

SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.  
11(2):78-84  
abr.-jun. 2015  
DOI: 10.11606/issn.1806-6976.v11i2p78-84

Artigo Original

## RISCO DE SUICÍDIO EM DEPENDENTES DE COCAÍNA COM EPISÓDIO DEPRESSIVO ATUAL: SENTIMENTOS E VIVÊNCIAS

*Caroline Neubüser Rocha<sup>1</sup>*  
*Danielle Bernardi Silveira<sup>2</sup>*  
*Roger Santos Camargo<sup>3</sup>*  
*Simone Fernandes<sup>4</sup>*  
*Maristela Ferigolo<sup>5</sup>*  
*Helena Maria Tannhauser Barros<sup>6</sup>*

A morte por suicídio passou a ocupar a terceira posição entre as mais frequentes na população de 15 a 44 anos de idade. A morte autoinfligida possui significados que requerem compreensão e atenção. O objetivo deste estudo foi conhecer as vivências e os sentimentos dos usuários de cocaína dentro da relação dependência química e suicídio. Este é um estudo qualitativo, realizado de agosto de 2012 a fevereiro de 2013. Os 18 indivíduos que preencheram os critérios para episódio depressivo responderam à entrevista semiestruturada para risco de suicídio, pelo Mini International Neuropsychiatric Interview. Na análise dos conteúdos narrados, estabeleceram-se três categorias: história pregressa, tentativas de suicídio e depressão. Os resultados foram avaliados procurando refletir e compreender as vivências expostas pelos usuários. Este estudo auxilia a compreensão dos significados das vivências e sentimentos dos usuários de cocaína/crack ante o risco de suicídio.

Descritores: Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias; Suicídio; Depressão.

<sup>1</sup> Psicóloga, Estagiária, Universidade Federal de Ciências da Saúde, Porto Alegre, RS, Brasil.

<sup>2</sup> Mestranda, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

<sup>3</sup> MSc, Biólogo, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

<sup>4</sup> Doutora, Psicóloga, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil. Professor, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

<sup>5</sup> PhD, Professor, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

<sup>6</sup> PhD, Professor Titular, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

### Correspondencia:

Helena Maria Tannhauser Barros  
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre  
Rua Sarmiento Leite, 245  
CEP: 90050-170, Porto Alegre, RS, Brasil  
E-mail: helenbar@ufcspa.edu.br

## **SUICIDE RISK IN COCAINE ADDICTS WITH A CURRENT DEPRESSIVE EPISODE: FEELINGS AND EXPERIENCES**

Death by suicide is now the third most frequent cause of death in the population 15-44 years old. This self-inflicted death has meaning that requires understanding and attention. The objective of this study was to understand the experiences and feelings of cocaine users within the relationship of addiction and suicide. This is a qualitative study conducted from August 2012 to February 2013. The 18 individuals who met criteria for a depressive episode responded to the semi-structured interview for suicide risk, the Mini International Neuropsychiatric Interview. During the analysis of the narrated content, there were three categories established: previous history, previous suicide attempts, and depression. The results were evaluated seeking to reflect and understand the experiences exposed by users. This study helps to understand the meaning of the experiences and feelings of crack/cocaine users who are at the risk for suicide.

Descriptors: Substance-Related Disorders; Suicide; Depression.

## **RIESGO DE SUICIDIO EN DEPENDIENTES DE COCAÍNA CON EPISODIO DEPRESIVO ACTUAL: SENTIMIENTOS Y VIVENCIAS**

La muerte por suicidio paso a ocupar la tercera posición entre las causas mas frecuentes en la población de 15 a 44 años de edad. La muerte autoinflingida posee significados que requieren comprensión y atención . El objetivo de este estudio fue conocer las vivencias y los sentimientos de los usuarios de cocaína dentro de la relación de dependencia química y suicidio. Este es un estudio cualitativo, realizado entre agosto del 2012 y febrero del 2013. Los 18 individuos que cumplieron con los criterios para episodio depresivo respondieron a una entrevista semiestructurada para el riesgo de suicidio, por el Mini International Neuropsychiatric Interview. En el análisis de los contenidos narrados, se establecieron tres categorías: historia anterior, tentativas de suicidio y depresión. Los resultados fueron evaluados procurando reflexionar y comprender las vivencias expuestas por los usuarios. Este estudio apoya la comprensión de significados de las vivencias y sentimientos de los usuarios de cocaína/crack ante el riesgo de suicidio.

Descriptores: Trastornos Relacionados con Sustancias; Suicidio; Depresión.

### **Introdução**

No ano 2000, aproximadamente um milhão de pessoas morreram por suicídio, com taxa global de 16 mortes por 100 mil habitantes, o que representa uma morte a cada 40 segundos<sup>(1)</sup>. O suicídio está entre as três principais causas de óbito na população entre 15 e 44 anos, sendo

uma violência autoinfligida preocupante em quase todos os países<sup>(2)</sup>.

No Brasil, as taxas de suicídio aumentaram 21% em um intervalo de 20 anos<sup>(2)</sup>. Na população de 15 a 44 anos, as lesões ou traumas decorrentes das tentativas de suicídio são a sexta maior causa de problemas de saúde e incapacitação

física<sup>(3)</sup>. Além disso, em relação à depressão, o suicídio e as tentativas de suicídio são sintomas de recaída<sup>(4)</sup>.

O suicídio não é um gesto com mecanismos bem esclarecidos, é difícil compreender como alguém idealiza e/ou planifica sua própria morte, escolhe o método que vai utilizar e o coloca em prática<sup>(5)</sup>. Familiares relataram que os parentes que cometeram suicídio apresentavam depressão, abuso de drogas e sentimentos perturbadores<sup>(6)</sup>. Os estudos qualitativos auxiliam a compreender esse tipo de experiência e os significados associados<sup>(7)</sup>. Além disso, a conversa personalizada leva à possibilidade de se reconhecer, na história do indivíduo, as percepções sobre suas vivências, considerando que os usuários com comportamento suicida tendem a procurar auxílio antes de morrer<sup>(5-7)</sup>.

Diante da importância do tema, ainda pouco explorado pela comunidade científica<sup>(8)</sup>, pretendeu-se conhecer as vivências e os sentimentos dos usuários de cocaína/*crack* dentro da relação dependência química e suicídio.

## Método

Foi realizado estudo qualitativo, baseado em análise textual de entrevistas semiestruturadas. A análise de conteúdo foi baseada nas experiências mais relatadas pelos usuários. Tais foram: história progressiva, tentativa anterior de suicídio e depressão. A entrevista visou estimular o respondente a aprofundar o tema sobre dependência química e suicídio, compreender o objetivo da pesquisa, e ser atendido com *rapport* (empatia). A saturação teórica, a partir dos relatos, foi feita por um processo contínuo de análise dos dados, começado no início do processo de coleta. As entrevistas descritas e selecionadas foram submetidas à análise de conteúdo<sup>(9)</sup>.

O estudo foi desenvolvido no LIGUE 132 (Serviço Nacional de Orientações e Informações sobre a Prevenção do Uso de Drogas), sediado em Porto Alegre, RS. O serviço de atendimento telefônico é aberto à população e oferece orientações e informações a respeito de drogas, de forma gratuita e sigilosa, pelo telefone, e oferta acompanhamento para usuários de drogas<sup>(10)</sup>. O serviço é uma parceria entre o Governo Federal, por meio da Secretaria Nacional de Políticas

Sobre Drogas, do Ministério da Justiça e da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

Todos os atendimentos do serviço são realizados exclusivamente por meio telefônico. O recrutamento dos indivíduos que participaram deste estudo foi selecionado dentro da amostra do LIGUE 132. Foi realizada ligação telefônica para 330 indivíduos que haviam feito um primeiro e único contato com o serviço a respeito do consumo de cocaína/*crack*. Os critérios de inclusão foram: maiores de 18 anos, terem ligado no período entre agosto de 2012 e fevereiro de 2013, e que no segundo contato aceitaram participar da pesquisa sobre episódio depressivo e risco de suicídio. Aplicou-se a escala *Mini International Neuropsychiatric Interview - Brazilian version 5.0.0* (MINI), para episódio depressivo atual e, se houvesse episódio depressivo, a escala para risco de suicídio. Realizaram-se três tentativas de contato e caso não houvesse sucesso os indivíduos eram excluídos. Os dados coletados e os sociodemográficos dos usuários foram escritos pelos atendentes para o *software* específico do serviço<sup>(10)</sup>, e, posteriormente, transferidos para um banco de dados da pesquisa. Ao final do estudo, contabilizaram-se 18 indivíduos contatados. Os usuários eram de diversas regiões do país, devido à abrangência nacional do serviço.

Na entrevista semiestruturada, da primeira ligação, utilizou-se o questionário estabelecido pela *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMSHA)<sup>(11)</sup>, para a dependência química de cocaína/*crack* e, no contato posterior, o MINI para risco de suicídio e episódio depressivo atual. O SAMSHA é baseado em 6 dos 7 itens existentes no DSM-IV<sup>TR</sup> para dependência química, e são considerados dependentes os indivíduos que respondam afirmativamente a, pelo menos, 2 critérios do questionário.

O MINI é uma entrevista estruturada com os critérios de eixo I do DSM IV e da 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Para episódio depressivo atual, o questionário contém 11 questões, com opções de respostas sim ou não. A entrevista envolve sentimentos de tristeza, culpa, alterações de apetite e de disposição física, sentidos nas últimas duas semanas. O risco de suicídio pode ser sem risco, leve, moderado ou grave<sup>(10)</sup>. A cada afirmativa somam-se

pontos que identificam o grau do risco. Nesse questionário, adicionaram-se as questões em negrito: quis fazer mal a si mesmo? Como? Pensou numa maneira de suicidar-se? De que forma? Tentou o suicídio? Com qual idade? Já fez alguma tentativa de suicídio? Como? Quantas vezes?

Para a participação no estudo, houve informação dos objetivos e consentimento verbal. Participantes com risco de suicídio foram orientados a procurar ajuda de um profissional da saúde e foi realizado um Contrato de não Suicídio (CNS)<sup>(11)</sup>. As entrevistadoras CMR e DBS eram graduandas da área da saúde, com treinamento em drogas de abuso e intervenção breve motivacional<sup>(10)</sup>. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA), por meio do Adendo 1812/12.

## Resultados e Discussão

Na Tabela 1 constam os dados sociodemográficos, abstinência de drogas e risco de suicídio dos envolvidos no estudo. A idade média dos usuários era de 30,7 anos, com desvio-padrão de 6,83. Para manter o sigilo dos entrevistados, seus nomes foram identificados com as iniciais.

Tabela 1 - Descrição sociodemográfica, abstinência e risco de suicídio dos usuários de cocaína/crack. Brasil, 2013

Variáveis	n	(%)
Sexo (n=18)		
Feminino	13 (72,2)	72,2
Masculino	5	27,8
Ocupação (n=18)		
Sem trabalho	5	27,8
Com trabalho	13	72,2
Escolaridade (n=18)		
<de 8 anos	10	55
>de 8 anos	8	44
Estado civil (n=18)		
União estável	6	33
Solteiro	12	66
Renda familiar (n=18)		
Até 2 salários-mínimos	15	83
>2 salários-mínimos	3	16
Abstinência >1 dia (n=18)		
Sim	6	33
Não	12	66
Risco de suicídio (n=18)		
Presente	15	83
Ausente	3	16

## História pregressa

O sujeito AJ (risco de suicídio elevado) apresentou relatos de violência grave e abuso sexual na infância, fator que é condizente com o que a literatura aborda sobre a relação de traumas pregressos. Há maiores tentativas de suicídio em indivíduos que vivenciaram experiências com negligências e um ambiente familiar disfuncional (abuso de substâncias, doença mental ou suicídio, exposição à violência doméstica, prisão de um membro da família e divórcio ou separação parental)<sup>(14)</sup>.

A presença de familiares que tentaram ou cometeram suicídio é fator agravante para o comportamento suicida, ademais, tentativas de suicídio podem decorrer de conflitos familiares com alterações emocionais como dificuldade de adaptação social e de relações interpessoais<sup>(5)</sup>. O caso de BC (risco de suicídio elevado) representou esse contexto, por ter em sua família uma tia materna que havia tentado suicídio com arma de fogo quando ele tinha 10 anos.

A mãe do paciente DE (risco de suicídio elevado) frequentava um acompanhamento psiquiátrico e tomava medicações para dormir. Quando criança ele presenciava agressões físicas do pai contra a mãe, confirmando uma situação de núcleo familiar frágil. O pai desse cliente havia falecido pouco antes da data do contato telefônico. Destaca-se, dessa forma, que a fase do luto é um momento crítico que exige atenção dos profissionais que acompanham os usuários. O caso de EF (risco de suicídio elevado) mostra relatos em que o companheiro havia falecido há 7 meses. O principal fator de proteção contra as tentativas de suicídio são a satisfação com o relacionamento familiar e a autoestima<sup>(15)</sup>.

Em dependentes de cocaína/crack, os que apresentaram negligência parental e fraca percepção de sua paternidade demonstraram níveis significativamente mais altos de depressão e agressividade, o que pode colocá-los em um maior risco de automutilação, em comparação com aqueles que relataram cuidados familiares<sup>(16)</sup>.

FK (risco de suicídio elevado) e HC (risco de suicídio moderado) relataram que sofreram violência sexual na infância, mas não desejaram falar sobre o assunto. O paciente HC tinha o pai com histórico de comportamento suicida.

O risco de suicídio pode ser agravado quando se vivencia uma história de suicídio, porque isso pode se tornar um comportamento aprendido como resolução de conflitos<sup>(17)</sup>. Em outro caso, AJ sofreu tentativa de abuso sexual aos 11 anos (disse que o abusador foi assassinado com tiros devido a dívidas de drogas). Nunca falou para ninguém sobre a violência infligida, e declarou que apanhou muito no ato violento.

#### *Tentativas anteriores de suicídio*

O medo de decepcionar os pais é o caso de BC. O sofrimento por não poder corresponder às expectativas das pessoas que ama fez com que se sentisse sem valor. Ele decidiu por fim à sua vida para libertar os progenitores da preocupação com o seu uso de cocaína. *Já tentei suicídio diversas vezes, perdi as contas: com facas, com veneno de rato e outros* (BC). Falar sobre o suicídio oportuniza ao indivíduo falar sobre o seu sofrimento e refletir sobre o mesmo<sup>(18)</sup>. *Nunca tinha conversado com alguém sobre as minhas atitudes* (BC). AJ falou pela primeira sobre suicídio com alguém. *É mais fácil falar por telefone* (FK).

A usuária FK foi internada sete vezes. *Tomo muitas medicações e fico muito tempo dormindo e quase não como (...) sempre que falo para os profissionais da saúde sobre meus pensamentos ruins eles me internam, por isso não falo mais* (FK). Entre 15 e 25% dos sujeitos que tentam suicídio os mesmos repetem uma nova tentativa, e 10% conseguem tirar a vida nos anos seguintes<sup>(18)</sup>. A entrevistada FK tentou o suicídio três vezes. Na primeira vez tomou todas as medicações disponíveis, há dois meses da entrevista tinha cortado os pulsos e, na última tentativa, tentou enforcar-se no dia do seu aniversário. *Se tivesse conseguido seria melhor. Sinto vergonha por não ter conseguido... no início do mês vou receber meu salário e vou mandar minha filha para o pai em outro Estado, me trancar dentro de casa e dar um tiro no coração, pesquisei na internet. Tenho um amigo que vende armas, mas não contei nada a ele. Não tem graça em viver* (FK).

O cliente JT (risco de suicídio leve) tentou enforcar-se e, durante a ligação, pensou em suicídio novamente, mas, dessa vez, com uma arma para atirar na cabeça. Já AJ também relatou seu histórico de tentativas de suicídio. Na primeira vez cortou os pulsos, em outra tentativa tomou

vinte comprimidos de ansiolítico (diazepam). Na última usou cocaína e teve uma *overdose*. *Se soubesse que não iria para o inferno já tinha feito... já pensei em matar toda a minha família e depois me matar* (JT).

Os entrevistados EF e DE relataram ter atentado contra a própria vida em três ocasiões, dentre elas com intoxicação com medicamentos e corte dos pulsos. O cliente DE relatou que *fico doído quando uso crack* (DE) e assassinou duas pessoas. Declarou que esses pensamentos o atormentam, e, devido a isso, porta sempre uma faca. A mesma é o instrumento que planeja autodestruir-se, e sempre a carrega na cintura.

#### *Drogas, depressão e suicídio*

Os transtornos psiquiátricos estão intimamente ligados a casos de suicídio, com forte associação à depressão<sup>(19)</sup>. O consumo de álcool e cocaína/*crack* está relacionado às tentativas de suicídio, com aumento de sintomas depressivos e da impulsividade<sup>(20-21)</sup>. A impulsividade no uso do álcool tem sido evidenciada na relação do uso com sintomas depressivos e propensão ao suicídio. O paciente AJ utilizava *crack*, cocaína e álcool semanalmente e maconha diariamente quando procurou apoio do serviço. *Quando fico em casa fico no quarto choro muito. Não deixo transparecer minha tristeza* (AJ). Ele é vigilante e trabalha à noite sozinho e armado, mesmo não passando no teste psicotécnico da empresa. Já tentou suicídio três vezes. O cliente tomava diversos medicamentos sem prescrição médica, inclusive um antidepressivo.

A usuária FK foi aposentada por transtorno depressivo. Tomava, além de outros medicamentos psiquiátricos, antidepressivo há 4 anos. O uso de antidepressivos, que não alcançam sucesso terapêutico, já foi apontado por ter maior relação com suicídio que o uso de drogas<sup>(20)</sup>.

O paciente HC, no momento da aplicação da escala, usava álcool, tabaco, maconha e cocaína diariamente, além do consumo de Dietilamida do Ácido Lisérgico (LSD), semanalmente. Chama a atenção o seu uso concomitante com medicamentos que alteram o sistema nervoso central, tais como alprazolam (benzodiazepínico), cloridrato de bupropiona (antidepressivo) e risperidona (antipsicótico). Relatou que há 2 anos buscou um psiquiatra devido à depressão e iniciou o tratamento

com as medicações. O uso de substâncias psicoativas muitas vezes é usado como automedicação para a depressão, pois essa substância libera dopamina no sistema nervoso central<sup>(23)</sup>.

O cliente descreveu que sonhava constantemente com o uso das drogas, e isso lhe gerava sentimentos de raiva. O usuário pareceu não visualizar resolução para seus problemas, sintoma característico de uma possível depressão. A depressão recorrente é um grave problema de saúde pública, e é um desafio tratar os pacientes que não respondem aos antidepressivos<sup>(24)</sup>.

A cliente EF aceitou o auxílio para parada de álcool e cocaína, que utilizava semanalmente há 2 anos. O marido morreu havia 7 meses e estava grávida de 5 meses. Fez durante 2 anos acompanhamento psicológico para depressão, além de tratamento homeopático. Já tentou suicídio 3 vezes. Seu tempo de tratamento para depressão coincidia com o tempo de consumo de álcool e cocaína, provavelmente o uso interferiu na eficácia do tratamento. É interessante observar que a cliente referiu nunca ter conversado sobre seus pensamentos suicidas.

Sabe-se que fatores biológicos e sociais inerentes ao sexo feminino predis põem a maior risco de depressão<sup>(25)</sup>. A cliente também relatava momentos de choro e tristeza, outro sintoma importante, muitas vezes apontado em estudos sobre as diferenças, nos gêneros, para depressão.

JT era usuário de *crack*, álcool, tabaco e maconha. O paciente relatou um ambiente familiar em que o consumo de drogas é comum. Utilizava *crack* junto com o irmão, e buscava também motivá-lo a parar. Sua mãe faleceu quando tinha 14 anos. Diz que, pelo fato de ter que assumir um papel importante ante os irmãos e pela depressão, começou a utilizar a maconha. Seu irmão tornou-se traficante e a irmã usuária de *crack*. O cliente JT tentou a morte intencional por enforcamento em uma árvore, suas palavras sobre o incidente foram: *Sintoma pós-uso. Depressão do uso* (JT). Durante a conversa, contou que teve sérios problemas com a sua esposa por conta de seu consumo, e que em uma briga, ela quebrou um espelho na sua nuca. Fez tratamento para depressão por 2 anos, mas disse sentir-se deprimido, e não acreditou que palavras de um psicólogo poderiam lhe ajudar, que não acreditavam nele e nem em ninguém. Quando está em casa fica no

quarto e chora muito. *Qualquer coisa estou chorando. Não quero sair nem conversar com ninguém* (JT).

## Considerações Finais

Diante dos relatos descritos pelos indivíduos, observou-se quão complexa é a relação da comorbidade depressão, uso de drogas e ideias suicidas, e como podem ser geradoras de sofrimento. Palavras como “tristeza”, “morte” e “dor” remetem à representação e à humanização da experiência que alguns dos usuários estavam passando, independente de estarem ou não em abstinência de cocaína/*crack*.

O conhecimento do sentimento e das vivências dos pacientes e a percepção sobre suicídio pode traduzir para os profissionais a gravidade da situação, que poderá ser confirmada com resultados de questionários específicos, tais como o MINI. As histórias pessoais relatadas expõem a atenção que é necessária para compreender as vivências singulares dos usuários de cocaína/*crack* e perceber a possibilidade para risco de suicídio. Além disso, novos estudos são necessários para conhecer o significado das vivências e sentimentos dos pacientes na prática clínica, com o intuito de aumentar as chances de aproximação na relação paciente/profissional e a possível prevenção contra o suicídio.

## Referências

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). Prevenção do Suicídio: um manual para profissionais de saúde em atenção primária [Internet]. Genebra: OMS; 2000 [acesso 17 mar 2013]. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/en/suicideprev\\_phc\\_port.pdf](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf).
2. Bertolote JM, Mello-Santos CD, Botega NJ. Detecting suicide risk at psychiatric emergency services. *Rev Bras Psiquiatr.* 2010;32(2):87-95.
3. Peuker AC, Rosemberg R, Cunha SM, Araújo LB. Fatores associados ao abuso de drogas em uma população clínica. *Paidéia* (Ribeirão Preto). 2010;20(46):165-73.
4. Schmitt A, Falkai P. Suicide ideation, stability of symptoms and effects of aerobic exercise in major depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2014 Oct;264(7):555-6. doi: 10.1007/s00406-014-0526-4.

5. Abreu KP, Lima MAD, Kohlrausch E, Soares JF. Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. *Rev Electr Enferm*. [Internet]. 2010 [acesso 14 dez 2012];12(1):195-200. Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v12/n1/pdf/v12n1a24.pdf](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n1/pdf/v12n1a24.pdf)
6. Sousa GS, Silva RM, Figueiredo AEB, Minayo MCS, Vieira LJES. Circunstâncias que envolvem o suicídio de pessoas idosas. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2014;18(49):389-402.
7. Lakeman R. What can qualitative research tell us about helping a person who is suicidal? *Nurs Times*. 2010;24-30;106(33):23-6.
8. Andrade TM. Reflexões sobre Políticas de Drogas no Brasil. *Ci Saúde Coletiva*. 2011;16(12):4665-74.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. 6 ed. Lisboa: Edições 70; 2011. 280 p.
10. Barros HM, Santos V, Mazoni C, Dantas DC, Ferigolo M. Neuroscience education for health profession undergraduates in a call-center for drug abuse prevention. *Drug Alcohol Depend*. 2008;98:270-4.
11. SAMSHA. Synar Regulation Implementation: Report to Congress on FFY 97 State Compliance. Rockville (MD): Center for Substance Abuse Prevention; 1998.
12. Amorin P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr*. 2000;22:106-15.
13. Howe E. Ethical Considerations When Making Exceptions to “Rules” in Psychiatry. *Innov Clin Neurosci*. 2014 Jan-Feb;11(1-2):32-8.
14. Silva S, Maia AC. Experiências adversas na infância e tentativas de suicídio em adultos com obesidade mórbida. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2010;32(3):69-72.
15. Braga LL, Dell’Aglia DD. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. *Contextos Clín*. [Internet]. 2013 [acesso 15 nov 2014];6(1):2-14. Disponível em: <http://revistas.unisinos.br/index.php/contextosclinicos/article/view/ctc.2013.61.01/1533>.
16. Gerra G, Leonardi C, Cortese E, Zaimovic A, Dell’Agnello G, Manfredini M, et al. Childhood neglect and parental care perception in cocaine addicts: Relation with psychiatric symptoms and biological correlates. *Neurosci Biobehav Rev*. 2009;33(4):601-10.
17. Werlang BG, Botega NJ. Comportamento Suicida. Porto Alegre: Artmed Editora; 2004. 204 p.
18. Barbosa FO, Macedo PCM, Silveira RMC. Depressão e o suicídio. *Rev SBPH*. [Internet]. 2011 [acesso 19 nov 2013];14(1):233-43. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582011000100013&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000100013&lng=pt).
19. Gagné P, Moamai J, Bourget D. Psychopathology and Suicide among Quebec Physicians: A Nested Case Control Study. *Depress Res Treat*. [Internet]. 2011 Jul [acesso 19 set 2013]; 2011 Article ID 936327. Disponível em: <http://www.hindawi.com/journals/drt/2011/936327/> <http://dx.doi.org/10.1155/2011/936327>
20. Conner KR, Houston RJ, Swogger MT, Conwell Y, You S, He H, et al. Stressful life events and suicidal behavior in adults with alcohol use disorders: Role of event severity, timing, and type. *Drug Alcohol Depend*. 2012;120(1-3):155-61.
21. Winhusen TM, Somoza EC, Lewis DF, Kropp FB, Horigian VE, Adinoff B. Frontal Systems Deficits in Stimulant-Dependent Patients: Evidence of Pre-illness Dysfunction and Relationship to Treatment Response. *Drug Alcohol Depend*. 2013;127(1-3):94-100.
22. Vento AE, Schifano F, Corkery JM, Pompili M, Innamorati M, Girardi P, et al. Suicide verdicts as opposed to accidental deaths in substance-related fatalities (UK, 2001-2007). *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2011;1;35(5):1279-83.
23. Khantzian EJ. Addiction as a self-regulation disorder and the role of self-medication. *Addiction*. 2013;108(4):668-9.
24. Plewnia C, Padberg F. Transkranielle und invasive Hirnstimulationsverfahren bei Depression. *Der Nervenarzt*. 2012;83(8):1006-12.
25. Parker G, Fletcher K, Paterson A, Anderson J, Hong M. Gender differences in depression severity and symptoms across depressive subtypes. *J Affect Disord*. 2014 Oct;167:351-7. doi: 10.1016/j.jad.2014.06.018. Epub 2014 Jun 19.

Recebido: 28.04.2014

Aceito: 11.02.2015