction between depression severity and alcohol use. *Suicide & Life-Threatening Behavior*; 2014 Feb; 44(1): 23-33.
40. Güleç MY et al. Predictors of suicide in patients with conversion disorder. *Comprehensive Psychiatry*; 2014 Apr; 55(3): 457-462.