

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

IDEAÇÃO SUICIDA E ALTERAÇÕES COGNITIVAS E EMOCIONAIS EM
DEPENDENTES DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Antoniéle Carla Stephanus Flores

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Rosa Maria Martins de Almeida

Dissertação de Mestrado, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Área de Concentração: Psicologia Clínica, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica.

São Leopoldo, 2010

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

F634i Flores, Antoníele Carla Stephanus
Ideação suicida e alterações cognitivas e emocionais em dependentes de substâncias psicoativas / por Antoníele Carla Stephanus Flores. -- São Leopoldo, 2010.

70 f. : il. ; 30 cm.

Com: artigos “Comportamento suicida e solução de problemas em dependentes de substâncias psicoativas”; “Ideação suicida e alterações cognitivas e emocionais em dependentes de substâncias psicoativas”.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, São Leopoldo, RS, 2010.

“Orientação: Prof^ª Dr^a Rosa Maria Martins de Almeida, Ciências da Saúde”.

1.Suicídio. 2.Comportamento suicida. 3.Psicopatologia. 4.Drogas – Abuso – Comportamento suicida. 5.Suicídio – Fatores de risco. I.Título. II.Almeida, Rosa Maria Martins de.

CDU 616.89-008.441.44
159.97

Catálogo na publicação:
Bibliotecária Carla Maria Goulart de Moraes – CRB 10/1252

Dedico esta dissertação a Deus, ao meu pai
Marco Antonio, à minha mãe Aidê e ao meu
irmão Diogo Henrique.

AGRADECIMENTOS

Agradeço:

À Rosa pela orientação dada durante esta trajetória, pelo incessante incentivo e palavras de conforto nos momentos mais difíceis. À Carolina por se mostrar sempre receptiva nos momentos em que a procurei. À Dr^a. Lisiane e a Dr^a. Irani pelas contribuições dadas por ocasião da Banca de Qualificação. A todos os professores da UNISINOS que me ensinaram muito ao longo destes dois anos. As alunas de graduação da UNISINOS, Anelise e Bruna, por terem me ajudado na coleta dos dados e na análise dos resultados.

A todos os responsáveis pela comunidade terapêutica na qual realizei as entrevistas com os dependentes químicos, por permitirem que este trabalho pudesse ser realizado no local, principalmente a Letícia e o Adalberto. Os homens que entrevistei, por terem aceitado fazer parte da pesquisa e permitido que eu pudesse conhecer um pouco das suas histórias de vida.

E, em especial, ao meu pai Marco Antonio, por sempre acreditar em mim, incentivar e apoiar minhas escolhas, estando sempre ao meu lado, pronto para ajudar a trilhar bons caminhos, a minha mãe Aidê, por ser muito mais que mãe, mas a melhor amiga, sempre disposta a ouvir e a aconselhar. A meu irmão Diogo, que acompanhou de perto todos os momentos dessa caminhada, me ajudando e sendo meu ombro amigo nas horas difíceis e ao meu namorado Rodrigo, que chegou na etapa final, mas que não deixou de ser importante por isso, sempre compreendendo minha ausência e apoiando as minhas decisões.

SUMÁRIO

Lista de Tabelas	6
Resumo.....	7
Abstract	8
Seção I. Artigo Teórico - Comportamento Suicida e Solução de Problemas em Dependentes de Substâncias Psicoativas	9
Comportamento Suicida	10
Comportamento Suicida e Dependência Química	12
Comportamento Suicida e Capacidade para Gerar Estratégias de Solução de Problemas	14
Capacidade para Gerar Estratégias de Solução de Problemas e Dependência Química	16
Considerações Finais.....	18
Seção II. Artigo Empírico - Ideação Suicida e Alterações Cognitivas e Emocionais em Dependentes de Substâncias Psicoativas.....	20
Introdução.....	21
Método.....	25
Participantes.....	25
Instrumentos	26
Procedimento	27
Resultados.....	28
Discussão	32
Conclusão	36
Seção III. Relatório de Pesquisa	37
Introdução.....	38
Objetivos.....	41
Objetivo Geral.....	41

Objetivos Específicos.....	41
Método.....	41
Delineamento	41
Participantes.....	41
Procedimentos de Pesquisa.....	42
Procedimentos Éticos	43
Procedimentos de Coleta de Dados.....	43
Instrumentos.....	44
Procedimentos de Análise de Dados	46
Resultados.....	46
Considerações Finais.....	50
Referências	52
Anexos	60
Anexo A - Protocolo de Aprovação do Comitê de Ética.....	61
Anexo B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	62
Anexo C - Questionário Sociodemográfico.....	63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Drogas Utilizadas pelo Grupo de Dependentes de Substâncias Psicoativas	28
Tabela 2. Expressão de Raiva, Média (M) e Desvio Padrão (DP) nos Grupos Controle e de Dependentes	30
Tabela 3. Impulsividade, Média(M) e Desvio Padrão (DP) nos Grupos Controle e de Dependentes	30
Tabela 4. Correlações entre Ideação Suicida, Expressão de Raiva, Impulsividade e Estratégias de Solução de Problemas, no Grupo de Dependentes.....	31
Tabela 5. Dados Sócio-Demográficos dos Grupos Controle e de Dependentes	47

RESUMO

Esta dissertação foi disposta em três sessões, dois artigos, sendo um artigo teórico e o outro empírico, além de um relatório de pesquisa. O primeiro estudo teve como objetivo discutir sobre o comportamento suicida e a capacidade para gerar estratégias de solução de problemas em dependentes de substâncias psicoativas. Através de uma análise baseada em artigos selecionados nas fontes eletrônicas do SciELO, LILACS, MEDLINE, PubMed e Web of Science no período de 1995 a 2010 a partir dos seguintes descritores: suicídio (*suicide*), comportamento suicida (*suicide behavior*), tomada de decisão (*making decision*) e drogas (*drugs*). Pode-se constatar que é relevante a contribuição do abuso de substâncias para a expressão de ideação suicida, como também há uma associação importante com o prejuízo na capacidade para gerar estratégias de solução de problemas. Já o segundo estudo comparou homens dependentes de substâncias psicoativas, com não dependentes, em relação a transtornos cognitivos e emocionais tais como: expressão de raiva, impulsividade, raciocínio abstrato e a capacidade para gerar estratégias de solução de problemas, relacionando com a presença de ideação suicida. A amostra foi composta por 50 homens de 18 a 40 anos, sendo 25 deles dependentes de substâncias psicoativas e 25 não dependentes. Empregou-se para a coleta de dados o Questionário sociodemográfico, a Entrevista Diagnóstica (*MINI-Plus*), o Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço (STAXI), a Escala de Impulsividade de Barratt, o Teste *Wisconsin* (*Wisconsin Card Sorting Test -WCST*) e a Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI). Por fim, o relatório de pesquisa descreve todas as atividades relacionadas ao projeto, bem como sua metodologia e resultados. Os resultados mostraram que a ideação suicida em dependentes químicos do sexo masculino é mais presente do que nos não dependentes. Foi verificado também, que existe uma correlação significativa entre ideação suicida, dependência química, expressão de raiva e impulsividade em homens dependentes de substâncias psicoativas. A capacidade para gerar estratégias de solução de problemas, neste estudo, não apresentou associação significativa com a dependência química e a ideação suicida. Conclui-se que os dependentes de substâncias psicoativas não apresentaram alterações cognitivas significativas, porém apresentaram alterações emocionais no que diz respeito à impulsividade e a expressão de raiva.

Palavras - chave: suicídio, substâncias psicoativas, expressão de raiva, impulsividade, raciocínio abstrato.

ABSTRACT

This thesis was prepared in three sessions, two articles, one empirical and one theoretical paper, in addition to a research report. The first study aimed to discuss suicidal behavior and the ability to generate strategies for solving problems in substance dependents. We conducted an analysis based on selected articles on electronic sources of SciELO, LILACS, MEDLINE, PubMed and Web of Science for the period 1995-2010 from the following descriptors: suicide (suicide), suicidal behavior (suicide behavior), decision making (decision-making) and drugs (drugs). One can see that is relevant to the contribution of substance abuse for the expression of suicidal thoughts, as there is also an important association with the impairment in the ability to generate strategies for solving problems. The second study compared men with substance use disorders, with no dependents, for cognitive and emotional disorders such as expression of anger, impulsivity, abstract reasoning and the ability to generate strategies for solving problems, relating to the presence of suicidal ideation. The sample consisted of 50 men 18-40 years, with 25 of them psychoactive substance users and 25 non-users. It has been used to collect demographic data the questionnaire, the Diagnostic Interview (MINI-Plus), the Anger Expression Inventory and the State and Trait (STAXI), the Barratt Impulsiveness Scale, the Test Wisconsin (Wisconsin Card Sorting Test -WCST) and the Scale for Suicide Ideation, Beck (BSI). Finally, the research report describes all activities related to the project and its methodology and results. The results showed that suicidal ideation in male addicts are more present than not dependent. It was also verified that there is a significant correlation between suicidal ideation, chemical dependency, anger and expression of impulsivity in men with substance use disorders. The ability to generate strategies for solving problems in this study was not significantly associated with addiction and suicidal ideation. We conclude that the dependents of psychoactive substances showed no significant cognitive impairment, but showed emotional changes as regards the expression of anger and impulsivity.

SEÇÃO I – ARTIGO TEÓRICO

COMPORTAMENTO SUICIDA E SOLUÇÃO DE PROBLEMAS EM
DEPENDENTES DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

O presente artigo tem por objetivo discutir sobre o comportamento suicida e a capacidade para gerar estratégias de solução de problemas em dependentes de substâncias psicoativas. Foi conduzida uma análise baseada em artigos selecionados nas fontes eletrônicas do *Scielo*, *LILACS*, *MEDLINE*, *PubMed* e *Web of Science* no período de 1995 a 2010 a partir dos seguintes descritores: suicídio (suicide), comportamento suicida (suicide behavior), tomada de decisão (making decision) e drogas (drugs). Todo o material coletado foi devidamente analisado, quanto a sua contribuição para o objetivo do estudo, sendo considerado relevante o total de 50 artigos.

Comportamento Suicida

O estudo do comportamento suicida reveste-se de grande interesse para a saúde pública diante dos altos índices anuais deste fenômeno. A busca das causas deste comportamento é uma questão complexa já que um único fator não pode explicar completamente porque uns indivíduos têm mais comportamentos violentos e propensão a tentar o suicídio que outros. A violência, como no caso do suicídio, pode ser considerada um fenômeno multidimensional, muitas vezes, resultante da ação recíproca de fatores biológicos, sociais, psicológicos, entre outros (Walker, 2001).

O suicídio é uma morte auto-inflingida com evidência explícita ou implícita, de que a pessoa tinha intenção de morrer (APA, 2003). Constitui-se em uma fuga de um problema ou crise que provoca intenso sofrimento, está associado a necessidades frustradas ou insatisfeitas, sentimentos de desesperança e desamparo, conflitos ambivalentes entre um estresse insuportável e a sobrevivência, envolvendo a percepção de um estreitamento das opções percebidas e uma necessidade de fuga (Sadock & Sadock, 2007).

Os fatores de risco para o suicídio contemplam algumas condições que influenciam o indivíduo a engajar-se em um comportamento suicida. O sujeito pode ter uma propensão neurobiológica em apresentar o comportamento suicida e/ou pode adquirir essa propensão em função do estresse a que é submetido (Sanchez, 2002). Quanto ao estresse, esse pode ser gerado sob condições que envolvem: problemas de relacionamento; violência; trauma psíquico; pobreza; desemprego; estresse social; dor; doença física; doença mental; abuso de álcool ou de outras drogas (Wasserman, 2001).

A maioria daqueles que comete ou tenta suicídio, apresenta um transtorno mental diagnosticável e freqüentemente apresenta comorbidades, caracterizando um sofrimento psíquico muito acentuado. Sintomas como sentimentos de tristeza, desesperança, auto-avaliação negativa, insônia, concentração pobre, impulsividade, agressividade, anedonia e sentimentos de culpa podem ser detectados nesta população (Pietro & Tavares, 2005).

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000) mostram que os transtornos mentais estão associados a mais de 90% dos casos de suicídio, destacando-se os transtornos de humor, a esquizofrenia, os transtornos de personalidade e os transtornos relacionados às substâncias psicoativas, entre os mais freqüentes. Estes dados da OMS ressaltam, ainda, que entre os jovens que cometem suicídio, há uma elevada incidência de transtornos de personalidade, sendo os mais freqüentes o Transtorno da Personalidade Borderline e o Transtorno da Personalidade Anti-social.

É importante destacar que o suicídio é uma das dimensões do comportamento suicida que inclui um *continuum* de comportamentos que vão desde pensamentos de autodestruição, passando por ameaças, gestos, tentativas de suicídio até o desfecho fatal (Werlang & Botega, 2004). O comportamento suicida pode ser classificado em três categorias, que sugere um possível gradiente de severidade e heterogeneidade: 1) ideação suicida, 2) tentativa de suicídio e 3) suicídio consumado. Considerando este *continuum*, a ideação suicida (pensamentos, idéias e desejos de se matar) se posiciona em um dos extremos e em outro o suicídio; entre eles está a tentativa (Borges, 2004). A presença de ideação suicida pode caracterizar um primeiro passo para a consolidação do suicídio (Borges, Werlang, & Copatti, 2008).

O suicídio está entre as dez principais causas de morte no mundo de uma maneira geral e está na segunda colocação para as idades entre 15 e 34 anos (Bertolote, Fleischman, De Leo, & Wasserman, 2004; Botega, 2000). No Brasil, o coeficiente é de 6,6 mortes por suicídio em cada 100.000 habitantes (Barros, Oliveira, & Marin-León, 2004).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002), o suicídio é considerado uma tragédia familiar e pessoal, causando sofrimento em todos os envolvidos com a vítima. Os dados de 2002 da WHO, com relação à população geral mundial, registram que, a cada ano, o suicídio atinge índices de 16 mortes em 100.000 habitantes, ou seja, uma morte a cada 40 segundos. Desta forma, no que se refere aos dados epidemiológicos, o suicídio está entre as dez principais causas de morte no mundo e entre as três principais causas em jovens com idades entre 15 e 34 anos.

O suicídio é a décima primeira causa de morte nos EUA, onde 210.000 pessoas tentam o suicídio a cada ano. A prevalência mundial em 2000 estimada pela OMS (2000) é de que 815.000 pessoas tenham morrido por suicídio contra 520.000 óbitos por homicídio.

No Brasil, as taxas de suicídio não são tão alarmantes como as que aparecem em países como Hungria, Finlândia, Japão e Áustria, que apresentam coeficientes, no sexo masculino, que superam 20 casos em 100.000 habitantes. Porém, entre os países sul-americanos, o Brasil apresenta uma das maiores taxas de suicídio, 4,46 óbitos em 100.000 habitantes. Contudo, um fato preocupante é que, analisando os índices de alguns estados ou regiões do país, é possível constatar taxas comparáveis aos países apontados como de frequência de média elevada (Ministério da Saúde, 2006).

Em 2005, o Ministério da Saúde concluiu um estudo que revelou diferenças regionais nas taxas de suicídio no país. Os resultados revelaram que a região sul e mais especificamente o estado do Rio Grande do Sul detiveram os maiores coeficientes de mortalidade por suicídio no Brasil, chegando a 11/100.000 habitantes (D'Oliveira, 2005).

Comportamento Suicida e Dependência Química

A maioria das vítimas de suicídio apresenta algum transtorno psiquiátrico, sendo os mais comuns os transtornos depressivos, drogadição (especialmente alcoolismo, entre outras dependências químicas) e psicoses (esquizofrenia) (Knesper, 2003). A existência de transtornos mentais é quase constante em indivíduos que tentam o suicídio, sendo que a maioria dos que tentam possuem mais de um diagnóstico. A existência de um distúrbio em grande parte, explica a associação entre a maioria das variáveis socioeconômicas (sexo, nível de escolaridade) e comportamento suicida. Os principais fatores de risco correspondem aos transtornos depressivos, transtornos de ansiedade, traços impulsivos e/ou transtorno de personalidade do cluster B ou abuso de drogas. O número de doenças associadas linearmente aumenta a probabilidade de suicídio e é o único fator preditivo de letalidade (Lecrubier, 2001).

Alcoolismo e suicídio são dois problemas de saúde pública que estão relacionados com enfoque nos aspectos epidemiológicos e clínicos. O suicídio pode ocorrer entre os pacientes alcoolistas e tem afetado mais os homens e indivíduos socialmente isolados. Os principais fatores de risco referem-se à diminuição do *status* sócio-econômico, perda do

emprego e da renda, perdas interpessoais, como luto familiar ou rompimento de vínculos, degradação do estado físico ou a presença de algumas afecções (Grant & Hasin, 1999).

Estudos tentam compreender a relação entre abuso de substâncias e ideação suicida, pois a análise desta relação é importante para desenvolver intervenções específicas para pessoas em tratamento de abuso de drogas. Um estudo realizado com 990 consumidores de drogas verificou que homens, quando comparados com mulheres apresentaram menor probabilidade para depressão, por outro lado, estes mostraram maior probabilidade de apresentar um quadro de Transtorno de Personalidade Anti-Social sendo que altas taxas de ideação suicida foram encontradas. Homens e mulheres com ideação suicida apresentaram depressão, Transtorno de Personalidade Anti-Social, enfermidades e uso de álcool. Homens com ideação suicida foram mais propensos do que homens sem ideação suicida para satisfazer critérios de uso de cocaína (Cottler, Campbell, Krishna, Cunningham-Williams, & Abdallah, 2005).

Garlow, Purselle e D'Orio, (2003) analisaram 777 pacientes encaminhados para avaliação de dependência química em um serviço de Emergências Psiquiátricas nos EUA. O objetivo deste estudo foi determinar a contribuição de abuso de substâncias para a expressão de ideação suicida nesta população. Foram feitas entrevistas semi-estruturadas, o exame do estado mental e uma detalhada avaliação dos riscos de suicídio. Os resultados mostraram que mais da metade dos pacientes (55,26%) apresentou ideação suicida, sendo que destes, 85% relatou consumo de cocaína, o que mostra que a ideação suicida pode estar frequentemente relacionada ao consumo de cocaína.

Detentos usuários de substâncias psicoativas com detentos que não usavam substâncias psicoativas foram comparados e foi verificado que os dependentes tinham prisões múltiplas, com mais comportamentos violentos e mais tentativas de suicídio do que aqueles não dependentes. Foi observado que os dependentes também tiveram maior pontuação na escala para traumas na infância, escores mais altos para neuroticismo, psicoticismo, impulsividade com níveis mais elevados, aumento da hostilidade e da ideação suicida (Cuomo, Sarchiapone, Giannantonio, Mancini, & Roy, 2008).

Outro estudo realizado em 2006 por Tiet, Ilgen, Byrnes e Moos, procurou identificar o perfil do paciente usuário de droga que apresenta elevado risco de suicídio. Os resultados mostram que os fatores incluídos para o risco de suicídio nessa população são: história prévia de tentativa de suicídio, consumo de cocaína, ideação suicida e dificuldade em controlar comportamentos violentos.

Comportamento Suicida e Capacidade para Gerar Estratégias de Solução de Problemas

Os avanços tecnológicos têm permitido o conhecimento das estruturas cerebrais envolvidas na mediação da agressividade, da violência e dos comportamentos impulsivos (Filley, Price, Nell, & Morgan, 2001; Raine, Buchsbaum, & Lacasse, 1997). Estudos com técnicas de neuroimagem e neuroquímicas identificam a anatomia e o funcionamento das áreas cerebrais e deste modo, apontam à influência de lesões morfológicas e prejuízos funcionais de alguns centros cerebrais na origem do comportamento violento (Filley et al., 2001; Raine et al., 1997).

Uma das áreas cerebrais que tem sido repetidamente implicada na conduta violenta é o córtex frontal (Filley et al., 2001). Neuroanatomicamente, o lobo frontal subdivide-se em três áreas: motora, pré-motora e pré-frontal, sendo que através de suas múltiplas conexões se relaciona com outras áreas de associação do cérebro. Especificamente, a área pré-frontal modula as atividades do hipotálamo e do sistema límbico e seu funcionamento tem um papel crítico na organização do comportamento, na linguagem, nas ações cognitivas e na capacidade para gerar estratégias de solução de problemas (Fuster, 2002).

Estas funções cognitivas implicam no desempenho do lobo pré-frontal em termos de controle antecipado da ação, da escolha dos objetivos a serem alcançados, do planejamento, da capacidade para gerar estratégias de solução de problemas, da seleção da resposta mais adequada e da inibição de outras, da atenção no acompanhamento enquanto a ação se desenrola e da verificação do resultado (Gil, 2002).

A memória operacional possibilita a revivência das representações cerebrais (passado, presente, futuro) que são relacionadas com estímulos específicos e permitem a instrumentalização neurológica da pessoa para o processamento de uma ação. Tal processo só é possível mediante a inibição das ações impulsivas ou menos adequadas a determinado contexto, como também a limitação máxima da satisfação imediata na seleção da ação, visando uma tomada de decisão que gere conseqüências com maior número possível de vantagens ajustadas e encadeadas ao momento de cada pessoa (Palmini, 2004). Todo este complexo funcionamento cerebral pode ser compreendido dentro da expressão “flexibilidade mental” na resolução de problemas e na tomada de decisão, que designa, em suma, a capacidade de adaptar suas escolhas às contingências e, diante das possíveis eventualidades, mudar de opinião, supondo a inibição da primeira escolha em favor de outra (Gil, 2002).

Os principais aspectos neuropsicológicos avaliados em indivíduos com comprometimento nas funções do córtex pré-frontal são ligados às dificuldades em tarefas que exigem capacidade de planejamento e estabelecimento de estratégias para solução de problemas, além de avaliação e controle do próprio comportamento diante das interferências. Tais dificuldades resultam em falta de flexibilidade diante de situações diferenciadas, precária análise e aproveitamento de sinais ambientais externos para orientar as escolhas e respostas apropriadas. Este funcionamento também pode ser associado à impossibilidade da pessoa de deixar de lado uma forma de compreensão e utilizar ou partir para a busca de outra, fazendo com que persevere numa única estratégia para solucionar os problemas. Tal quadro é complementado pela tendência destes indivíduos de agir no aqui e agora e pouca preocupação com as conseqüências de suas condutas (Gil, 2002; Portuguez & Charchat, 1998).

A habilidade na capacidade para gerar estratégias de solução de problemas especificamente em indivíduos suicidas foi estudada inicialmente por Neuringer (1964), o qual os definia como rigidamente organizados, apresentando uma dificuldade em mudar de idéias ou encontrar novas soluções alternativas frente a dificuldades emocionais. O pensamento suicida tem sido em muitos estudos, associado à rigidez cognitiva, como foi verificado em um estudo realizado em 2005, que comparou indivíduos deprimidos com ideação suicida e sem ideação suicida. Foi verificado que pacientes deprimidos, com ideação suicida têm um desempenho significativamente pior em várias medidas do funcionamento executivo, após o controle por idade, Q.I, a gravidade da depressão e tentativas anteriores de suicídio. Os pesquisadores concluíram que estados mentais de pacientes suicidas apresentaram funções executivas disfuncionais, relacionadas ao processo de tomada de decisão, associada ao lobo frontal (Marzuk, Hortwell, Leon, & Portera, 2005).

Uma pesquisa investigando aspectos neuropsicológicos de pacientes com depressão ou Transtorno Bipolar com tentativa de suicídio, comparados com pacientes com o mesmo transtorno sem tentativa de suicídio, comprovou que indivíduos que já haviam tentado o suicídio tiveram desempenho inferior no teste *Wisconsin* de classificação de cartas, no teste de Trilhas (Parte A e B), no teste Fluência Verbal e no *Stroop*, quando comparados com pacientes com Transtorno Depressivo ou Bipolar sem tentativa de suicídio. O pesquisador concluiu haver uma maior rigidez cognitiva associada ao funcionamento do lobo frontal, em sujeitos com depressão ou Transtorno Bipolar com tentativa de suicídio (Hartwell, 2001).

Em outro estudo realizado em 2008, no qual, participaram 29 pacientes com diagnóstico de depressão, hospitalizados após tentativa de suicídio e 29 controles saudáveis, avaliou o desempenho cognitivo por meio de tarefas executivas concebidas para capturar

tomada de decisão impulsiva, através de ensaios para atenção e memória verbal. Medidas de auto-classificação para impulsividade e agressividade também foram aplicadas. Foi verificado que a memória verbal e a atenção estavam intactas em todos os pacientes, apenas os pacientes com ideação suicida mostraram disfunção executiva e prejuízo na tomada de decisão. Foi concluído que a ideação suicida está associada com a insuficiência no desempenho cognitivo (Westheide et al., 2008).

Keller e Werlang (2005) avaliaram a capacidade para gerar estratégias de solução de problemas em sujeitos que tentaram suicídio, verificaram a diferença entre os níveis de desesperança apresentados pelos tentadores e pelos não tentadores de suicídio e identificaram se havia relação entre flexibilidade na resolução de problemas e desesperança. A pesquisa contou com 32 participantes com tentativa de suicídio pareados com 32 indivíduos sem história de tentativa de suicídio. Este estudo concluiu que tentadores de suicídio apresentavam menos flexibilidade na resolução de problemas, com maiores níveis de desesperança, que sujeitos sem história de tentativa de suicídio, havendo associação entre a desesperança e a deficiência na flexibilidade na resolução de problemas.

Capacidade para Gerar Estratégias de Solução de Problemas e Dependência Química

No Brasil, o consumo de álcool e de cocaína tem apresentado, nas últimas décadas, um aumento significativo. O primeiro Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas, realizado em 1997, mostrou que 2,3% da população brasileira já fez uso de cocaína e 11,2% apresenta dependência de álcool (Figlie, Laranjeira, & Bordin, 2004).

Dependentes de substâncias psicoativas tendem a apresentar importantes alterações cognitivas, principalmente, nas funções mnemônicas, atencionais e executivas, como, por exemplo, a memória de trabalho, controle e seleção de resposta, resolução de problemas e tomada de decisão (Andrade, Santos, & Bueno, 2004; Cunha & Novaes, 2004).

Segundo Bechara et al. (2001), alterações no córtex pré-frontal dos alcoolistas tendem a comprometer o processo de tomada de decisão, levando o indivíduo a escolher opções mais atraentes em relação aos ganhos imediatos, em detrimento de um comportamento voltado para a análise das conseqüências futuras de suas ações. Alterações no córtex órbito-frontal são observadas mesmo após meses de abstinência alcoólica e, possivelmente, estão relacionadas a problemas duradouros na atividade serotoninérgica e gabaérgica desta área, influenciando a

tomada de decisões, controle inibitório e o comportamento de consumo que mantém o processo de dependência da substância (Goldstein & Volkow, 2002).

Considerando que o álcool é uma substância neurotóxica é comum a ocorrência de problemas cerebrais nos pacientes, comprovados através de técnicas de neuroimagem (TC, RM, PET e SPECT), não apenas nos primeiros dias de abstinência, mas também meses depois do último uso da substância (Pfefferbaum et al., 1995). No uso agudo, o álcool tende a comprometer a atenção, memória, aprendizagem, análise e síntese viso-espacial, velocidade psicomotora, funções executivas e tomada de decisão, podendo chegar a transtornos persistentes de memória e demência alcoólica. Os prejuízos cognitivos encontrados nos dependentes de álcool, principalmente das funções executivas (frontais), têm implicação direta no tratamento, tanto para a escolha de estratégias a serem adotadas como para a análise do prognóstico (Cunha & Novaes, 2004).

O uso abusivo de cocaína tem se constituído em um problema cada vez maior na sociedade gerando complicações neuropsiquiátricas e cardiocirculatórias, bem como os transtornos sócio ocupacionais, econômicos e legais associados ao seu abuso fazem com que esse fenômeno necessite ser cada vez mais estudado (Ferreira, 2000). Muitas são as repercussões clínicas oriundas de alterações neuropsicológicas em pacientes adictos (Kolling, Silva, Carvalho, Cunha, & Kristensen, 2007).

A dependência de cocaína pode levar a prejuízos na tomada de decisões, fator que contribui na manutenção da adição (Bechara et al., 2001). O uso prolongado de cocaína produz anormalidades persistentes no funcionamento do córtex pré-frontal, que, por sua vez, interferem no processo de tomada de decisão (Bolla et al., 2003), podendo-se observar também alterações na morfologia dos dendritos e nos espinhos dendríticos de neurônios que, inclusive, se estendem por muitos meses após o início da abstinência e se encontram associadas aos mecanismos de motivação, recompensa e aprendizado (Robinson & Kolb, 2004).

Quanto ao uso de maconha, Laranjeira, Jungerman e Dunn (1998) referiram que os efeitos prazerosos dessa substância foram: sensação de relaxamento e sentidos mais aguçados. Já os efeitos negativos e desprazerosos foram: ansiedade, pânico, paranóia, diminuição das habilidades mentais, especialmente da atenção e memória, diminuição da capacidade motora e aumento do risco de ocorrência de sintomas psicóticos. O uso crônico da maconha provoca fadiga crônica e letargia, náusea, dor de garganta e bronquite crônica, dor de cabeça, irritabilidade, congestão nasal, impotência, depressão e ansiedade, labilidade e irritabilidade,

ataques de pânico, tentativas de suicídio, isolamento social, afastamento do lazer e de outras atividades sociais.

De acordo com Cunha (2003), a maconha provoca alterações em várias regiões cerebrais, predominantemente, no córtex pré-frontal, hipocampo e cerebelo. Essas alterações no SNC prejudicam diversas capacidades cognitivas, tais como a atenção, memória, funções executivas, coordenação motora e, provavelmente, a capacidade de tomada de decisões e a inteligência.

O crescimento na área de pesquisa sobre prejuízos neuropsicológicos em dependentes de substâncias psicoativas ainda não possibilitou um consenso sobre a natureza desses prejuízos. Atualmente, duas posições divergem sobre o assunto: alguns pesquisadores atribuem tais prejuízos ao próprio uso de drogas, enquanto outros afirmam que uma pré-vulnerabilidade cognitiva do sujeito propiciaria o abuso de substâncias (Robert & Robins, 2001).

Considerações Finais

A realização desta revisão teórica possibilitou identificar artigos importantes, referente ao comportamento suicida em dependentes químicos, bem como, os prejuízos a esses associados. Dentre os principais prejuízos apontados pelas pesquisas, verificou-se estreita relação entre o consumo de drogas e suicídio e, também, uma importante relação destes com prejuízos em funções cognitivas, tais como: controle antecipado da ação, escolha dos objetivos a serem alcançados, planejamento, capacidade para gerar estratégias de solução de problemas, seleção da resposta mais adequada e inibição de outras.

Os estudos revisados constataram que grande parte dos indivíduos que apresentam comportamento suicida sofrem de algum transtorno psiquiátrico, sendo os mais comuns os transtornos depressivos, drogadição e psicoses. Relatam a importância de que há, entre a maioria dos sujeitos que comete suicídio, uma associação importante com a rigidez cognitiva e o prejuízo na capacidade para gerar estratégias de solução de problemas. Pode-se constatar que é relevante a contribuição do abuso de substâncias para a expressão de ideação suicida, como também aparece uma associação importante com a rigidez cognitiva e o prejuízo na capacidade para gerar estratégias de solução de problemas em dependentes químicos com comportamento suicida.

Por fim, pode-se observar que ainda são poucos os estudos sobre comportamento suicida relacionados à dependência química no Brasil, apesar da presença freqüente de comportamento suicida entre essa população. Poucos dados empíricos estão disponíveis para desenvolver perfis de pacientes dependentes de substâncias psicoativas que tentam o suicídio o que gera a necessidade de compreender a relação entre abuso de substâncias, a tendência a manifestar o comportamento suicida e as principais alterações cognitivas nesses sujeitos. Por isso, entende-se como de grande importância o estudo destes comportamentos, pois além de um conhecimento melhor e precoce dos fatores considerados de risco, há a possibilidade de delinear estratégias preventivas e clínicas, bem como escolher a melhor forma de tratamento.

SEÇÃO II – ARTIGO EMPÍRICO

IDEAÇÃO SUICIDA E ALTERAÇÕES COGNITIVAS E EMOCIONAIS EM
DEPENDENTES DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Introdução

O suicídio é uma das maiores causas de mortalidade no mundo, especialmente, entre os jovens (McGirr, Renaud et al., 2007), com a sua crescente prevalência, esta condição tem sido considerada uma questão de saúde pública (Hawton & Heeringen, 2002). Um estudo epidemiológico de prevalência descreveu variações interculturais e por faixa etária, onde registrou, que de modo geral, a prevalência de mortes por suicídio é mais elevada nos países da Europa Oriental, mas baixas em países das Américas Central e do Sul. No Brasil, as mortes por suicídio, embora subestimadas, são de baixa magnitude, quando comparadas a outras regiões, porém mostram-se crescentes na faixa do adulto jovem, principalmente, no sexo masculino (Mello Jorge, 2000).

Além do crescente aumento de mortes por suicídio, as tentativas de suicídio são ainda mais prevalentes, pois se estima que estas sejam cerca de 20 vezes mais freqüentes na população geral, do que o suicídio consumado (Blackmore et al., 2008; Cutcliffe, 2003). Resultados do *National Comorbidity Survey* (NCS) indicam que cerca de 5% da população geral norte-americana tentou o suicídio em algum momento da vida. De modo similar, tentativas de suicídio estão associadas a significativas morbidades e constituem um preditor maior de suicídio posterior (Diaconu & Turecki, 2008; WHO, 2007).

Cinco situações foram descritas como as mais importantes no comportamento suicida, o aumento na prevalência de transtornos depressivos; o aumento do uso abusivo de substâncias psicoativas; mudanças psicobiológicas, como a diminuição na data de início da puberdade; aumento no número de estressores sociais; mudança nos padrões de aceitação de comportamentos suicidas e aumento na disponibilidade de modelos suicidas (Diekstra & Garnefski, 1995; Rogers, 2001; Weir, 2001).

Problemas mentais e drogadições estão presentes em 90% dos suicídios na Europa e Estados Unidos (Moscicki, 1995). Os pesquisadores que postulam a associação entre uso de álcool e suicídio baseiam-se na asserção de que as taxas de suicídio estão inversamente relacionadas com o grau de integração social e que o uso abusivo de álcool produz desaprovação social e gradativa deterioração dos laços sociais (Meneguel, 2004).

Um estudo finlandês de autópsia psicológica, numa amostra aleatória de 229 suicídios, revelou que 93% tinham um diagnóstico psiquiátrico de Eixo I, sendo que apenas 12% dos casos recebeu tão somente um diagnóstico de Eixo I, sem outra doença coexistente. Quase metade dos casos (44%) tinha dois ou mais diagnósticos de Eixo I. Os transtornos mais

prevalentes foram depressão (59%) e dependência ou abuso de álcool (43%) (Henriksson et al., 1993). Outro estudo realizado em 2006, por Tiet et al. procurou identificar o perfil do paciente usuário de drogas que apresenta elevado risco de suicídio. Os resultados mostram que os fatores incluídos para o risco de suicídio nessa população são: história prévia de tentativa de suicídio, consumo de cocaína, ideação suicida e dificuldade em controlar comportamentos violentos.

Algumas linhas de evidência sugerem que a maioria dos sujeitos que cometem suicídio apresentam comportamentos impulsivos e impulsivo-agressivos (Mann, Oquendo, Underwood, & Arango, 1999; Mann, Waternaux, Haas, & Malone, 1995). Mais do que a metade dos casos que comete suicídio preenche critérios diagnósticos para transtornos da personalidade do grupo B, principalmente, Transtorno da Personalidade Limítrofe e Anti-Social, dois quadros caracterizados pela importante presença de traços impulsivos e agressivos (Lesage et al., 1994). Isto é consistente com alguns estudos que vêm indicando haver, em várias categorias diagnósticas, uma correlação positiva entre a presença de traços impulsivos ou impulsivo-agressivos e a tendência a tentar manifestar o comportamento suicida (Corruble, Damy, & Guelfi, 1999; Malone, Haas, Sweeney, & Mann, 1995).

Ernst et al. (2004) conduziram um estudo de caso-controle, incluindo uma amostra de vítimas de suicídio com diagnóstico em Eixo I, uma amostra de vítimas sem diagnóstico de Eixo I e uma terceira amostra de controles vivos. Medidas de impulsividade, agressividade, hostilidade e temperamento foram obtidas nas três sub-amostras e os resultados demonstraram que o grupo de vítimas sem diagnóstico em Eixo I apresentava mais semelhanças com a amostra portadora de diagnóstico, e não com o grupo controle. Deste modo, traços psicopatológicos têm um papel de destaque em casos de suicídio, mesmo em casos aparentemente livres de doenças psiquiátricas maiores (Chachamovich, Stefanello, Botega, & Turecki, 2009).

No decorrer dos últimos 20 anos, alguns estudos neurobiológicos vêm consistentemente indicando que uma redução na atividade serotoninérgica é associada com o comportamento suicida, particularmente, entre casos que apresentam altos níveis de traços impulsivos e impulsivo-agressivos (Filley et al., 2001; Mann, 1998; Raine, Buschsbaum, & Lacasse, 1997). Outros estudos têm encontrado um aumento no córtex pré-frontal do *binding* de agonistas serotoninérgicos a receptores pós-sinápticos de serotonina, principalmente o receptor 2A (Arango et al., 1990; Hrdina, Demeter, Sotonyi, & Palkovits, 1993). Isto sugere uma *up regulation* compensatória em resposta a uma atividade serotoninérgica reduzida nesta região cerebral, o que é de grande interesse já que o córtex pré-frontal está envolvido na

execução da função inibidora. Lesões nesta área resultam em desinibição do impulso e do comportamento agressivo (Mann, 1998), portanto, é possível que sujeitos com uma redução serotoninérgica nesta região cerebral possam ter uma maior predisposição a atuar impulsivamente e auto-agressivamente, quando expostos a situações estressantes, tais como: aquelas causadas pela presença de quadros psiquiátricos e, em algumas instâncias, isto poderia resultar na manifestação de comportamento suicida (Turecki, 1999).

Consistentes achados têm indicado que o aumento de impulsividade e comportamento agressivo possuem um destacado papel na mediação entre doença mental e suicídio (Brent et al., 2004; Dumais, Lesage, Lalovic et al. 2005; McGirr, Renaud et al., 2007; McGirr, Paris, Lesage, Renaud, & Turecki, 2007; Turecki, 2005). Estudos com indivíduos que tentaram o suicídio mostram consenso em demonstrar níveis significativamente superiores de tais características (Corruble et al., 1999; Malone et al., 1995).

Ainda, outros achados corroboram a importância dos traços de impulsividade e agressividade na presença de diagnósticos psiquiátricos e tentativas de suicídio (Grosz et al., 1994; Soloff, Lis, Kelly, & Cornelius, 1994). Mais recentemente, o papel etiológico da impulsividade e da agressividade tem recebido destacado suporte de estudos, envolvendo indivíduos que cometeram suicídio, quando comparados com grupos controle (McGirr, Renaud et al., 2007). Comportamentos agressivos e impulsivos estão presentes não só em indivíduos com depressão maior e suicídio (Malone et al., 1995; Pompili et al., 2008), mas também em vítimas de suicídio que apresentavam outros diagnósticos, tais como Transtorno de Abuso de Substâncias (Brent, 1993; Brent, Bridge, Johnson, & Connolly, 1996; Dumais, Lesage, Alda et al., 2005) e Transtorno de Personalidade Borderline (McGirr, Paris, Lesage, Renaud, & Turecki, 2007; McGirr, Renaud, Seguin, Alda, & Turecki, 2008).

Também, a utilização de métodos violentos de suicídio tem associação com os níveis de agressividade ao longo da vida. Dumais, Lesage, Lalovic et al. (2005) descreveram a utilização de métodos violentos como um marcador comportamental de agressividade e demonstraram que outros correlatos de agressividade e impulsividade (particularmente abuso de drogas e álcool ao longo da vida) também estão frequentemente presentes. (Dumais, Lesage, Lalovic et al. 2005).

Os avanços tecnológicos têm permitido o conhecimento das estruturas cerebrais envolvidas na mediação da agressividade, da violência e dos comportamentos impulsivos. Uma das áreas cerebrais que tem sido repetidamente implicada na conduta violenta é o córtex frontal (Filley et al., 2001), especificamente, a área pré-frontal modula as atividades do hipotálamo e do sistema límbico e seu funcionamento tem um papel crítico na organização do

comportamento, na linguagem, nas ações cognitivas e na tomada de decisão (Fuster, 2002). Estas funções cognitivas implicam no desempenho do lobo pré-frontal em termos de controle antecipado da ação, da escolha dos objetivos a serem alcançados, do planejamento, da tomada de decisão, da seleção da resposta mais adequada e da inibição de outras, da atenção no acompanhamento enquanto a ação se desenrola e da verificação do resultado (Gil, 2002).

A memória operacional possibilita a revivência das representações cerebrais (passado, presente, futuro) que são relacionadas com estímulos específicos e permitem a instrumentalização neurológica do processamento de uma ação. Tal processo só é possível mediante a inibição das ações impulsivas ou menos adequadas a determinado contexto, como também a limitação máxima da satisfação imediata na seleção da ação, visando uma tomada de decisão que gere conseqüências com maior número possível de vantagens ajustadas e encadeadas ao momento de cada pessoa (Palmini, 2004).

A habilidade na resolução de problemas especificamente em indivíduos suicidas foi estudada inicialmente por Neuringer (1964), o qual os definia como rigidamente organizados, apresentando uma dificuldade em mudar de idéias ou encontrar novas soluções alternativas frente a dificuldades emocionais. O pensamento suicida tem sido em muitos estudos, associado à rigidez cognitiva, como foi verificado em um estudo realizado em 2005, que comparou indivíduos deprimidos com ideação suicida e sem ideação suicida. Foi verificado que pacientes deprimidos com ideação suicida têm um desempenho significativamente pior em várias medidas do funcionamento executivo, após o controle por idade, Q. I, a gravidade da depressão e tentativas anteriores de suicídio. Os pesquisadores concluíram que estados mentais de pacientes suicidas apresentaram funções executivas disfuncionais, relacionadas ao processo de tomada de decisão, associada ao lobo frontal (Marzuk et al., 2005).

Em outro estudo realizado em 2008, no qual, participaram 29 pacientes com diagnóstico de depressão, hospitalizados após tentativa de suicídio e 29 controles saudáveis, se avaliou o desempenho cognitivo por meio de tarefas executivas concebidas para capturar tomada de decisão impulsiva, através de ensaios para atenção e memória verbal. Medidas de auto-classificação para impulsividade e agressividade também foram aplicadas. Foi verificado que a memória verbal e a atenção estavam intactas em todos os pacientes, apenas os pacientes com ideação suicida mostraram disfunção executiva e prejuízo na tomada de decisão. Os pesquisadores concluíram que a ideação suicida está associada com a insuficiência no desempenho cognitivo (Westheide et al., 2008). Ainda, dependentes de substâncias psicoativas tendem a apresentar importantes alterações cognitivas, principalmente nas funções mnemônicas, atencionais e executivas, como, por exemplo, a memória de trabalho, controle e

seleção de resposta, resolução de problemas e tomada de decisão (Andrade, Santos, & Bueno, 2004; Cunha & Novaes, 2004).

A maioria das vítimas de suicídio sofre de algum transtorno psiquiátrico, sendo os mais comuns os transtornos depressivos e drogadição, do mesmo modo, na maioria dos sujeitos que comete suicídio existe a presença de comportamentos impulsivos e agressivos e a rigidez cognitiva. Por isso, é importante a inter-relação destes comportamentos, pois além de avaliar e conhecer precocemente os fatores considerados de risco, isso possibilitará o delineamento de estratégias preventivas e clínicas, bem como a escolha da melhor forma de tratamento.

Método

Delineamento

Tratou-se de um estudo quantitativo transversal descritivo e *ex-post-facto*.

Participantes

A amostra foi constituída por 50 homens, sendo 25 homens de 18 a 40 anos ($M = 27,2$; $DP = 7,21$) usuários de substâncias psicoativas, em abstinência por duas semanas a dois meses ($M = 48,52$; $DP = 12,98$), provenientes de um Centro de Triagem para dependentes químicos, localizado na grande Porto Alegre, sendo que 28% residiam em Porto Alegre, 28% em Sapucaia e 24% em Esteio. E 25 homens, com idades entre 18 e 40 anos ($M = 26,4$; $DP = 7,12$) também provenientes da grande Porto Alegre, sendo que 32% residiam em Porto Alegre, 20% em Canoas e 20% em Esteio, não dependentes de substâncias psicoativas que foram pareados por idade e classe econômica.

Foram excluídas da amostra, pessoas com diagnóstico de deficiência mental, com diagnóstico de esquizofrenia, previamente avaliados através da entrevista diagnóstica *Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI- Plus, Amorin, 2000)*. Os não alfabetizados, com problemas visuais ou auditivos e com uso de medicação (ansiolíticos e antidepressivos). Além desses critérios de exclusão, os sujeitos controles não podiam fazer uso de cigarro.

Instrumentos

- Questionário sociodemográfico, contendo questões que investigaram os aspectos sociodemográficos e de saúde dos participantes da pesquisa.

- Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI, Cunha, 2001; Cunha & Werlang, 1996), que é uma escala de auto-avaliação usada para detectar e avaliar a intensidade da ideação suicida nos pacientes, sendo que foi utilizada a versão validada em português no Brasil (Cunha, 2001; Cunha & Werlang, 1996). As propriedades psicométricas dessa escala, na versão em português, são consideradas satisfatórias tanto em amostras clínicas quanto em amostras não clínicas. Em termos de validade, os coeficientes alfa para o instrumento, variam desde 0,59 a 0,62.

- Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço (STAXI, Biaggio, 2003) Este instrumento avalia a agressividade através da mensuração de experiências e expressões de raiva. Inventário de Charles D. Spielberger (1927), que foi traduzido e adaptado para o Brasil, por Ângela M. B. Baggio no ano de 2003. A escala é composta por 44 itens e o formulário de aplicação possui três subescalas, todas apresentam coeficientes alfa maiores que 0,60.

- Teste *Wisconsin* - *Wisconsin Card Sorting Test* (WCST, Cunha et al., 2005), criado em 1948, ampliado e revisado posteriormente. Foi utilizado para avaliar o raciocínio abstrato e a capacidade do sujeito para gerar estratégias de solução de problemas, em resposta a condições de estimulação mutáveis. Também pode ser considerada uma medida da flexibilidade do pensamento. O Teste foi adaptado e padronizado para o Brasil por Cunha et al. em 2005. Os coeficientes alfa variam de 0,39 a 0,72, com média de 0,57 e com uma mediana de 0,60.

- Escala de Impulsividade de Barratt (BPI, Diemen et al. 2007), é um dos métodos mais utilizados para medir a impulsividade, porém esta escala não foi validada para o Português, o que gera dificuldades para a realização de estudos neste contexto (Diemen et al., 2007). O BPI é uma escala de auto-aplicação, composta por 30 itens do tipo *Likert* com perguntas que fornecem uma pontuação total de impulsividade e três sub-pontuações: atenção, falta de planejamento e de impulsividade motora. A pontuação varia de 30 a 120 e não existe ponto de corte estabelecido. Um estudo realizado em 2007 teve como objetivo adaptar para o português e realizar a validação de construto da Escala de Impulsividade de Barratt para adolescentes. O

coeficiente de correlação intraclasse foi de 0,90 e a consistência interna foi de 0,62 para os 30 itens.

- *Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI- Plus, Amorin, 2000)*, é uma entrevista diagnóstica padronizada breve (15 a 30 minutos), compatível com os critérios do DSM-III-R/IV e da CID-10, que é destinada à utilização na prática clínica e na pesquisa em atenção primária e em psiquiatria, e pode ser utilizada por clínicos após um treinamento rápido (de uma a três horas). A versão *Plus* do MINI, mais detalhada, gera diagnósticos positivos dos principais transtornos psicóticos e do humor do DSM-IV. Estudos de confiabilidade e validade foram desenvolvidos, comparando o MINI ao SCID-P e ao CIDI. Os resultados desses estudos mostram que o MINI apresenta índices de confiabilidade e de validade comparáveis aos dos instrumentos referidos, mas que pode ser administrado em tempo mais curto ($M = 18,7 \pm 11,6$ minutos).

Procedimento

A aplicação ocorreu de forma individual, primeiramente, junto a um centro de triagem para dependentes químicos, localizado na grande Porto Alegre (RS), sendo a ordem dos testes aplicados de forma aleatória, a fim de evitar viés relacionado à ordem de aplicação. Os instrumentos foram aplicados no centro de triagem, durante a permanência dos pacientes no mesmo em uma sessão única de aproximadamente uma hora e meia. Na segunda parte do presente estudo, referente ao grupo controle, a pesquisadora entrou em contato e convidou os funcionários de uma prestadora de serviços terceirizados, também localizada na grande Porto Alegre (RS), controlando a faixa etária, classe econômica e o não uso de substâncias psicoativas. Os controles responderam os instrumentos, em uma sessão única, também com duração de aproximadamente uma hora e meia, sendo a ordem dos testes aleatória. Foram adotados todos os procedimentos éticos para a realização da pesquisa com seres humanos (risco mínimo, direito de sigilo, consentimento informado), de acordo com a *American Psychological Association (APA)*, respeitando a dignidade e o direito das pessoas. Neste sentido, antes da aplicação dos instrumentos, o participante lia e assinava um Termo de Consentimento Livre Esclarecido, concordando com a participação na pesquisa.

Resultados

No grupo controle ($n = 25$), a média de idade dos participantes foi de 26,4 anos ($DP = 7,12$) e, no grupo dos dependentes de substâncias psicoativas ($n = 25$), a média de idade dos participantes foi de 27,2 anos ($DP = 7,21$). O grau de escolaridade predominante no grupo controle foi segundo grau completo (60%), seguido por terceiro grau incompleto (16%). No grupo de dependentes, o grau de escolaridade predominante foi segundo grau incompleto e primeiro grau incompleto, ambos com um total de 28%. O estado civil predominante nos dois grupos foi de solteiros (60%), quanto a possuir filhos ou não, no grupo controle, 68% dos participantes não possuíam filhos e no grupo de dependentes, 48% não possuíam filhos.

A classe econômica predominante nos dois grupos foi “C”, que corresponde à classe baixa (48%), segundo dados do questionário socio-demográfico aplicado. No grupo controle, nenhum participante apresentou HIV positivo, enquanto que no grupo de dependentes, 8% apresentaram HIV positivo, segundo o que foi constatado no questionário sócio-demográfico aplicado. Todos os participantes residiam na região da grande Porto Alegre, sendo que 28% dos controles moravam em Porto Alegre, 20% em Canoas, 20% em Esteio e 12% em Sapucaia. No grupo dos dependentes, 28% residiam em Porto Alegre, 28% em Sapucaia e 24% em Esteio.

No grupo dos dependentes de substâncias psicoativas é relevante apontar a idade do primeiro uso de drogas ($M = 13,24$; $DP = 2,96$), e o tempo de abstinência no momento da entrevista, que foi, em média, de 48,52 dias ($DP = 12,98$). As drogas mais usadas por eles podem ser visualizadas na Tabela 1.

Tabela 1

Drogas Utilizadas pelo Grupo de Dependentes de Substâncias Psicoativas (n=25)

Drogas Utilizadas	Porcentagem (%)
Cigarro	92
Cocaína	92
Maconha	88

Drogas Utilizadas	Porcentagem (%)
Álcool	88
Crack	88
Cola	28
Heroína	4
LSD	4
Ecstasy	4

Entre os entrevistados, dependentes de substâncias psicoativas, 56% usavam cigarro há nove anos ou mais e 88% destes fumavam quatro vezes ou mais todos os dias. Dos dependentes, 60% relataram usar álcool há nove anos ou mais, dentre estes 40% tiveram uma frequência de duas a seis vezes por semana. O *crack* foi utilizado por 56% dos entrevistados entre os últimos três e cinco anos, sendo que destes, 28% utilizavam a droga todos os dias, várias vezes ao dia. A cocaína foi utilizada por 32% dos entrevistados nos últimos cinco anos e 28% usavam há nove anos ou mais.

Em relação à ideação suicida, dos 25 homens dependentes de substâncias psicoativas entrevistados, 24% apresentaram ideação e 76% não apresentaram. O mesmo aconteceu com as tentativas de suicídio onde 24% dos dependentes entrevistados apresentaram tentativas e 76% não apresentaram. Nenhum participante do grupo controle apresentou ideação suicida ou tentativa de suicídio.

Na comparação de médias entre o grupo controle e o grupo de dependentes, pode-se observar que o grupo com média superior e estatisticamente significativa para a variável ideação suicida e tentativa de suicídio foi o grupo de dependentes, com [$t(24) = 2,75; p < 0,05$]. Em relação à variável expressão de raiva, avaliada através do Inventário STAXI, na comparação entre os grupos, para o grupo de dependentes os resultados estatisticamente significativos foram: traço de raiva [$t(38,80) = 4,52; p < 0,001$], temperamento [$t(40,26) = 4,36; p < 0,001$], reação [$t(42,01) = 3,61; p < 0,01$], expressão de raiva [$t(46,62) = 3,35; p < 0,01$] e no grupo controle foi estatisticamente significativo o controle da raiva [$t(47,56) = -4,45; p < 0,001$].

Pode-se também observar, que na comparação das médias entre os dois grupos, em relação à variável impulsividade, avaliada através da Escala de Impulsividade de Barrat, o grupo de dependentes apresentou resultados estatisticamente significativos para as sub-variáveis: atenção: [$t(47,65) = 3,39; p < 0,01$], atividade motora [$t(46,68) = 4,02; p < 0,001$],

falta de planejamento [$t(43,98) = 6,05; p < 0,001$] e Impulsividade [$t(44,95) = 6,09; p < 0,001$]. A capacidade para gerar estratégias de solução de problemas foi avaliada através do teste Wisconsin, que teve como resultados estatisticamente significativos para o grupo de dependentes, os erros não perseverativos [$t(46,75) = 2,07; p < 0,05$], e para o grupo controle, a resposta de nível conceitual [$t(41,87) = - 4,03; p < 0,001$].

Tabela 2

Expressão de Raiva, Média (M) e Desvio Padrão (DP) nos Grupos Controle (n=25) e de Dependentes (n=25)

	Grupos	
	Controle <i>M(DP)</i>	Dependente <i>M(DP)</i>
Estado de Raiva	10,56 (0,91)	11,60 (3,32)
Traço de Raiva	16,08 (3,62)	22,56 (6,17) ***
Temperamento	6,12 (1,92)	9,28 (3,07) ***
Reação	7,08 (1,97)	9,64 (2,94)**
Raiva p/ dentro	15,60 (3,59)	17,64 (4,34)
Raiva p/ fora	12,56 (3,85)	13,80 (4,77)
Controle de Raiva	23,52 (5,05)	17,44 (4,59) ***
Expressão de Raiva	21,96 (7,41)	29,68 (8,82) **

*Nota: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$*

Tabela 3

Impulsividade, Média(M) e Desvio Padrão (DP) nos Grupos Controle (n=25) e de Dependentes (n=25)

	Grupos	
	Controle <i>M(DP)</i>	Dependentes <i>M(DP)</i>
Atenção	18,72 (2,79)	21,52 (3,04) **
Atividade Motora	19,44 (4,39)	24,92 (5,21)***

	Grupos	
	Controle <i>M(DP)</i>	Dependentes <i>M(DP)</i>
Falta de Planejamento	20,80 (3,70)	28,40 (5,06)***
Total Impulsividade	58,96 (7,93)	74,84 (10,35) ***

Nota: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

A Tabela 4 mostra os valores das correlações entre as variáveis avaliadas neste estudo, que foram: Ideação suicida correlacionada com expressão de raiva, impulsividade e estratégias de solução de problemas.

Tabela 4

Correlações entre Ideação Suicida, Expressão de Raiva, Impulsividade e Estratégias de Solução de Problemas, no Grupo de Dependentes (n=25)

	Ideação Suicida (<i>r</i>)
Expressão da Raiva	
Estado de Raiva	0,98
Traço de Raiva	0,55**
Temperamento	0,29
Reação	0,49**
Raiva p/ dentro	0,39*
Raiva p/ fora	0,26
Controle de Raiva	- 0,32
Expressão de Raiva	0,53**
Impulsividade	
Atenção	0,31
Atividade Motora	0,43*
Falta de Planejamento	0,46*
Total Impulsividade	0,49**

	Ideação Suicida (<i>r</i>)
Estratégias de Solução de Problemas	
Ensaio Administrados	0,39 **
No Total Correto	0,15
Respostas Perseverativas	0,36
Erros Perseverativos	0,10
Erros não Perseverativos	0,27
Respostas de Nível Conceitual	- 0,62
Número de categorias completadas	- 0,28
Ensaio p/ Comp. 1 categoria	0,22
Fracasso Manter Contexto	0,04
Aprendendo a Aprender	0,09

Nota: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

A correlação com a variável ideação suicida e capacidade para gerar estratégias de solução de problemas não apresentou itens significativos, sendo que esta capacidade não esteve alterada.

Discussão

Os resultados mostraram que homens dependentes de substâncias psicoativas apresentaram ideação suicida em 24% da amostra estudada, em comparação ao grupo controle, que não apresentou ideação suicida. O que corrobora com outros estudos, que têm tentado compreender a relação entre abuso de substâncias e ideação suicida. Estes estudos mostram que o uso do álcool ou outras substâncias de abuso são associados com maiores níveis de ideação suicida (Cottler et al., 2005; Grant & Hasin, 1999; Knesper, 2003; Lecrubier, 2001; Pages, Russo, Roy-Byrne, Ries, & Cowley, 1997).

Porém, na maioria das pesquisas revisadas, a porcentagem de indivíduos dependentes apresentando ideação suicida é maior, daquela encontrada neste estudo. Pode ser postulado que esse número é o resultado da condição dos sujeitos entrevistados, que estavam abstinentes

em uma média de 48,52 dias ($DP = 12,98$), e em tratamento, enquanto os sujeitos dos estudos encontrados, ainda estavam fazendo uso de drogas e não estavam em tratamento.

Num estudo realizado nos EUA com 777 pacientes encaminhados para avaliação de dependência química em um serviço de Emergências Psiquiátricas os resultados mostraram que mais da metade dos pacientes (55,26%) apresentaram ideação suicida, sendo que destes, 85% relataram consumo de cocaína, o que mostra que a ideação suicida pode estar intimamente relacionada ao consumo de drogas, estando à cocaína, mais presente do que outras substâncias de abuso (Garlow, Purselle, & D'Orío, 2003).

No estudo de Garlow, Purselle e D'Orío (2003) foi verificado a presença de ideação suicida em dependentes químicos como também foi observado que a droga mais utilizada por eles foi a cocaína, resultado que sustenta o percentual encontrado em nossa pesquisa, onde 92% dos sujeitos entrevistados eram usuários de cocaína. Outro estudo que mostra resultados semelhantes ao estudo em questão é uma pesquisa realizada nos EUA, com 990 consumidores de drogas que verificou que homens mostraram grande probabilidade de apresentar um quadro de Transtorno de Personalidade Anti-Social e altas taxas de ideação suicida. Neste estudo, foi observado que homens com ideação suicida foram mais propensos do que homens sem ideação suicida para satisfazer critérios de uso de drogas, com destaque ao uso de cocaína (Cottler et al., 2005).

Quanto à expressão de raiva, avaliada através do Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço (STAXI), entre os dois grupos, os resultados estatisticamente significativos no grupo dos dependentes foram, traço de raiva, temperamento, reação e expressão da raiva. Os dependentes de substâncias psicoativas apresentaram uma média de 22,56 pontos para traço de raiva ($DP = 6,17$) o que está acima da média-padrão para homens brasileiros, segundo Biaggio (1992/2003), que é de $M = 18,92$. Também com média acima do padrão para homens brasileiros, segundo a mesma autora, estão apontando as subescalas, temperamento, com média igual a 9,28 ($DP = 2,94$), sendo o padrão para homens brasileiros uma $M = 6,86$. A reação, com média igual a 9,64 ($DP = 2,94$), quando o padrão é $M = 8,94$ e expressão de raiva, com média igual a 29,68 ($DP = 8,82$) quando a média padrão é $M = 24,66$.

A partir da escala "Traço de Raiva" foi desenvolvido as subescalas de "Temperamento Raivoso" e "Reação de Raiva", ligadas à maneira de reagir às situações provocadoras ou frustradoras. Dentro dessa perspectiva, pessoas com altos escores em "temperamento raivoso" seriam as chamadas "explosivas", impulsivas, e tenderiam a expressar a raiva com pouca provocação. Já os altos índices em "reação de raiva" estariam

ligados a pessoas que tendem a reagir mais violentamente quando criticadas ou provocadas (Biaggio, 1998).

A subescala controle de raiva, fator que demonstra a exigência de um investimento de energia no monitoramento e prevenção da experiência e expressão da raiva, sendo, desejável para um convívio social mais adaptado (Biaggio, 1992), aparece com resultado baixo, em comparação ao grupo controle, o que expressa o menor grau de controle da raiva que existe nos dependentes entrevistados, corroborando com vários achados que têm indicado que o aumento do comportamento agressivo possui um destacado papel na mediação entre dependência química e suicídio (Brent et al., 2004; Dumais, Lesage, Alba et al., 2005; McGirr, Renaud et al., 2007).

A correlação entre ideação suicida e expressão de raiva no grupo de dependentes teve como resultado significativo, o traço de raiva e a expressão de raiva. Destaca-se que é significativo o número de dependentes com ideação suicida que possuem uma maior disposição para perceber várias situações como desagradáveis ou frustradoras, tendendo a reagir sobre elas, do que aqueles dependentes sem ideação suicida, resultados semelhantes são encontrados em outros estudos já realizados (Gil, 2002; Hartwell, 2001; Marzuk et al., 2005; Palmimi, 2004; Portuguese & Charchat, 1998).

Em relação à impulsividade, avaliada através da aplicação da Escala de Impulsividade de Barratt, na comparação de médias entre o grupo controle e de dependentes, os resultados significativos foram para as sub-variáveis: atenção, que se caracteriza por pensamentos rápidos e instáveis; atividade motora, que se caracteriza por uma tendência a ações impetuosas; falta de planejamento e orientação para o futuro e impulsividade, todos expressivos no grupo de dependentes. Uma revisão de literatura realizada em 2001, com o objetivo de discutir a relação da impulsividade em transtornos psiquiátricos apontaram que níveis significativamente mais altos de impulsividade são encontrados entre pacientes com transtorno de conduta, transtornos de personalidade, transtorno bipolar e transtornos por uso de substâncias, em comparação com outros pacientes, ou pessoas saudáveis (Moeller, Barratt, Dougherty, Schmitz, & Swann, 2001).

Outros estudos sobre impulsividade em dependentes de substâncias psicoativas, também têm apoiado a relação entre impulsividade e abuso de substâncias. Grande parte destes estudos também utilizou questionários de medidas de impulsividade e encontraram níveis mais altos de impulsividade em dependentes de substâncias psicoativas, em comparação a indivíduos saudáveis. Como também colocam que os dependentes de múltiplas substâncias são mais impulsivos do que aqueles dependentes de uma única substância (Allen,

Moeller, Rhoades, & Cherek, 1998; O'Boyle & Barratt, 1993; Patton, Stanford, & Barratt, 1995; Moss, Yao, & Panzak, 1990).

Quando foi relacinada a ideação suicida e impulsividade, os resultados significativos foram falta de planejamento e impulsividade entre os dependentes com ideação suicida, resultados que podem ser apoiados por alguns estudos, como o apresentado por Kellermann et al. (1992) e o de Lesage et al. (1994) onde colocam que mais do que a metade dos casos das pessoas que comete suicídio preenche critérios diagnósticos para transtornos de personalidade do grupo B, principalmente, Transtorno da Personalidade Limítrofe e Anti-Social, dois quadros caracterizados pela importante presença de traços impulsivos e agressivos. Achados estes, consistentes também com o de Malone et al. (1995), que indica que em várias categorias diagnósticas, existe uma correlação positiva entre a presença de traços impulsivos ou impulsivo-agressivos e a tendência a manifestar o comportamento suicida.

Outro estudo, realizado em 2005, com indivíduos que já haviam tentado suicídio e indivíduos controle, apontou que, aqueles com tentativas prévias de suicídio apresentaram resultados significativos para impulsividade se comparados com aqueles que nunca haviam tentado suicídio. O mesmo estudo apontou também, que os indivíduos que tentaram suicídio uma ou mais vezes durante a vida, além de maior impulsividade, apresentavam história de abuso de álcool, mais freqüentemente do que os indivíduos sem tentativas prévias de suicídio (Swann et al., 2005).

Pode-se verificar através desta pesquisa, que alterações emocionais como a impulsividade aumentada e a acentuada expressão de raiva estão intimamente relacionadas com a dependência de substâncias psicoativas, assim como também ao comportamento suicida. Os dados obtidos mostraram que no Brasil as características de dependentes de substâncias psicoativas permanecem as mesmas, quando comparadas com estudos feitos em outros países, o que aponta que as diferenças regionais podem não ter influência sobre as alterações estudadas.

A partir disso, percebe-se que é de suma importância a execução de mais pesquisas, enfocando a dependência de substâncias psicoativas, a ideação suicida e a relação destas com alterações emocionais, buscando um melhor conhecimento e novas alternativas de prevenção e tratamento. Este é, com certeza, um campo importante para futuras pesquisas, e que pode auxiliar a este tipo de público, se melhor investigado. Tendo em vista que o abuso de drogas na atualidade é um fenômeno complexo e multifatorial, existe a demanda de ser compreendido e abordado sob diversas perspectivas, incluindo a biológica e psicológica, fazendo assim com que diminuam riscos como o comportamento suicida, entre muitos outros.

Conclusão

Concluiu-se que a ideação suicida está presente em dependentes de substâncias psicoativas do sexo masculino. Foi verificado também, que existe uma correlação entre ideação suicida, dependência de substâncias psicoativas, expressão de raiva e impulsividade em homens dependentes de substâncias psicoativas. Os dependentes de substâncias psicoativas não apresentaram alterações cognitivas significativas, porém apresentaram alterações emocionais no que diz respeito à impulsividade e a expressão de raiva.

A capacidade para gerar estratégias de solução de problemas, neste estudo, não apresentou associação significativa com a dependência de substâncias psicoativas e a ideação suicida, porém acredita-se que esta variável precisa ser melhor investigada, uma vez que o tempo de abstinência do grupo de dependentes e o fato de estarem em tratamento, pode ter sido relevante para este resultado.

Estes resultados servem como subsídios importantes para um assunto que envolve saúde pública e que, portanto, interessa a toda sociedade. Então, a partir destas constatações mais investigações podem ser feitas, explorando outros aspectos relacionados à dependência de substâncias psicoativas e a presença de ideação suicida neste público.

Pesquisas futuras podem abordar mais profundamente a questão da ideação suicida em dependentes de substâncias psicoativas para melhor esclarecer os índices encontrados. Além disto, investigações feitas comparando dependentes e não dependentes em relação à capacidade para gerar estratégias de solução de problemas, podem ser de grande valia, visto que as pontuações se mostraram desiguais em relação a outros estudos encontrados, podendo o tempo de abstinência ter aparecido como um possível *viés* na pesquisa.

SEÇÃO III

RELATÓRIO DE PESQUISA

Introdução

O suicídio é uma morte auto-inflingida com evidência explícita ou implícita, de que a pessoa tinha intenção de morrer (APA, 2003). Constitui-se em uma fuga de um problema ou crise que provoca intenso sofrimento, está associado a necessidades frustradas ou insatisfeitas, sentimentos de desesperança e desamparo, conflitos ambivalentes entre um estresse insuportável e a sobrevivência, envolvendo a percepção de um estreitamento das opções percebidas e uma necessidade de fuga (Sadock & Sadock, 2007).

É importante destacar que o suicídio é uma das dimensões do comportamento suicida que inclui um *continuum* de comportamentos que vão desde pensamentos de autodestruição, passando por ameaças, gestos, tentativas de suicídio até o desfecho fatal (Werlang & Botega, 2004). O comportamento suicida pode ser classificado em três categorias, que possui um possível gradiente de severidade e heterogeneidade: 1) ideação suicida, 2) tentativa de suicídio e 3) suicídio consumado. Considerando este *continuum*, a ideação suicida (pensamentos, idéias e desejos de se matar) se posiciona em um dos extremos e em outro o suicídio; entre eles está a tentativa (Borges, 2004). A presença de ideação suicida pode caracterizar um primeiro passo para a consolidação do suicídio (Borges, Werlang, & Copatti, 2008).

Segundo a World Health Organization (WHO, 2002), o suicídio é considerado uma tragédia familiar e pessoal, causando sofrimento em todos os envolvidos com a vítima. Os dados de 2002 da WHO, com relação à população geral mundial, registram que, a cada ano, o suicídio atinge índices de 16 mortes em 100.000 habitantes, ou seja, uma morte a cada 40 segundos. Desta forma, no que se refere aos dados epidemiológicos, o suicídio está entre as dez principais causas de morte no mundo e entre as três principais causas em jovens com idades entre 15 e 34 anos.

Uma extensa meta-análise sobre diagnósticos psiquiátricos e suicídio indicou que 87,3% dos sujeitos apresentavam algum diagnóstico psiquiátrico previamente ao suicídio. Em geral, 43,2% dos casos apresentavam transtornos de humor, 25,7% apresentavam transtornos do uso de substâncias, 16,2% tinham diagnóstico de transtorno de personalidade, e 9,2% apresentavam transtornos psicóticos (Stefanello et al., 2008).

Mais do que a metade dos casos que cometem suicídio preenchem critérios diagnósticos para transtornos da personalidade do grupo B, principalmente Transtorno da Personalidade Limite e Anti-Social, dois quadros caracterizados pela importante presença de

traços impulsivos e agressivos (Lesage et al., 1994; Mann, Oquendo et al., 1999; Mann, Waternaux et al., 1999). Isto é consistente com uma série de estudos que vêm indicando existir, em várias categorias diagnósticas, uma correlação positiva entre a presença de traços impulsivos ou impulsivo-agressivos e a tendência a tentar manifestar o comportamento suicida (Brent et al., 2004; Corruble, Damy, & Guelfi, 1999; Dumais, Lesage, Lalovic et al., 2005; McGirr, Paris, Lesage, Renaud, & Turecki, 2007; Malone, Haas, Sweeney, & Mann, 1995; McGirr, Renaud et al., 2007; Turecki, 2005). Outros achados corroboram a importância dos traços de impulsividade e agressividade na presença de diagnósticos psiquiátricos e tentativas de suicídio (Grosz et al., 1994; Soloff, Lis, Kelly, & Cornelius, 1994).

Mais recentemente, o papel etiológico da impulsividade e da agressividade tem recebido destacado suporte de estudos envolvendo indivíduos que cometeram suicídio, quando comparados com grupos controle (McGirr, Renaud et al., 2007). Comportamentos agressivos e impulsivos estão extensamente presentes não só em indivíduos com depressão maior e suicídio (Malone et al. 1995; Pompili et al. 2008), mas também em vítimas de suicídio que apresentavam outros diagnósticos, tais como Transtorno de Abuso de Substâncias (Brent, 1993; Brent, Bridge, Johnson, & Connolly, 1996; Dumais, Lesage, Alda et al., 2005) e Transtorno de Personalidade Borderline (McGirr, Paris et al., 2007; McGirr et al., 2008).

Segundo Wyder e DeLeo (2007), uma proporção considerável de tentativas de suicídio são feitas por impulso. No entanto, o conhecimento das características impulsivas em tentadores de suicídio é ainda limitado. Nas últimas décadas, nota-se a relevância da neurotransmissão serotoninérgica na modulação da conduta agressiva ou violenta (Dougherty, Moeller, Bjork, & Marsh, 1999; Moffit et al., 1998) especialmente, quando associada à impulsividade. Há consistência nos estudos que tratam especialmente sobre a redução da atividade da serotonina em indivíduos com traços agressivos e impulsivos (Sher, 2006), evidenciando que uma anormalidade no metabolismo deste neurotransmissor pode contribuir para maior predisposição no desenvolvimento do comportamento violento. Corroborando com estes dados, evidências oriundas de estudos com diferentes metodologias (*estudo post-mortem*; estudos de concentração líquóricas do ácido 5-hidroxi-indolacético/5-HIAA, metabólito da serotonina; estudos neuroendocrinológicos), revelam que anormalidades no sistema serotoninérgico estariam associadas aos comportamentos suicida e com características psicobiológicas como: a impulsividade e a agressividade (Correa, 2004).

A partir de um trabalho de revisão com artigos publicados entre os anos de 1994 e 1999, verificou-se que em seres humanos, sinais clínicos e laboratoriais de baixa atividade

serotoninérgica relacionam-se com agressividade, impulsividade, depressão, suicídio e alcoolismo de início precoce (Moreira, 2001). A depressão e o alcoolismo são os diagnósticos psiquiátricos mais comuns no suicídio, sendo que, dentre os usuários crônicos do álcool, a baixa atividade serotoninérgica esteve relacionada com o suicídio impulsivo (Moreira, 2001). Além do importante envolvimento da serotonina, estudos clínicos demonstram que medicamentos com ação em sistemas neuroquímicos como: o dopaminérgico, o gabaérgico (GABA) e o noradrenérgico estão envolvidos na regulação da agressividade, demonstrando importante associação também desses sistemas no controle do comportamento agressivo (Sher, 2006).

O pensamento suicida tem sido em alguns estudos, associado à rigidez cognitiva, como foi verificado em um estudo realizado em 2008, no qual, participaram 29 pacientes com diagnóstico de depressão, hospitalizados após tentativa de suicídio e 29 controles saudáveis, que avaliou o desempenho cognitivo por meio de tarefas executivas concebidas para capturar tomada de decisão impulsiva, através de ensaios para atenção e memória verbal. Medidas de auto-classificação para impulsividade e agressividade também foram aplicadas. Foi verificado que a memória verbal e a atenção estavam intactas em todos os pacientes, apenas os pacientes com ideação suicida mostraram disfunção executiva e prejuízo na tomada de decisão. Os pesquisadores concluíram que a ideação suicida está associada com a insuficiência no desempenho cognitivo (Westheide et al., 2008).

Os principais aspectos neuropsicológicos avaliados em indivíduos com comprometimento nas funções do córtex pré-frontal são ligados às dificuldades em tarefas que exigem capacidade de planejamento e estabelecimento de estratégias para solução de problemas, além de avaliação e controle do próprio comportamento diante das interferências. Tais dificuldades resultam em falta de flexibilidade diante de situações diferenciadas, precária análise e aproveitamento de sinais ambientais externos para orientar as escolhas e respostas apropriadas. Este funcionamento também pode ser associado à impossibilidade da pessoa de deixar de lado uma forma de compreensão e utilizar ou partir para a busca de outra, fazendo com que persevere numa única estratégia para solucionar os problemas. Tal quadro é complementado pela tendência destes indivíduos de agir no aqui e agora e pouca preocupação com as conseqüências de suas condutas (Gil, 2002; Portuguese & Charchat, 1998).

Knesper (2003) coloca que a maioria das vítimas de suicídio sofre de algum transtorno psiquiátrico, sendo os mais comuns os transtornos depressivos, drogadição e psicoses. Mann et al. (1995) salientaram que há evidência de que o denominador comum entre a maioria dos sujeitos que comete suicídio é a presença de comportamentos impulsivos e impulsivos

agressivos. Também, o suicídio tem sido associado à rigidez cognitiva e prejuízo na tomada de decisão (Marzuk, Hartwell, Leon, & Portera, 2005). Por isso, entende-se como de grande importância o conhecimento destes comportamentos, e sua inter-relação, pois além de conhecermos melhor e precocemente os fatores considerados de risco, nos possibilita o delineamento de estratégias preventivas e clínicas, bem como a escolha da melhor forma de tratamento.

Objetivos

Geral

Comparar homens dependentes de substâncias psicoativas, com não dependentes, em relação a transtornos cognitivos e emocionais tais como: expressão de raiva, impulsividade, o raciocínio abstrato e a capacidade para gerar estratégias de solução de problemas os relacionando com a presença de ideação suicida.

Específicos

- Comparar dependentes e não dependentes quanto à presença de Ideação suicida; expressão de raiva; impulsividade; raciocínio abstrato e a capacidade para gerar estratégias de solução de problemas.
- Correlacionar a presença de ideação suicida em dependentes com a expressão de raiva; impulsividade e capacidade para gerar estratégias de solução de problemas.

Método

Delineamento

Este foi um estudo quantitativo transversal descritivo e *ex-post-facto*.

Participantes

A amostra foi constituída por 50 homens, sendo 25 homens de 18 a 40 anos ($M = 27,2$; $DP = 7,21$) usuários de substâncias psicoativas, em abstinência por duas semanas a dois meses ($M = 48,52$; $DP = 12,98$), provenientes de um centro de triagem para dependentes de

substâncias psicoativas, localizado na grande Porto Alegre (28% Porto Alegre, 28% Sapucaia e 24% Esteio). E 25 homens, com idades entre 18 e 40 anos ($M = 26,4$; $DP = 7,12$) também provenientes da grande Porto Alegre (32% Porto Alegre, 20% Canoas e 20% Esteio), não dependentes de substâncias psicoativas que foram pareados por idade, classe econômica e escolaridade.

Foram excluídas da amostra, pessoas com diagnóstico de deficiência mental, com diagnóstico de esquizofrenia, previamente avaliados através da entrevista diagnóstica *Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI- Plus*, Amorin, 2000). Os não alfabetizados, com problemas visuais ou auditivos e com uso de medicação (ansiolíticos e antidepressivos). Além desses critérios de exclusão, os sujeitos controles não podiam fazer uso de cigarro.

Procedimentos de Pesquisa

Inicialmente, buscou-se junto a um Centro de Triagem para dependentes químicos, localizado na grande Porto Alegre (RS), autorização para o acesso ao mesmo para fazer a coleta de dados, a partir do aceite, iniciou-se a pesquisa. A aplicação ocorreu de forma individual e os instrumentos foram aplicados no centro de triagem, durante a permanência dos pacientes no mesmo em uma sessão única de aproximadamente uma hora e meia.

Na segunda parte do presente estudo, referente ao grupo controle, a pesquisadora entrou em contato com uma prestadora de serviços terceirizados, também localizada na grande Porto Alegre (RS), e selecionou alguns funcionários, controlando a faixa etária, idade, classe econômica e o não uso de substâncias psicoativas. Os controles responderam os instrumentos, em uma sessão única, também com duração de aproximadamente uma hora e meia.

Foram adotados todos os procedimentos éticos para a realização da pesquisa com seres humanos (risco mínimo, direito de sigilo, consentimento informado), de acordo com a *American Psychological Association (APA)*, respeitando a dignidade e o direito das pessoas. Neste sentido, antes da aplicação dos instrumentos, o participante lia e assinava um termo de consentimento livre esclarecido, concordando com a participação na pesquisa. Respondidos os instrumentos, estes eram checados e, finalmente expressavam-se os agradecimentos aos participantes.

Procedimentos Éticos

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS, tendo sido aprovado em 01/06/2009 (Anexo A) sob o protocolo 09/037. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo B) foi assinado em duas vias pelos participantes, sendo uma delas entregue ao participante e outra ficando sob responsabilidade da pesquisadora.

Os participantes foram informados que podiam desistir do processo de pesquisa a qualquer momento. O TCLE foi obtido pela pesquisadora no momento da entrevista com o sujeito da pesquisa e todo o material coletado durante a pesquisa ficou armazenado com a pesquisadora e ficará guardado durante cinco anos, em caso de necessidade.

Casos de dependentes de substâncias psicoativas, identificados durante a pesquisa, que necessitavam de acompanhamento, foram encaminhados para o serviço de atendimento de referência do centro. No caso dos controles, os mesmos foram encaminhados a um centro de referência em saúde mental de seu município.

Procedimentos de Coleta de Dados

A aplicação ocorreu de forma individual e os instrumentos foram aplicados aos dependentes em uma sessão única de aproximadamente uma hora e meia. Depois da assinatura do TCLE, a entrevista teve início com o preenchimento do Questionário Sociodemográfico, seguido da aplicação do *Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI - Plus*, Amorin, 2000), após a verificação de que o participante não preenchia nenhum critério de exclusão, foram aplicados o Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço (STAXI, Biaggio, 2003), a Escala de Impulsividade de Barratt (BIS, Diemen et al., 2007), o Teste *Wisconsin - Wisconsin Card Sorting Test (WCST*, Cunha et al., 2005) e a Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI, Cunha, 2001; Cunha & Werlang, 1996), estes, alternadamente em cada entrevista, a fim de garantir que não houvesse um comprometimento nos resultados devido a mesma ordem de aplicação.

Na segunda parte do presente estudo, os controles responderam os mesmos instrumentos aplicados no grupo dos dependentes, de forma alternada, em uma sessão única, também com duração de aproximadamente uma hora e meia, na sede da empresa prestadora de serviços.

Instrumentos

- Questionário Sócio-demográfico

Contempla questões que investigaram os aspectos sócio-demográficos, aspectos de saúde dos participantes da pesquisa e também o uso de drogas (Anexo C).

- Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI, Cunha, 2001; Cunha & Werlang, 1996).

A Escala de ideação suicida de Beck é uma escala de auto-avaliação e foi usada para detectar e avaliar a intensidade da ideação suicida nos pacientes (Beck et al., 1979), sendo utilizada a versão validada em português no Brasil (Cunha, 2001; Cunha & Werlang, 1996). Esse questionário apresenta 19 itens, cuja pontuação por item é de zero a dois, que avaliam três dimensões da ideação suicida: ativa, passiva e tentativa prévia de suicídio. Caso a pontuação seja equivalente a seis ou mais, a ideação suicida é considerada clinicamente significativa. As propriedades psicométricas dessa escala, na versão em português, são consideradas satisfatórias tanto em amostras clínicas quanto em amostras não clínicas. Em termos de validade, os coeficientes alfa para o instrumento, variam desde 0,59 a 0,62.

- Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço (STAXI, Biaggio, 2003).

Com a finalidade de avaliar a agressividade através da mensuração de experiências e expressões de raiva, foi usado o Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço (STAXI) de Charles D. Spielberger (1927), que foi traduzido e adaptado para o Brasil, por Ângela M. B. Baggio no ano de 2003. A experiência de raiva no STAXI é avaliada como estado e traço. O estado de raiva é emocional e são sentimentos negativos que variam de intensidade em função de uma situação. Já o traço de raiva é a disposição, maior ou menor, do indivíduo para perceber várias situações como desagradáveis ou frustradoras, tendendo a reagir sobre elas. Com relação às expressões da raiva, estas são concebidas de três formas: a primeira é a raiva para fora, que é a expressão da raiva em relação aos outros ou aos objetos; a segunda é a raiva dirigida para dentro, que são os sentimentos e a terceira é em relação ao grau de intensidade com que as pessoas tentam controlar a expressão. A escala é composta por 44 itens e o formulário de aplicação possui três partes: a primeira com itens para o sujeito dizer como está se sentindo no momento, a segunda indica como o sujeito se sente comumente e a terceira se relaciona com o que ele faz e o que sente quando está com raiva ou

furioso. Cada item contém quatro alternativas de frequência que correspondem a: (1) “quase nunca”, (2) “às vezes”, (3) “freqüentemente” e (4) “quase sempre”. As três partes do formulário apresentam coeficientes alfa maiores que 0,60.

- Teste *Wisconsin - Wisconsin Card Sorting Test* (WCST, Cunha et al., 2005)

Este teste foi criado em 1948, ampliado e revisado posteriormente, avalia o raciocínio abstrato e a capacidade do sujeito para gerar estratégias de solução de problemas, em resposta a condições de estimulação mutáveis. Também pode ser considerada uma medida da flexibilidade do pensamento. Para tanto, o teste é composto de dois baralhos idênticos com 64 cartas cada e quatro cartas-estímulo, fornecendo escores quanto aos acertos, assim como apontando fontes de dificuldade nas tarefas. O Teste foi adaptado e padronizado para o Brasil por Cunha et al. em 2005. Trata-se de uma técnica sensível a Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, aprendizagem de leitura, transtornos convulsivos e além de avaliar a capacidade de raciocínio abstrato, o WCST também tem sido progressivamente utilizado em pesquisas sobre lesões e disfunções do lobo frontal.

Os coeficientes alfa variam de 0,39 a 0,72, com média de 0,57 e com uma mediana de 0,60.

- Escala de Impulsividade de Barratt (BIS, Diemen et al., 2007)

É um dos métodos mais utilizados para medir a impulsividade, porém esta escala não foi validada para o Português, o que gera dificuldades para a realização de estudos neste contexto (Diemen et al., 2007). O BPI é uma escala de auto-aplicação, composta por 30 itens do tipo *Likert* com perguntas que fornecem uma pontuação total de impulsividade e três sub-pontuações: atenção, falta de planejamento e de impulsividade motora. A pontuação varia de 30 a 120 e não existe ponto de corte estabelecido. Um estudo realizado em 2007 teve como objetivo adaptar para o português e realizar a validação de construto da Escala de Impulsividade de Barratt para adolescentes. O coeficiente de correlação intraclassa foi de 0,90 e a consistência interna foi de 0,62 para os 30 itens.

- *Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI- Plus, Amorin, 2000)*

O MINI é uma entrevista diagnóstica padronizada breve (15-30 minutos), compatível com os critérios do DSM-III-R/IV e da CID-10, que é destinada à utilização na prática clínica e na pesquisa em atenção primária e em psiquiatria, e pode ser utilizada por clínicos após um treinamento rápido (de uma a três horas). A versão *Plus* do MINI, mais detalhada, gera diagnósticos positivos dos principais transtornos psicóticos e do humor do DSM-IV.

Estudos de confiabilidade e validade foram desenvolvidos, comparando o MINI ao SCID-P e ao CIDI. Os resultados desses estudos mostram que o MINI apresenta índices de confiabilidade e de validade comparáveis aos dos instrumentos referidos, mas que pode ser administrado em tempo mais curto ($M = 18,7 \pm 11,6$ minutos).

Procedimentos de Análises de Dados

A análise dos dados consistiu em procedimentos descritivos para as variáveis de interesse (ideação suicida, impulsividade, expressão de raiva, raciocínio abstrato e a capacidade para gerar estratégias de solução de problemas) e para as variáveis sócio-demográficas, envolvendo propriedades da distribuição, medidas de tendência central e medidas de dispersão ou variabilidade. Considerando o aspecto descritivo do estudo, os dados foram apresentados em termos de escores observados. A estatística inferencial consistiu em cálculos de diferenças entre médias (Teste *t* de *Student*) e cálculos correlacionais (coeficiente de correlação de *Pearson*). Foi aceito para significância $p < 0,05$.

Resultados

Os resultados da análise descritiva podem ser visualizados na Tabela 5 onde são mostradas as médias (M) e os desvios padrões (DP) dos principais dados sócio-demográficos do grupo controle e dos dependentes entrevistados, coletados através de um questionário com informações sócio-demográficas e de saúde (Anexo C).

Tabela 5

Dados Sócio-Demográficos dos Grupos Controle (n=25) e de Dependentes (n=25)

		Grupos	
		Controle	Dependentes
Idade		26,4 (7,12)	27,2 (7,21)
Raça	Branco	96%	56%
	Pardo	04%	24%
	Negro	-	20%
Escolaridade	1º Grau In.	08%	28%
	1º Grau Co.	-	24%
	2º Grau In.	12%	24%
	2º Grau Co.	60%	20%
	3º Grau In.	16%	-
	3º Grau Co.	04%	-
Estado Civil	Solteiro	60%	60%
	Casado	40%	24%
	Divorciado	-	16%
Filhos	Sim	32%	52%
	Não	68%	48%
Classe Econômica	A1	-	-
	A2	04%	-
	B1	20%	08%
	B2	28%	20%
	C	48%	48%
	D	-	24%
HIV	Sim	-	08%

		Grupos	
		Controle	Dependentes
	Não	100%	92%
Reside	Porto Alegre	32%	28%
	Canoas	20%	-
	Sapucaia	12%	28%
	Esteio	20%	24%

Nota: Classe Econômica = A1 – alta; A2 – média; B1 – média; B2 – média baixa; C – baixa e D – muito baixa.

Em relação ao uso de drogas, a idade média do primeiro uso foi de 13,24 anos ($DP = 2,96$). O tempo de abstinência teve uma média de 48,52 dias ($DP = 12,98$) e 88% dos dependentes colocaram que os amigos foram os facilitadores do uso. Entre os dependentes, 68% julgaram-se abandonados pela família e 64% referiram que os pais foram ausentes durante toda a vida.

O cigarro e a cocaína estão entre as drogas mais utilizadas, com 92%, logo depois vem o álcool, a maconha e o *crack*, estes, com 88%. Entre os entrevistados, 56% usavam cigarro há nove anos ou mais e 88% destes fumavam quatro vezes ou mais todos os dias. Dos dependentes, 60% relataram usar álcool há nove anos ou mais, dentre estes 40% tiveram uma frequência de duas a seis vezes por semana. O *crack* foi utilizado por 56% dos entrevistados entre os últimos três e cinco anos, sendo que destes, 28% utilizavam a droga todos os dias, várias vezes ao dia. Alguns estudos sobre dependência química e ideação suicida mostram resultados semelhantes com os que foram encontrados, onde as drogas mais utilizadas são o cigarro e a cocaína, seguidos pelo álcool, maconha e *crack* (Cottler, Campbell, Krishna, Cunningham-Williams, & Abdallah, 2005; Garlow, Purselle, & D’Orío, 2003).

Em relação à ideação suicida, dos 25 homens dependentes de substâncias psicoativas entrevistados, 24% apresentaram ideação e 76% não apresentaram. Dos 25 controles entrevistados, 100% não apresentaram ideação suicida. O mesmo acontece com as tentativas de suicídio onde 24% dos dependentes entrevistados apresentaram tentativas e 76% não apresentaram. Dos 25 controles, 100% deles não apresentaram tentativas de suicídio. Na comparação de médias entre o grupo controle e o grupo de dependentes, pode-se observar que o grupo com média superior para a variável ideação suicida e tentativa de suicídio foi o grupo de dependentes, com [$t(24) = 2,75; p < 0,05$].

Em relação à variável expressão de raiva, avaliada através do Inventário STAXI, na comparação entre os grupos, para o grupo de dependentes os resultados estatisticamente significativos foram: traço de raiva [$t(38,80) = 4,52; p < 0,001$], temperamento [$t(40,26) = 4,36; p < 0,001$], reação [$t(42,01) = 3,61; p < 0,01$], expressão de raiva [$t(46,62) = 3,35; p < 0,01$] e no grupo controle foi estatisticamente significativo o controle da raiva [$t(47,56) = -4,45; p < 0,001$]. Foram obtidas as seguintes médias e desvio-padrão significativos: Traço de raiva (controle) $M= 16,08$ (DP)=3,62. Traço de raiva (dependente) $M= 22,56$ (DP)=6,17. Temperamento (controle) $M= 6,12$ (DP)= 1,92. Temperamento (dependente) $M= 9,28$ (DP)= 3,07. Reação (Controle) $M= 7,08$ (DP)= 1,97). Reação (Dependente) $M= 9,64$ (DP)= 2,94). Controle de Raiva (controle) $M= 23,52$ (DP)= 5,05. Controle de Raiva (dependente) $M= 17,44$ (DP)= 4,59. Expressão de Raiva (controle) $M= 21,96$ (DP)= 7,41. Expressão de Raiva (dependente) $M= 29,68$ (DP)= 8,82.

Na comparação das médias entre os dois grupos, em relação à variável impulsividade, avaliada através da Escala de Impulsividade de Barrat, o grupo dos dependentes apresentou resultados estatisticamente significativos para as sub-variáveis: atenção: [$t(47,65) = 3,39; p < 0,01$], atividade motora [$t(46,68) = 4,02; p < 0,001$], falta de planejamento [$t(43,98) = 6,05; p < 0,001$] e Impulsividade [$t(44,95) = 6,09; p < 0,001$]. Foram obtidas as seguintes médias e desvio-padrão significativos: Atenção (controle) $M=18,72$ (DP)=2,79. Atenção (dependente) $M= 21,52$ (DP)=3,04. Atividade Motora (controle) $M=19,44$ (DP)=4,39. Atividade Motora (dependente) $M= 24,92$ (DP)=5,21. Falta de planejamento (controle) $M=20,80$ (DP)=3,70. Falta de planejamento (dependente) $M=28,40$ (DP)=5,06. Impulsividade Total (controle) $M=58,96$ (DP)=7,93. Impulsividade Total (dependente) $M=74,84$ (DP)=10,35.

Avaliando os resultados das correlações entre ideação suicida, expressão de raiva, impulsividade e capacidade para gerar estratégias de solução de problemas no grupo de dependentes como resultado significativo, para a expressão de raiva, foram encontrados o traço de raiva, reação e a expressão de raiva. Para a ideação suicida e impulsividade foram verificados resultados significativos para falta de planejamento, atividade motora e impulsividade. Já a correlação entre as variáveis ideação suicida e capacidade para gerar estratégias de solução de problemas não apresentou itens significativos, sendo que esta capacidade não esteve alterada.

Considerações Finais

Pode se verificar através deste estudo que a ideação suicida está presente em dependentes de substâncias psicoativas do sexo masculino. Foi verificado também, que existe uma correlação entre ideação suicida, dependência de substâncias psicoativas, expressão de raiva e impulsividade neste grupo. Quanto ao uso de substâncias psicoativas, foi constatado que o cigarro e a cocaína estão entre as drogas mais utilizadas, seguidos pelo álcool, a maconha e o *crack*.

Em relação à expressão de raiva, pode-se constatar que dependentes de substâncias psicoativas possuem características de impulsividade e tendência a expressar a raiva com pouca provocação, assim, tendem a reagir mais violentamente quando criticados ou provocados. Já o controle da raiva, estava diminuído, o que expressa o menor grau de controle da raiva que existe nos dependentes de substâncias psicoativas. Em relação à impulsividade, verificou-se que dependentes de substâncias psicoativas possuem pensamentos rápidos e instáveis, tendência a ações impetuosas, falta de planejamento e orientação para o futuro. A capacidade para gerar estratégias de solução de problemas, não apresentou associação significativa com a dependência de substâncias psicoativas e a ideação suicida, nesse estudo, porém acredita-se que esta variável precisa ser melhor investigada, uma vez que, o tempo de abstinência do grupo de dependentes e o fato de estarem em acompanhamento psicoterápico, pode ter sido relevantes para este resultado.

Pesquisas futuras podem abordar mais profundamente a questão da ideação suicida em dependentes de substâncias psicoativas para melhor esclarecer os índices encontrados. Além disto, investigações feitas comparando dependentes e não dependentes em relação à capacidade para gerar estratégias de solução de problemas, podem ser de grande valia, visto que as pontuações se mostraram desiguais em relação a outros estudos encontrados, podendo o tempo de abstinência ter aparecido como um possível *viés* na pesquisa.

A partir destas constatações mais investigações podem ser feitas, explorando outros aspectos relacionados à dependência de substâncias psicoativas e a presença de ideação suicida neste público, tendo em vista que estas duas questões são muito importantes, e trazem conseqüências negativas, tanto para o dependente, como também para todas as pessoas próximas do mesmo, tornando-se um grave problema de saúde pública. Desta forma, é importante conhecer o funcionamento desta população e suas principais características, para

assim poder intervir de uma forma eficaz e principalmente preventiva, evitando conseqüências mais graves como o suicídio propriamente dito.

Um ponto positivo desta pesquisa, é que os dados coletados poderão contribuir para futuros estudos, como também para ajudar a formular alternativas de manejo diferenciadas e mais adequadas para trabalhar com esta população. Já em relação às limitações deste estudo, verificou-se o tempo de abstinência dos participantes da pesquisa, que foi alto em comparação à grande parte dos estudos coletados, o que fez com que alguns dados não pudessem ser comparados de forma efetiva.

Outra questão importante que deve ser destacada como ponto relevante a ser revisto em estudos futuros, é o fato do preenchimento do questionário sócio-demográfico e da escala de ideação suicida de Beck, terem sido preenchidas pelos pesquisados juntamente com a pesquisadora, situação que pode ter alterado os resultados que dizem respeito à ideação suicida e às tentativas de suicídio, uma vez que este assunto ainda é considerado como um “tabu” em nossa sociedade.

Portanto, ainda é preciso haver mais pesquisas com o público brasileiro, para que se possa comparar com outros estudos, sempre buscando alternativas eficazes para trabalhar com esta população, principalmente no que diz respeito à prevenção. Uma das maneiras de se desenvolver um trabalho efetivo, talvez seja trabalhar com crianças e adolescentes a questão do uso das drogas, pois estes ainda estão em formação e têm chances de absorver melhor exemplos positivos, traçando da forma mais adequada seus caminhos. Além disso, podemos pensar na importância de termos os fatores de risco para o suicídio, bem estabelecidos.

Referências

- Allen, T. J., Moeller, F. G., Rhoades, H. M., & Cherek, D. R. (1998). Impulsivity and history of drug dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, *50*, 137-145.
- American Psychiatric Association. (2003). *Practice guideline for the assesment and treatment of patients with suicide behavior*. Washington, DC: Author.
- Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): Validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo, *22*(3), 106-115.
- Andrade, V. M., Santos, F. H., & Bueno, O. F. A. (2004). *Neuropsicologia hoje*. São Paulo: Artes Médicas.
- Arango, V., Ernsberger, P., Marzuk, P. M., Chen, J. S., Tierney, H., Stanley, M., Reis, D. J., & Mann, J. J. (1990). Autoradiographic demonstration of increased serotonin 5-HT₂ and beta-adrenergic receptor binding sites in the brain of suicide victims. *Archives of General Psychiatry*, *47*(11), 1038-47.
- Barros, M. B. A., Oliveira, H. B., & Marin-León, L. (2004). Epidemiologia no Brasil. In N. J. Botega & B. G. Werlang (Orgs.), *Comportamento Suicida* (pp. 45-58). Porto Alegre: Artmed.
- Bechara, A., Dolan, S., Denburg, N., Hindes, A., Anderson, S. W., & Nathan, P. E. (2001). Decision-making deficits, linked to a dysfunctional ventromedial prefrontal cortex, revealed in alcohol and stimulant abusers. *Neuropsychologia*, *39*, 376-89.
- Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De Leo, D., & Wasserman, D. (2004). Psychiatric diagnoses and suicide: Revisiting the evidence. *Crisis*, *25*(4), 147-55.
- Biaggio, A. (1992/2003). *Manual do Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço (STAXI)*. São Paulo: Vetor.
- Biaggio, A. (1998). Ansiedade e depressão na concepção de C. D. Spielberger. *Revista de Psiquiatria Clínica*. *25*(6), 291-293.
- Blackmore, E. R., Munce, S., Weller, I., Zagorski, B., Stansfeld, S. A., Stewart, D. E., Caine, E. D., & Conwell, Y. (2008). Psychosocial and clinical correlates of suicidal acts: Results from a national population survey. *British Journal of Psychiatry*. *192*(4), 279-84.
- Bolla, K. I., Eldreth, D. A., London, E. D., Kiehl, K. A., Mouratidis, M., & Contoreggi, C. (2003). Orbitofrontal cortex dysfunction in abstinent cocaine abusers performing a decision-making task. *Neuroimage*, *19*(3), 1085-94.

- Borges, V. R. (2004). *Ideação suicida na adolescência*. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Borges, V. R., Werlang, B. S. G., & Copatti, M. (2008). Ideação suicida em adolescentes de 13 a 17 anos. *Barbarói (USCS)*, 28, 109-123.
- Botega, N. J. (2000). Suicídio e tentativa de suicídio. In B. Lafer, O. Alemida, R. Fráguas Jr. & E. Miguel (Orgs.), *Depressão no ciclo da vida* (pp. 157-165). Porto Alegre: Artmed.
- Brent, D. A. (1993). Depression and suicide in children and adolescents. *Pediatrics in Review*, 14(10), 380-8.
- Brent, D. A., Bridge, J., Johnson, B. A., & Connolly, J. (1996). Suicidal behavior runs in families. A controlled family study of adolescent suicide victims. *Archives of General Psychiatry*, 53(12), 1145-52.
- Brent, D. A., Bridge, J., Johnson, B. A., & Connolly, J. (1996). Suicidal behavior runs in families: A controlled family study of adolescent suicide victims. *Archives of General Psychiatry*, 53(12), 1145-52.
- Brent, D. A., Oquendo, M., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D., Stanley, B., Zelazny, J., Brodsky, B., Melhem, N., Ellis, S. P., & Mann, J. J. (2004). Familial transmission of mood disorders: Convergence and divergence with transmission of suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(10), 1259-66.
- Chachamovich, E., Stefanello, S., Botega, N., & Turecki, G. (2009). Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(Suppl.1), S18-S25.
- Correa, H. (2004). Suicídio e impulsividade: Pesquisas sobre o papel do sistema serotoninérgico. *Biological Psychiatry*, 12(1), 19-22.
- Corruble, E., Damy, C., & Guelfi, J. D. (1999). Impulsivity: A relevant dimension in depression regarding suicide attempts? *Journal of Affective Disorders*, 53(3), 211-15.
- Cottler, L. B., Campbell, W., Krishna, V. A., Cunningham-Williams, R. M., & Abdallah A. B. (2005). Predictors of high rates of suicidal ideation among drug users. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(7), 431-7.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cunha, J. A., Trentini, C. M., Argimon, I. L., Oliveira, M. S., Werlang, B. G., & Prieb, R. G. (2005). *Teste Wisconsin de Classificação de Cartas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Cunha, P. (2003). Aspectos neuropsicológicos do uso da maconha. Trabalho apresentado no Ciclo de Conferências sobre o Tratamento da Maconha Avanços no tratamento dos usuários de maconha, São Paulo.
- Cunha, P. J., & Novaes, M. (2004). Avaliação neurocognitiva no abuso e dependência do álcool: Implicações para o tratamento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(Suppl. 1), 23-7.
- Cuomo, C., Sarchiapone, M., Giannantonio, M. D., Mancini, M., & Roy A. (2008). Agression, impulsivity, personality traits, and childhood trauma of prisoners with substance abuse and addiction. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 34(3), 339-45.
- Cutcliffe, J. R. (2003). Research endeavours into suicide: A need to shift the emphasis. *British Journal of Nursing*, 12(2), 92-9.
- D'Oliveira, C. F. A. (2005). *Perfil Epidemiológico dos suicídios. Brasil e regiões, 1996 a 2002*. Brasil/Ministério da Saúde. Recuperado em janeiro, 2009, disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Suicidios.pdf>
- Diaconu, G., & Turecki, G. (2008). Family history of suicidal behavior predicts impulsive-aggressive behavior levels in psychiatric outpatients. *Journal of Affective Disorders*, 113(1-2), 172-8.
- Diekstra, R. F. W., & Garnefski, W. (1995). On the nature, magnitude and casuality of suicidal behavior on international perspective. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25, 36-57.
- Diekstra, R. F. W., & Gulbinat, W. (1993). The epidemiology of suicidal behaviour: A review of three continents. *World Health Statistics Quarterly*, 46(1), 52-68.
- Diemen, L. V., Szobot, C. M., Kessler, F., & Pechansky, F. (2007). Adaptation and construct validation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS 11) to Brazilian Portuguese for use in adolescents. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(2), 153-156.
- Dougherty, D. M., Moeller, F. G., Bjork, J. M., & Marsh, D. M. (1999). Plasma L-tryptophan depletion and aggression. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 467, 57-65.
- Dumais, A., Lesage, A. D., Alda, M., Rouleau, G., Dumont, M., Chawky, N., Roy, M., Mann, J. J., Benkelfat, C., & Turecki, G. (2005). Risk factors for suicide completion in major depression: A case-control study of impulsive and aggressive behaviors in men. *American Journal of Psychiatry*, 162(11), 2116-24.
- Dumais, A., Lesage, A. D., Lalovic, A., Séguin, M., Tousignant, M., Chawky, N., & Turecki, G. (2005). Is violent method of suicide a behavioral marker of lifetime aggression? *American Journal of Psychiatry*, 162(7), 1375-8.
- Ernst, C., Lalovic, A., Lesage, A., Seguin, M., Tousignant, M., & Turecki, G. (2004). Suicide and no axis I psychopathology. *BMC Psychiatry*, 4 (7).

- Ferreira, P. (2000). *Estudo do efeito agudo de desafio farmacológico com dipiridamol sobre a perfusão regional cerebral em pacientes com uso crônico de cocaína*. Dissertação de mestrado não-publicada, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Figlie, N. B., Laranjeira, R., & Bordin, S. (2004). *Aconselhamento em dependência química*. São Paulo: Roca.
- Filley C. M., Price, B. H., Nell, V., Antoinette, T., & Morgan, A. S. (2001). Toward and Understanding of violence: Neuro-behavioral aspects of unwarranted physical aggression- Aspen Neurobehavioral Conference Consensus Statement. *Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavior Neurology*, 14(1), 1-14.
- Fuster, J. M. (2002). Frontal lobe and cognitive development. *Journal of Neurocytology*, 31, 373-85.
- Garlow, S. J., Purselle, D., & D'Orío, B. (2003). Cocaine use disorders and suicidal ideation. *Drug and Alcohol Dependence*, 70(1), 101-4.
- Gil, R. (2002). *Neuropsicologia* (2.ed). São Paulo: Santos.
- Goldstein, R. Z., & Volkow, N. D. (2002). Drug addiction and its underlying neurobiological basis: Neuroimaging evidence for the frontal cortex. *The American Journal of Psychiatry*, 159, 1642-52.
- Grant B. F., & Hasin D. S. (1999). Suicidal ideation among the United States drinking population: Results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 60(3), 422-9.
- Grosz, D. E., Lipschitz, D. S., Eldar, S., Finkelstein, G., Blackwood, N., Gerbino-Rosen, G., Faedda, G. L., & Plutchik, R. (1994). Correlates of violence risk in hospitalized adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 35(4), 296-300.
- Hartwell, N. E. (2001). *The neuropsychology of suicidal in depressed inpatients*. Unpublished dissertation, Yeshiva University, New York.
- Hawton, K., & Heeringen, K. (2002). *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester: Wiley; 2002
- Henriksson, M. M., Aro, H. M., Marttunen, M. J., Heikkinen, M. E., Isometsa, E. T., Kuoppasalmi, K. I., & Lönnqvist, J. K. (1993). Mental disorders and comorbidity in suicide. *American Journal of Psychiatry*, 150(6), 935-40.
- Hrdina, P. D., Demeter, E., Vu, T. B., Sotonyi, P., & Palkovits, M. (1993). 5-HT uptake sites and 5-HT₂ receptors in brain of antidepressant-free suicide victims/depressives: Increase in 5-HT₂ sites in cortex and amygdala. *Brain Research*, 614(1-2), 37-44.

- Keller, M., & Werlang, B. S. G. (2005). Flexibilidade na resolução de problemas em tentadores de suicídio. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 54(2), 128-136.
- Kellermann, A. L., Rivara F. P., Simes, G., Reay, D. T., Francisco J., & Banton J. G. (1992). Suicide in home in relation gun ownership. *New England Journal Medicine*, 327(7), 467-72.
- Knesper, D. J. (2003). *Guide to Suicide Assessment*. Michigan: University of Michigan.
- Kolling, N. M., Silva, C. R., Carvalho, J. C. N., Cunha, S. M., & Kristensen, C. H. (2007). Avaliação neuropsicológica em alcoolistas e dependentes de cocaína. *Avaliação Psicológica*, 6(2), 127-37.
- Laranjeira, R., Jungerman, F. S., & Dunn, J. (1998). *Drogas: Maconha, cocaína e crack*. São Paulo: Contexto.
- Lecrubier, Y. (2001). The influence of comorbidity on the prevalence of suicidal behaviour. *European Psychiatry*, 16(7), 395-99.
- Lesage, A. D., Boyer, R., Grunberg, F., Vanier, C., Morissette, R., & Menard-Buteau, C. (1994). Suicide and Mental Disorders: A Case Control Study of Young Men. *American Journal of Psychiatry*, 151(7), 1063-68.
- Malone, K. M., Haas, G. L., Sweeney, J. A., & Mann, J. J. (1995). Major depression and the risk of attempted suicide. *Journal of Affective Disorders*, 34(3), 173-85.
- Mann, J. J. (1998). The neurobiology of suicide. *Nature Medicine*, 4, 25-30.
- Mann, J. J., Oquendo, M., Underwood, M. D., & Arango, V. (1999). The neurobiology of suicide risk: A review for the clinician. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 60(Suppl. 2), 7-11.
- Mann, J. J., Waternaux, C., Hass, G. L., & Malone, K. M. (1995). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 156, 181-189.
- Marzuk, P. M., Hartwell, N., Leon, A. C., & Portera, L. (2005). Executive functioning in depressed patients with suicidal ideation. *Acta Psychiatrica Scandinavica: Journal information*, 112(4), 294-301.
- McGirr, A., Paris, J., Lesage, A., Renaud, J., & Turecki, G. (2007). Risk factors for suicide completion in borderline personality disorder: A case-control study of cluster B comorbidity and impulsive aggression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(5), 721-9.
- McGirr, A., Renaud, J., Seguin, M., Alda, M., & Turecki, G. (2008). Course of major depressive disorder and suicide outcome: A psychological autopsy study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(6), 966-70.
- McGirr, A., Renaud, J., Seguin, M., Alda, M., Benkelfat, C., Lesage, A., & Turecki, G. (2007). An examination of DSM-IV depressive symptoms and risk for suicide completion in major

- depressive disorder: A psychological autopsy study. *Journal of Affective Disorders*, 97(1-3), 203-209.
- Mello Jorge, M. H. P. (2000). *As condições de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Meneghel, S. N., Victora, C. C., Faria, N. M. X., Lenine, A. De C., & Falk, J. W. (2004). Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Revista de Saúde Pública*, 38(6), 804-810.
- Ministério da Saúde. (2006). *Prevenção do suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, OPAS, UNICAMP.
- Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2001). Psychiatric Aspects of Impulsivity. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1783-1793.
- Moffit, T. E., Brammer, G. L., Caspi, A., Fawcett, J. P., Raleigh, M., Yuwiler, A., & Silva, P. (1998). Whole blood serotonin relates to violence in an epidemiological study. *Biological Psychiatry*, 43(6), 446-457.
- Moreira, C. N. (2001). Serotonina e comportamento agressivo-impulsivo. *Biological Psychiatry*, 9(1), 3-11.
- Moscicki, E. H. (1995). Epidemiology of suicidal behavior. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25, 25-35.
- Moss, H. B., Yao, J. K., & Panzak, G. L. (1990). Serotonergic responsivity and behavioral dimensions in antisocial personality disorder with substance abuse. *Biological Psychiatry*, 28, 325-338.
- Neuringer, C. (1964). Rigid thinking in suicidal individual's. *Journal of Consulting Psychology*, 28(1), 54-58.
- O'Boyle, M., & Barratt, E. S. (1993). Impulsivity and DSM-III-R personality disorders. *Personality and Individual Differences*, 14, 609-611.
- Organização Mundial da Saúde. (2000). *Prevenção do suicídio: Um manual para médicos clínicos gerais*. Genebra: Author.
- Pages, K. P., Russo, J. E., Roy-Byrne, P. P., Ries, R. K., & Cowley, D. S. (1997). Determinants of suicidal ideation: the role of substance use disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 510-5; quiz 516-7.
- Palmini, A. (2004). O cérebro e a tomada de decisões. In P. Knapp (Ed.), *Teoria cognitivo comportamental na prática psiquiátrica* (pp. 71-88). Porto Alegre: Artes médicas.
- Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 768-774.

- Pfefferbaum, A., Sullivan, E. V., Mathalon, D. H., Shear, D. H., Rosebloom, M. J., & Lim, K. (1995). Longitudinal changes in magnetic resonance imaging brain volumes in abstinent and relapsed alcoholics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 19(5), 1177-91.
- Pietro, D., & Tavares, M. (2005). Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: Incidência, eventos estressores e transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 54(2), 146-54.
- Pompili, M., Rihmer, Z., Akiskal, H. S., Innamorati, M., Iliceto, P., Akiskal, K. K., Lester, D., Narciso, V., Ferracuti, S., Tatarelli, R., De Pisa, E., & Girardi, P. (2008). Temperament and personality dimensions in suicidal and nonsuicidal psychiatric inpatients. *Psychopathology*, 41(5), 313-2.
- Portuguez, M. W., & Charchat, H. (1998). Avaliação neuropsicológica do lobo frontal. In J. C. Costa (Ed.), *Fundamentos neurobiológicos das epilepsias: Aspectos clínicos e cirúrgicos* (pp. 957-73). São Paulo, SP: Lemos.
- Raine, A., Buschsbaum, M., & Lacasse, L. (1997). Brain abnormalities indicated by positron emission tomography. *Biological Psychiatry*, 42(6), 495-508.
- Robert, D. R., & Robbins, T. W. (2001). Investigating the neurocognitive deficits associated with chronic drug misuse. *Current Opinion in Neurobiology*, 11(2), 250-57.
- Robinson, T. E., & Kolb, B. (2004). Structural plasticity associated with exposure to drugs of abuse. *Neuropharmacology*, 47(Suppl. 1-3), 33-46.
- Rogers, J. R. (2001). Theoretical grounding: 'The missing link' in suicide research. *Journal of Counseling & Development*, 79(1), 16-29.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). *Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e psiquiatria Clínica*. Artmed: Porto Alegre.
- Sanchez, H. G. (2001). Risk factor model for suicide assesment and intervention. *Professional Psychology Research and Practice*, 31(4), 351-358.
- Sher, L. (2006). Alcohol and suicide: Neurobiological and clinical aspects. *Scientific World Journal*, 6, 700-6.
- Soloff, P. H., Lis, J. A., Kelly, T., Cornelius, J., & Ulrich, R. (1994). Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151(9), 1316-23.
- Stefanello, S., Cais, C. F., Mauro, M. L., De Freitas, G. V., & Botega, N. J. (2008). Gender differences in suicide attempts: Preliminary results of the multisite intervention study on suicidal behavior (SUPRE-MISS) from Campinas, Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(2), 139-43.

- Swann, A. C., Dougherty, D. M., Pazzaglia, P. J., Pham, B. S. M., Steinberg, J. L., & Moeller, F. G. (2005). Increased impulsivity associated with severity of suicide attempt history in patients with bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, *162*, 1680-1687.
- Tiet, Q. Q., Ilgen, M. A., Byrnes, H. F., & Moos, R. H. (2006). Suicide attempts among substance use disorder patients: An initial step toward a decision tree for suicide management. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *30*(6), 998-1005.
- Turecki, G. (1999). O suicídio e sua relação com o comportamento impulsivo-agressivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *21*(Suppl. 2), 18-22.
- Turecki, G. (2005). Dissecting the suicide phenotype: The role of impulsive-aggressive behaviours. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, *30*(6), 398-408.
- Walker, P. L. (2001). A bioarcheological perspective on the history of violence. *Annual Review of Anthropology*, *30*, 573-96.
- Wasserman, D. (2001). *Suicide: An unnecessary death*. London: Martin Dunitz.
- Weir, E. (2001). Suicide: The hidden epidemic. *Canadian Medical Association Journal*, *165*(5), 634-6.
- Werlang, B. S. G., & Botega, N. J. (2004). *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed.
- Westheide, J., Quednow, B. B., Kuhn, K. U., Hoppe, C., Coopeer-Mahkorn, D., Hawellek, B., Eichler, P., Maier, W., & Wagner, M. (2008). Executive performance of depressed suicide attempters: The role of suicidal ideation. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *258*(7), 414-21.
- World Health Organization. (2000). *Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviors – SUPRE-MISS: Components and instruments*. Geneve: Author.
- World Health Organization. (2002). *Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviors: SUPRE-MISS: Protocol of SUPRE-MISS*. Geneva: Author.
- World Health Organization. (2003). *The World Health Report 2003: Shaping the future*. Geneve: Author.
- World Health Organization. (2007). *Suicide Prevention (SUPRE)*. Geneve: Author.
- Wyder, M., & DeLeo, D. (2007). Behind impulsive suicide attempts: Indications from a community study. *Affective Disorders*, *104*(1), 167-173.

ANEXOS

ANEXO A - PROTOCOLO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa que visa coletar dados sobre ideação suicida e como o uso de drogas pode contribuir para este comportamento. A pesquisa será conduzida por mim, Antoníele Carla Stephanus Flores, Psicóloga, aluna do Mestrado em Psicologia Clínica, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) e orientada pela Profa. Dra. Rosa Maria Martins de Almeida.

Os aspectos cognitivos e emocionais serão verificados através de escalas e questionários. A pesquisadora estará presente durante toda a testagem.

A participação na pesquisa não acarretará nenhum tipo de risco ou gasto financeiro. Os nomes de todas as pessoas que participarem da pesquisa serão preservados e não divulgados. A participação nessa pesquisa é voluntária, tendo a participante o pleno direito de se recusar a participar ou de se retirar da pesquisa a qualquer momento do processo, sem que isso acarrete qualquer risco ou penalidade.

Em caso de dúvidas relacionadas à pesquisa, a participante poderá contatar a pesquisadora responsável pelo telefone (51) 32730596.

Você recebeu uma via deste documento de consentimento que ficará em seu poder. Desde já agradeço a sua colaboração nessa pesquisa, ressaltando que os resultados ajudarão no melhor entendimento de fatores considerados de risco para o suicídio em dependentes químicos.

Atenciosamente,

CONCORDÂNCIA EM PARTICIPAR

Eu, _____ concordo em participar da pesquisa descrita.

Assinatura do participante

Data: _____

ANEXO C - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

IDEAÇÃO SUICIDA E ALTERAÇÕES COGNITIVAS E EMOCIONAIS EM
DEPENDENTES DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

ANTONIÉLE CARLA STEPHANUS FLORES

Dissertação de Mestrado

São Leopoldo, 2010

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)