

Uma revisão das medidas de avaliação do risco de suicídio.

para Pesquisa de Intervenção com Adultos e Idosos

Gregory K. Brown, Ph.D.
Universidade da Pensilvânia

Correspondência: Gregory K. Brown, Ph.D., Sala 2030, 3535 Market Street,
Filadélfia, Pensilvânia, 19104-3309. E-mail: Brownng@landru.cpr.upenn.edu

Agradecimentos: O autor gostaria de agradecer a Randy Fingerhut, Ph.D., Gregg R. Henriques, Ph.D., Hilary Himes e Anna Tverskoy, que auxiliaram na preparação deste manuscrito. Os comentários editoriais de Aaron T. Beck, MD, Yeates Conwell, MD, David Goldston, Ph.D., David A. Jobes, Ph.D., Marsha M. Linehan, Ph.D., Jane L. Pearson, Ph.D., Holly Prigerson, Ph.D., M. David Rudd, Ph.D. e Robert A. Steer, Ed.D., são muito apreciados. O autor também agradece aos autores dos instrumentos de avaliação desta revisão, que prestaram auxílio.

A preparação deste manuscrito foi financiada pelo contrato 263-MH914950 (Dr. Brown) e pelas bolsas R37MH47383 e R01MH60915 (Dr. Beck) do Instituto Nacional de Saúde Mental.

Uma revisão das medidas de avaliação do risco de suicídio para pesquisas de intervenção com adultos e idosos.

Segundo o Centro Nacional de Estatísticas de Saúde, houve 29.199 mortes por suicídio nos EUA em 1999, ou uma taxa de 10,7 por 100.000 habitantes. Foi a oitava principal causa de morte entre homens, que superaram as mulheres em uma proporção de quatro para um. Metade do número de afro-americanos e hispânicos que morreram por suicídio foi comparado ao de brancos. O suicídio é a terceira principal causa de morte entre adolescentes e jovens adultos (de 15 a 24 anos) e a quarta principal causa entre jovens adultos (de 25 a 44 anos). Essas estatísticas de mortalidade também indicam que homens brancos idosos com 85 anos ou mais apresentam as maiores taxas de suicídio, seis vezes maiores que a média nacional (Hoyert, Airas, Smith, Murphy e Kochanek, 2001).

Reconhecendo a profunda importância do suicídio para a saúde pública, o Senado dos Estados Unidos (Resolução 83: Reconhecendo o Suicídio como um Problema Nacional e Declarando a Prevenção do Suicídio como uma Prioridade Nacional, Registro do Congresso, 1997) e o Cirurgião-Geral (Apelo do Cirurgião-Geral à Ação para Prevenir o Suicídio, Serviço de Saúde Pública dos EUA, 1999) declararam a prevenção do suicídio como uma prioridade nacional de saúde pública. O Cirurgião-Geral recomendou a implementação de uma Estratégia Nacional para a Prevenção do Suicídio. Entre as muitas recomendações feitas, o Cirurgião-Geral incentivou o desenvolvimento de estratégias científicas para avaliar intervenções de prevenção do suicídio. Especificamente, a avaliação de intervenções neurobiológicas e psicossociais para indivíduos em risco de suicídio (por exemplo, pacientes com transtornos mentais) foi fortemente endossada e considerada necessária para alcançar o objetivo da prevenção do suicídio (Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA, 2001).

Infelizmente, as informações sobre se o tratamento biológico ou psicossocial realmente reduz a ideação suicida são limitadas. Uma das razões para essa limitação é que a maioria dos ensaios clínicos randomizados tentou examinar a eficácia de uma intervenção direcionada, excluindo indivíduos clinicamente considerados de alto risco para suicídio (Pearson, Stanley, King & Fisher, 2001). A exclusão de indivíduos dos estudos pode ser atribuída à crença de que a randomização de indivíduos com ideação suicida para uma condição de tratamento é antiética ou muito arriscada (Linehan, 1997). Uma segunda razão para essa limitação pode ser a falta de uso comum de medidas confiáveis e válidas de comportamento suicida em ensaios clínicos. Como o Instituto Nacional de Saúde Mental (NIMH) continua a incentivar a pesquisa de intervenção a incluir amostras heterogêneas mais representativas da população geral de saúde mental, os pesquisadores clínicos têm maior probabilidade de encontrar pacientes com ideação ou comportamento suicida. Portanto, são necessários instrumentos de avaliação estabelecidos que mensurem mudanças na ideação suicida para determinar se tratamentos ou programas de prevenção eficazes têm um efeito benéfico.

O objetivo desta revisão é fornecer um exame sistemático das propriedades psicométricas de medidas de ideação e comportamento suicida em adultos jovens e idosos. Embora várias das medidas nesta revisão possam ser utilizadas com crianças e adolescentes, uma revisão mais detalhada e abrangente de medidas de suicídio para essas populações está disponível (ver Goldston, 2000). Os instrumentos foram selecionados se focassem em comportamentos suicidas ou outros comportamentos intimamente associados ao risco de suicídio. Portanto, as seguintes categorias de

São analisados os seguintes instrumentos de avaliação: (1) ideação e comportamento suicida, (2) letalidade das tentativas de suicídio, (3) medidas breves de triagem, (4) desesperança, (5) razões para viver, (6) profissional de saúde

atitudes e conhecimento sobre suicídio e (7) medidas em desenvolvimento. Embora algumas medidas não avaliem diretamente o comportamento suicida, como medidas relacionadas à desesperança ou razões para viver, essas variáveis têm sido intimamente associadas ao suicídio e são potencialmente modificáveis com tratamento. Portanto, essas medidas foram incluídas na revisão.

A presente revisão inclui instrumentos de avaliação de suicídio com confiabilidade publicada e validade. As medidas foram identificadas por meio de buscas nas seguintes bases de dados eletrônicas (somente em inglês): Medline, PsycINFO, Health and Psychosocial Instruments e Social Sciences Citation Index, utilizando os termos “suicídio” ou “suicida” como palavras-chave. Pesquisadores que possam ter publicado ou utilizado medidas padronizadas de avaliação de suicídio também foram contatados para identificar instrumentos adicionais ou obter mais informações sobre as características psicométricas dos mesmos medidas.

Diversas categorias de instrumentos de avaliação não foram selecionadas para inclusão nesta revisão. Por exemplo, medidas que avaliam a ocorrência ou a gravidade da psicopatologia, como a gravidade do humor, psicose ou abuso de substâncias, não foram revisadas, embora essas variáveis sejam frequentemente associadas ao risco de suicídio. Outras medidas de personalidade, como o Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota, também não foram revisadas. Uma avaliação sistemática recente dessa literatura concluiu que tais instrumentos objetivos de personalidade oferecem apenas utilidade marginal como fontes de informação clínica em avaliações abrangentes de risco de suicídio (Johnson, Lall, Bongar e Nordlund, 1999).

Diversas revisões notáveis incluíram medidas de ideação ou comportamento suicida (por exemplo, Beck, Resnik e Lettieri, 1974; Rothberg e Geer-Williams, 1992), mas essas revisões se concentraram na predição do suicídio. Muitos dos instrumentos nessas revisões tipicamente incluíam variáveis demográficas ou outras variáveis associadas ao histórico ou funcionamento psiquiátrico. Embora essas medidas possam ser úteis para identificar populações com alto potencial suicida, elas frequentemente não avaliam comportamentos que podem ser modificados com tratamento. A presente revisão, em contrapartida, oferece uma avaliação sistemática das medidas que podem ser mais apropriadas para estudos de intervenção.

Um problema adicional no desenvolvimento e na avaliação de medidas de prevenção do suicídio é que existem inúmeras definições de comportamento suicida, muitas das quais vagas. A falta de definições consistentes de comportamento suicida entre os estudos levou à confusão no campo da suicidologia. Em 1973, uma Força-Tarefa do NIMH, presidida por Aaron T. Beck, desenvolveu um esquema de classificação para o comportamento suicida (Beck, Davis, Frederick, Perline, Pokorny, Schulman, Seiden e Wittlin, 1973). De acordo com esse esquema de classificação, os fenômenos suicidas são descritos como suicídios consumados, tentativas de suicídio ou ideação suicida.

Na tentativa de desenvolver essa nomenclatura e aprimorar ainda mais a comunicação em Em Field, Patrick O'Carroll e colegas (O'Carroll, Berman, Maris, Moscicki, Tanney e Silverman, 1996) forneceram definições para termos comumente usados em pesquisas sobre suicídio.

“Suicídio” ou “suicídio consumado” é definido como “uma morte por lesão, envenenamento ou asfixia, onde há evidências (explícitas ou implícitas) de que a lesão foi autoinfligida e que o falecido tinha a intenção de se matar”. Uma “tentativa de suicídio” é definida como “um comportamento potencialmente autolesivo com um resultado não fatal, para o qual há evidências (explícitas ou implícitas) de que a lesão foi autoinfligida e que o falecido tinha a intenção de se matar”.

"Ideação suicida" refere-se a "qualquer pensamento relatado pela própria pessoa sobre a prática de comportamento suicida".

Essas definições são úteis porque os instrumentos desta revisão podem ser avaliados quanto à correspondência entre os itens específicos e as definições propostas por O'Carroll et al. (1996). Considerando essas definições, David Goldston (2000) levantou uma série de questões para a avaliação de medidas de avaliação de suicídio:

(1) *As questões sobre ideação suicida focam-se especificamente em pensamentos de querer matar-se, em vez de serem tão abrangentes a ponto de incluir pensamentos de morte ou pensamentos de querer morrer sem especificar uma intenção de se matar?* De acordo com O'Carroll et al. (1996), pensamentos de morte ou de querer morrer sem pensamentos específicos de se matar não são considerados ideação suicida.

(2) *Os itens para detectar a presença/ausência de tentativas de suicídio são confundidos com as características clínicas da tentativa (por exemplo, grau de certeza, intenção ou letalidade médica)?* De acordo com as recomendações da Força-Tarefa do NIMH de 1973 (Beck et al., 1973), as questões relativas às características clínicas das tentativas de suicídio devem ser consideradas separadamente das questões relativas à ocorrência de tentativas de suicídio.

(3) *Os itens de detecção de tentativas de suicídio indicam, de forma implícita ou explícita, que os comportamentos de interesse estavam associados a alguma intenção "não nula" de se matar?* De acordo com O'Carroll et al. (1996), o comportamento de autolesão intencional deve estar associado a pelo menos alguma intenção "não nula" de se matar para ser definido como uma tentativa de suicídio. Os itens que medem tentativas de suicídio não devem ser formulados de maneira tão ampla a ponto de incluir comportamentos de autolesão intencional (não suicida).

(4) *Os itens de detecção de tentativas de suicídio são confundidos com questões sobre se os comportamentos resultaram em lesões identificáveis ou exigiram atendimento médico?* De acordo com as definições de O'Carroll et al. (1996), uma tentativa de suicídio é um comportamento potencialmente autolesivo com um resultado não fatal. Não é necessário que ocorra uma lesão identificável para que um comportamento seja classificado como uma tentativa de suicídio.

Além de avaliar cada uma das medidas de avaliação de risco de suicídio em relação a essas questões, esta revisão descreve e resume as propriedades psicométricas de cada medida. As amostras primárias utilizadas para estabelecer as propriedades psicométricas de cada instrumento são descritas, e informações sobre diferenças nas propriedades das escalas entre amostras com diferentes características demográficas também são apresentadas, quando disponíveis. Informações sobre a confiabilidade (estabilidade teste-reteste, consistência interna, confiabilidade interavaliadores), dimensionalidade e validade concorrente (validade discriminante, validade de construto) são descritas (para informações sobre a avaliação psicométrica de testes psicológicos, consulte Robinson, Shaver e Wrightsman, 1991). Se disponível, a validade preditiva de cada medida é apresentada em relação à capacidade da medida de prever tentativas de suicídio ou suicídios consumados. Finalmente, a sensibilidade de cada medida à mudança é relatada, bem como se cada medida foi utilizada em ensaios clínicos randomizados.

Ideação e comportamento suicida

Descrição da Escala de Ideação

Suicida. A Escala de Ideação Suicida (SSI; Beck et al., 1979) é uma escala de avaliação de 21 itens, administrada por um entrevistador, que mede a intensidade atual das atitudes, comportamentos e planos específicos do paciente em relação ao suicídio no dia da entrevista. Cada item consiste em três opções, classificadas de acordo com a intensidade suicida em uma escala de 3 pontos, variando de 0 a 2. As pontuações dos primeiros 19 itens são somadas para gerar uma pontuação total, que varia de 0 a 38. O SSI consiste em cinco itens de triagem. Três itens avaliam o desejo de viver ou o desejo de morrer e dois itens avaliam o desejo de tentar suicídio. Se o respondente relatar qualquer desejo ativo ou passivo de cometer suicídio, 14 itens adicionais são aplicados. Os itens individuais avaliam fatores de risco suicida, como a duração e a frequência da ideação suicida, a sensação de controle sobre a tentativa, o número de fatores dissuasores e o grau de preparação para uma tentativa planejada. Dois itens adicionais registram a incidência e a frequência de tentativas de suicídio anteriores. O SSI leva aproximadamente 10 minutos para ser aplicado.

Amostras estudadas. O SSI foi padronizado com pacientes psiquiátricos adultos em ambientes psiquiátricos de internação (Beck et al., 1985) e ambulatoriais (Beck, Brown e Steer, 1997). Na amostra de pacientes internados, 54% eram mulheres, 60% eram brancos, 34% eram afro-americanos e a idade média era de aproximadamente 34 anos (Beck et al., 1979). Na amostra de pacientes ambulatoriais, 56% eram mulheres, 91% eram brancos, 6% eram afro-americanos e a idade média era de 36 anos, variando de 13 a 79 anos. O SSI tem sido utilizado em uma ampla variedade de contextos, como consultórios de atenção primária, salas de emergência, programas de reabilitação, consultórios particulares, etc. O SSI também foi aplicado a estudantes universitários (Clum & Curtin, 1993; Clum & Yang, 1995; Dixon, Heppner & Anderson, 1991), incluindo estudantes universitários afro-americanos (Blanton-Lacy, 1996; Molock, Kimbrough, Lacy, McClure & Williams, 1994). Essa medida também foi utilizada com populações clínicas idosas (Mireault & de Man, 1996; Rifai, George, Stack, Mann et al., 1994; Szanto, Reynolds, Frank, Stack, Fasiczka, Miller, Mulsant, Mazumdar, & Kupfer, 1996).

Confiabilidade. O SSI demonstrou ter uma consistência interna moderadamente alta, com coeficientes alfa de Cronbach variando de 0,84 (Beck et al., 1997) a 0,89 (Beck et al., 1979). O SSI também apresenta alta confiabilidade interavaliadores, com correlações variando de 0,83 (Beck et al., 1979) a 0,98 (Beck et al., 1997).

Dimensionalidade. Beck e colegas (1997) relataram que o SSI representa duas dimensões subjacentes positivamente relacionadas: Preparação (9 itens) e Motivação (8 itens) em pacientes psiquiátricos ambulatoriais. A composição geral dessas duas dimensões corresponde às dimensões de Desejo Suicida Ativo e Preparação que Beck et al. (1979) haviam encontrado anteriormente em pacientes hospitalizados por ideação suicida.

Validade concorrente. O SSI demonstrou associação significativa com os itens de suicídio do Inventário de Depressão de Beck e da Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (Beck et al., 1979; Beck et al., 1985; Beck et al., 1997; Hawton, 1987). O SSI também foi associado a tentativas de suicídio prévias e à gravidade da depressão (Beck et al., 1997; Molock et al., 1994). O SSI discriminou pacientes internados com ideação suicida de pacientes ambulatoriais deprimidos (Beck et al., 1979), bem como indivíduos que tentaram suicídio de indivíduos que não tentaram (Mann, Waternaux, Haas e Malone, 1999). Além disso, o SSI apresenta correlações positivas e significativas com o automonitoramento diário da ideação suicida (Clum e Curtin, 1993). Prigerson e Slimack (1999) relataram que o SSI foi

O SSI apresentou correlação mais alta com agressividade em homens jovens adultos, enquanto em mulheres jovens adultas, o SSI correlacionou-se com depressão e transtorno de estresse pós-traumático.

Validade preditiva. A validade preditiva do SSI para suicídio consumado foi estabelecida para pacientes em tratamento psiquiátrico ambulatorial (Beck et al., 1999; Brown et al., 2000). Especificamente, pacientes que pontuaram na categoria de maior risco (ou seja, pontuação total do SSI superior a 2) apresentaram probabilidade aproximadamente sete vezes maior de cometer suicídio do que aqueles que pontuaram na categoria de menor risco (Brown et al., 2000). Embora a ideação suicida seja um critério para episódio depressivo maior no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, Quarta Edição (DSM-IV), ela não é necessariamente um critério para ideação suicida. (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994), o estudo de Brown et al. (2000) descobriu que a presença de ideação suicida fornece uma estimativa independente do risco de suicídio para pacientes psiquiátricos.

Sensibilidade à mudança. Em uma amostra de pacientes psiquiátricos ambulatoriais que buscaram tratamento para depressão, o SSI (Índice de Sensibilidade ao Suicídio) uma semana antes do tratamento apresentou correlação moderada (0,51) com os escores ao final do tratamento (Beck et al., 1979). As mudanças no SSI apresentaram correlação moderada com as mudanças nos níveis de depressão ($r = 0,65$) e desesperança ($r = 0,57$) do pré ao pós-tratamento. O SSI também demonstrou sensibilidade à mudança em ensaios clínicos randomizados com pacientes de alto risco de suicídio (Linehan, Armstrong, Suarez, Allman & Heard, 1991; Patsiokas & Clum, 1985; Salkovskis, Atha & Storer, 1990). Além disso, o SSI mostrou-se sensível à mudança na ideação suicida ao longo de um período de 24 horas em pacientes psiquiátricos hospitalizados devido a risco de suicídio (Russ, Kashdan, Pollack & Bajmakovic-Kacila, 1999).

Resumo e avaliação. O SSI é uma das medidas de suicídio mais utilizadas. Ideação suicida. O SSI inclui itens que medem a ideação suicida (pensamentos de querer se matar), conforme definido pela nomenclatura de O'Carroll et al. (1996). O SSI inclui um item que avalia a frequência de tentativas de suicídio anteriores. O grau de intenção de se matar durante a última tentativa de suicídio também é avaliado. A consistência interna, a confiabilidade interavaliadores, a confiabilidade teste-reteste e a validade concorrente do SSI foram estabelecidas. Além disso, o SSI é um dos poucos instrumentos de avaliação de suicídio que documentou a validade preditiva para suicídio consumado.

Escala de Ideação Suicida – Pior

Descrição. A Escala de Ideação Suicida – Pior Grau (SSI-W; Beck et al., 1997) com 19 itens. É uma escala de avaliação administrada por um entrevistador que mede a intensidade das atitudes, comportamentos e planos específicos dos pacientes em relação ao suicídio durante o período em que apresentaram maior ideação suicida. Este instrumento foi desenvolvido para obter uma estimativa mais precisa do risco de suicídio. Especificamente, os entrevistadores instruíram os pacientes a recordar a data e as circunstâncias aproximadas em que sentiram o desejo mais intenso de cometer suicídio. Em seguida, os pacientes foram solicitados a manter essa experiência em mente enquanto o entrevistador avaliava suas respostas aos 19 itens referentes ao grau de ideação suicida naquele momento. Assim como no SSI, cada item do SSI-W consiste em três opções, classificadas de acordo com a intensidade da ideação suicida em uma escala de 3 pontos, variando de 0 a 2. As pontuações são somadas para gerar uma pontuação total, que varia de 0 a 38. Os itens individuais avaliam características como desejo de morrer, desejo de realizar uma tentativa de suicídio ativa ou passiva, duração e frequência da ideação suicida, sensação de controle sobre a tentativa, número de fatores dissuasores e quantidade de preparação real para uma tentativa planejada. O SSI-W leva aproximadamente 10 minutos para ser aplicado.

Amostra de padronização. O SSI-W foi aplicado a pacientes psiquiátricos adultos. em ambientes ambulatoriais (Beck et al., 1997). A amostra consistia em 91% de brancos, 6% de afro-americanos, 56% de mulheres e a idade média era de 36 anos, variando de 13 a 79 anos.

Confiabilidade. Verificou-se que o SSI-W possui consistência interna moderadamente alta (alfa de Cronbach = 0,88) e alta confiabilidade interavaliadores (Beck et al., 1997).

Validade concorrente. O SSI-W apresentou associação significativa com outras medidas de ideação suicida, incluindo o SSI, o item de suicídio do Inventário de Depressão de Beck e o item de suicídio da Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (Beck et al., 1997). O SSI-W demonstrou maior associação com a frequência de tentativas de suicídio anteriores, histórico de psicoterapia, internação psiquiátrica prévia e presença de um familiar com transtorno mental do que o SSI (Beck et al., 1997).

Dimensionalidade. Tal como no caso do SSI, a análise fatorial indicou que o SSI-W consiste em dois fatores correlacionados: Preparação (9 itens) e Motivação (8 itens) (Beck et al., 1997).

Validade preditiva. Em um estudo prospectivo, pacientes psiquiátricos que obtiveram pontuação mais alta Pacientes da categoria de risco (ou seja, pontuação total do SSI-W superior a 14) apresentaram uma probabilidade 14 vezes maior de cometer suicídio do que pacientes que pontuaram na categoria de risco inferior (Beck et al., 1999).

Resumo e avaliação. Embora o SSI-W tenha sido usado com menos frequência do que o A confiabilidade e a validade do SSI foram estabelecidas. Os itens do SSI-W medem a ideação suicida de forma consistente com a nomenclatura de O'Carroll et al. (1996). Além disso, em um estudo com pacientes psiquiátricos ambulatoriais, constatou-se que essa medida estava associada a um alto risco de suicídio consumado.

Escala de Beck para Ideação Suicida

Descrição. A Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI; Beck & Steer, 1991) é composta por 21 itens. O Inventário de Ideação Suicida (BSI) é um instrumento de autorrelato para detectar e mensurar a intensidade atual das atitudes, comportamentos e planos suicidas específicos dos pacientes durante a última semana. O BSI foi desenvolvido como uma versão de autorrelato da Escala de Ideação Suicida, aplicada por entrevistador. Os primeiros 19 itens consistem em três opções graduadas de acordo com a intensidade da ideação suicida e pontuadas em uma escala de 3 pontos, variando de 0 a 2. Essas pontuações são somadas para gerar uma pontuação total, que varia de 0 a 38. Os itens individuais avaliam características como desejo de morrer, desejo de realizar uma tentativa de suicídio ativa ou passiva, duração e frequência da ideação, sensação de controle sobre a tentativa, número de fatores dissuasores e grau de preparação para uma tentativa planejada. Os dois últimos itens avaliam o número de tentativas de suicídio anteriores e a gravidade da intenção de morrer associada à última tentativa. Assim como o SSI, o BSI consiste em cinco itens de triagem. Se o respondente relatar qualquer desejo ativo ou passivo de cometer suicídio, 14 itens adicionais são aplicados. A aplicação do BSI leva aproximadamente 10 minutos.

Dimensionalidade. Uma análise fatorial de componentes principais com pacientes psiquiátricos internados (Steer, Rissmiller, Ranieri e Beck, 1993) revelou que o BSI é composto por três fatores: Desejo de Morte (5 itens), Preparação para o Suicídio (7 itens) e Desejo Suicida Real (4 itens). Dois itens do BSI, Dissuasão da Morte e Engano ou Ocultação, não apresentaram carga fatorial em nenhum fator.

Amostras estudadas. As amostras para o desenvolvimento da escala BSI incluíram pacientes adolescentes (Steer, Kumar e Beck, 1993) e adultos em contextos psiquiátricos ambulatoriais e de internação (Beck e Steer, 1991). Na amostra de adultos internados, 50% eram mulheres, 81% eram brancos, 15% eram afro-americanos e 4% eram asiáticos; a idade média era de 37 anos (DP = 13,3). Na amostra de adultos ambulatoriais, 60% eram mulheres, 88% eram brancos e 12% eram afro-americanos.

A idade média foi de 34 anos (DP = 9,3). A amostra de adolescentes era composta por 65% de mulheres.

66% brancos, 20% afro-americanos, 14% hispânicos; a idade média era de 15 anos, variando de 12 a 17 anos.

Confiabilidade. O BSI apresenta alta confiabilidade interna, com coeficientes alfa de Cronbach variando de 0,87 a 0,97 (Beck et al., 1988; Beck & Steer, 1991; Steer et al., 1993). O BSI apresenta confiabilidade teste-reteste moderada ($r = 0,54$) em um período de uma semana com pacientes psiquiátricos internados (Beck & Steer, 1988).

Validade Concorrente. O BSI apresenta alta correlação com o SSI avaliado clinicamente, com coeficientes de correlação variando de 0,90 para pacientes psiquiátricos internados a 0,94 para pacientes ambulatoriais (Beck, Steer & Ranieri, 1988). Esses dados sugerem que as respostas dos pacientes às versões de autorrelato e administradas por clínicos são consistentes, independentemente do modo de administração. Além disso, o BSI apresenta correlação moderada com o Item de Suicídio do Inventário de Depressão de Beck, com coeficientes de correlação variando de 0,58 a 0,69. Ademais, o BSI demonstrou correlação moderada com o Inventário de Depressão de Beck (0,64 a 0,75) e com a Escala de Desesperança de Beck (0,53 a 0,62; Beck, Steer & Ranieri, 1988).

Resumo e avaliação. A confiabilidade interna, a estabilidade teste-reteste e a concordância. A validade desta medida foi estabelecida. Os itens sobre ideação suicida estão de acordo com a definição de ideação suicida estabelecida por O'Carroll et al. (1990). Assim como no SSI, os dois últimos itens avaliam o número de tentativas anteriores e a gravidade da intenção de morrer associada à última tentativa. Embora o BSI seja menos utilizado que o SSI, o BSI pode ser uma alternativa viável para medir a ideação suicida utilizando um formato de autorrelato.

Escala Modificada para Ideação Suicida

Descrição. A Escala Modificada para Ideação Suicida (MSSI; Miller, Norman, Bishop e A Escala de Ideação Suicida de Massachusetts (MSSI; Dow, 1986) é uma versão revisada da Escala de Ideação Suicida (SSI; Beck et al., 1979). A MSSI é uma escala de 18 itens, sendo 13 itens da SSI e 5 itens adicionais. Esses novos itens estão relacionados à intensidade da ideação, à coragem e à competência para tentar o suicídio, e à fala e escrita sobre a morte. A MSSI foi projetada para ser uma entrevista semiestruturada que pode ser aplicada tanto por profissionais quanto por paraprofissionais. A MSSI avalia os sintomas de ideação suicida ao longo do último ano. Os quatro primeiros itens foram designados como itens de triagem para identificar indivíduos cuja ideação suicida é grave o suficiente para justificar a aplicação da escala completa. Cada item é avaliado em uma escala de 0 a 3 pontos, e as pontuações são somadas para gerar uma pontuação total que varia de 0 a 54. A aplicação da MSSI leva aproximadamente 10 minutos.

Amostras estudadas. O MSSI foi aplicado a adultos em ambientes psiquiátricos de internação (Miller et al., 1986) e ambulatoriais (Rudd, Rajab, Orman, Stulman, Joiner e Dixon, 1996). As características da amostra ambulatorial incluíam 82% do sexo masculino, 61% brancos, 26% afro-americanos e 11% hispânicos; a idade média era de 22 anos (DP = 2,3) (Rudd et al., 1996).

O MSSI também foi aplicado a estudantes universitários que buscavam tratamento para ideação suicida (Clum & Yang, 1995). Nessa amostra, 48% eram homens, 71% eram brancos, 12% eram asiáticos; a idade média era de 20 anos, variando de 18 a 24 anos. Uma adaptação franco-canadense do MSSI para autoavaliação também foi desenvolvida para uso com adolescentes e adultos (de Man, Leduc & Labreche, 1993).

Dimensionalidade. Constatou-se que o MSSI é composto por dois a três fatores. Um estudo Um estudo com estudantes universitários identificou três fatores: Desejo Suicida (9 itens), Preparação para a Tentativa (6 itens) e Percepção de Capacidade de Realizar uma Tentativa (3 itens) (Clum & Yang, 1995). Um estudo subsequente com uma amostra maior de pacientes psiquiátricos revelou dois fatores:

Desejo e ideação suicida (9 itens) e planos e preparativos resolvidos (9 itens) (Joiner, Rudd e Rajab, 1997).

Confiabilidade. O MSSSI apresenta alta consistência interna, com coeficientes alfa de Cronbach variando de 0,87 (Clum & Yang, 1995) a 0,94 (Miller et al., 1986) e boas correlações item-total (0,41 a 0,83; Miller et al., 1986). O MSSSI também apresenta confiabilidade teste-reteste adequada ($r = 0,65$) durante um período de duas semanas (Clum & Yang, 1995).

Validade concorrente. A validade concorrente do MSSSI foi estabelecida. O MSSSI A Escala de Suicídio Múltiplo (MSSSI) apresenta uma correlação moderadamente alta com o SSI ($r = 0,74$; Clum & Yang, 1995) e uma correlação moderada com o item de suicídio do BDI ($r = 0,60$; Miller et al., 1986). Além disso, a MSSSI correlaciona-se significativamente com o BDI total ($r = 0,34$; Miller et al., 1986), com a Escala de Depressão de Zung ($r = 0,45$; Clum & Yang, 1995) e com a Escala de Desesperança de Beck ($r = 0,46$; Clum & Yang, 1995). Ademais, pacientes com múltiplas tentativas de suicídio obtiveram pontuações mais altas na MSSSI do que pacientes que tentaram suicídio apenas uma vez ou pacientes suicidas que não tentaram suicídio (Rudd, Joiner & Rajab, 1996).

Sensibilidade à mudança. O MSSSI demonstrou ser sensível à mudança em um ensaio clínico randomizado com pacientes psiquiátricos ambulatoriais que apresentavam alto risco de suicídio (Rudd, Rajab, Orman, Stulman, Joiner e Dixon, 1996).

Resumo e avaliação. O MSSSI é uma modificação do SSI que inclui a adição de vários itens que avaliam aspectos do pensamento suicida. As avaliações dos itens individuais do MSSSI utilizam uma escala de 4 pontos em vez da escala de 3 pontos. A confiabilidade e a validade concorrente do MSSSI foram estabelecidas. Os itens do MSSSI medem a ideação suicida conforme definida por O'Carroll et al. (1996). Esta escala é menos utilizada do que o SSI e existem poucas pesquisas sobre a validade preditiva desta medida.

Escala de Automonitoramento da Ideação Suicida

Descrição. A Escala de Automonitoramento da Ideação Suicida (SMSI; Clum & Curtin, 1993) O SMSI foi adaptado de três itens da Escala de Ideação Suicida, que mensuram a intensidade e a duração da ideação, bem como o nível de controle sobre a realização de uma tentativa de suicídio. O item de intensidade da ideação ("Hoje tive pensamentos de realizar uma tentativa de suicídio") utiliza uma escala de 4 pontos, variando de 0 ("nenhum") a 3 ("forte"). O item de duração da ideação ("Hoje pensei em realizar uma tentativa de suicídio") utiliza uma escala de 5 pontos, variando de 0 ("nenhuma vez") a 4 ("continuamente"). O item de controle sobre a ideação suicida ("Hoje senti que o controle que eu tinha sobre realizar uma tentativa de suicídio era") utiliza uma escala de 4 pontos ("forte; sem dúvida eu tinha controle") a 3 ("ausente; nenhuma sensação de controle"). O SMSI é um instrumento de autorrelato desenvolvido para ser aplicado diariamente.

Amostra padronizada. O SMSI foi aplicado a estudantes universitários que eram com tendências suicidas crônicas e graves (Clum & Curtin, 1993). A idade média da amostra era de 20 anos (variando de 18 a 24 anos), 80% eram brancos e 59% eram do sexo feminino.

Validade concorrente. As pontuações dos três itens do SMSI foram calculadas em média durante um período de duas semanas antes do início do tratamento psiquiátrico e durante um período de duas semanas ao final do tratamento. Os itens médios do SMSI apresentaram correlação moderada com a Escala de Ideação Suicida (SSI) e a Escala Modificada de Ideação Suicida (MSSSI) durante o período pré-tratamento (ou seja, as correlações variaram de 0,46 a 0,56). Associações mais fortes foram observadas entre o SMSI e a SSI/MSSSI durante o período pós-tratamento (as correlações variaram de 0,71 a 0,82). Os itens médios do SMSI também apresentaram correlação significativa.

com a Escala de Desesperança de Beck e o Inventário de Depressão de Zung durante o período pós-tratamento (Clum & Curtin, 1993).

Sensibilidade à mudança. O SMSI foi utilizado para medir a mudança no pensamento suicida em um ensaio clínico randomizado com pessoas que tentaram suicídio (Patsiokas & Clum, 1985).

Resumo e avaliação. O SMSI foi desenvolvido para avaliar a ideação suicida que é próximo ao momento em que foi vivenciado e serve para documentar as flutuações na ideação. Embora os itens meçam a intensidade, a duração e o nível de controle na tentativa de suicídio, eles não avaliam especificamente a intenção de se matar, conforme recomendado por O'Carroll et al. (1996). A validade concorrente desta medida foi estabelecida e o SMSI pode ser útil em estudos de resultados de tratamento como uma medida de ideação frequentemente usada.

Escala de Probabilidade de Suicídio

Descrição. A Escala de Probabilidade de Suicídio (SPS; Cull & Gill, 1988) é um instrumento de autoavaliação com 36 itens que mede ideação suicida atual, desesperança, autoavaliação negativa e hostilidade.

Os participantes respondem a cada item em uma escala de 4 pontos, variando de 1 ("Nunca ou raramente") a 4 ("Na maioria das vezes ou sempre"). Há três pontuações resumidas: uma Pontuação de Probabilidade de Suicídio, uma pontuação total ponderada e uma pontuação T normalizada. A Pontuação de Probabilidade de Suicídio pode ser ajustada para refletir diferentes taxas de base a priori para populações clínicas específicas. Além disso, a Escala de Probabilidade de Suicídio (SPS) possui quatro subescalas clínicas: Desesperança, Ideação Suicida, Autoavaliação Negativa e Hostilidade.

A aplicação da escala SPS leva aproximadamente 10 minutos.

Amostras estudadas. A Escala de Suicídio de St. Paul (SPS) foi padronizada em uma amostra de adolescentes e adultos selecionados aleatoriamente da população geral. Os participantes foram selecionados se não tivessem histórico psiquiátrico e não tivessem tentado suicídio. Essa amostra não clínica foi comparada com pacientes psiquiátricos internados e pessoas que tentaram suicídio (Cull & Gill, 1988). Para a amostra não clínica, Na amostra de pacientes com transtorno de personalidade borderline (TPB), 61% eram mulheres, 60% eram brancos, 28% eram hispânicos e 12% eram afro-americanos ou de outras minorias; 10% tinham menos de 20 anos, 53% tinham entre 20 e 39 anos, 13% tinham entre 41 e 59 anos e 24% tinham 60 anos ou mais. Na amostra de pacientes psiquiátricos internados, 67% eram mulheres, 38% eram brancos, 15% eram hispânicos e 15% eram afro-americanos ou de outras minorias; 25% tinham menos de 20 anos, 39% tinham entre 20 e 39 anos, 21% tinham entre 41 e 59 anos e 15% tinham 60 anos ou mais. Na amostra de pessoas que tentaram suicídio, 70% eram mulheres, 31% eram brancos, 57% eram hispânicos e 12% eram afro-americanos ou de outras minorias; 20% tinham menos de 20 anos, 43% tinham entre 20 e 39 anos, 16% tinham entre 41 e 59 anos e 21% tinham 60 anos ou mais. Os escores totais do SPS foram relativamente pouco afetados por idade, sexo e etnia (Cull & Gill, 1988). Outros estudos utilizaram o SPS com estudantes universitários (Osman, Barrios, Gritman & Osman, 1993) e adultos (Grella, Anglin & Wugalter, 1995).

Dimensionalidade. Uma análise de componentes principais identificou os seguintes seis fatores: Ideação Suicida (6 itens), Desesperança (12 itens), Perspectiva Positiva (6 itens), Proximidade Interpessoal (3 itens), Hostilidade (7 itens) e Impulsividade Raivosa (2 itens). Essa estrutura fatorial mostrou-se altamente consistente em uma ampla variedade de amostras clínicas (Cull & Gill, 1988).

Confiabilidade. A confiabilidade interna do SPS é alta (alfa de Cronbach = 0,93). Interna A confiabilidade das subescalas é geralmente adequada, com coeficientes alfa de Cronbach variando de 0,62 a 0,89. A SPS apresenta alta confiabilidade teste-reteste em um período de três semanas ($r = 0,92$; Cull & Gill, 1988).

Validade concorrente. A Escala de Prevalência de Suicídio (SPS) diferenciou indivíduos normais, pacientes psiquiátricos internados e pessoas que tentaram suicídio (Cull & Gill, 1988). A pontuação total e as subescalas da SPS apresentaram correlação positiva.

A pontuação total do SPS apresentou correlação com as escalas de Depressão ($r_s = 0,44$ a $0,73$), Desvio Psicopático ($r_s = 0,48$ a $0,63$), Paranoia ($r_s = 0,47$ a $0,61$) e Esquizofrenia ($r_s = 0,56$ a $0,68$) do MMPI (Cull & Gill, 1988). Além disso, a pontuação total do SPS apresentou correlação moderada ($r_s = 0,67$ a $0,71$) com a Escala de Ameaça de Suicídio desenvolvida para o MMPI (Farberow & DeVries, 1967). A probabilidade de suicídio correlacionou-se com crenças irracionais (Woods, Silverman, Gentilini, Cunningham & Grieger, 1991).

A escala total de Resolução de Problemas Sociais (SPS) apresentou associação significativa com a Escala de Resolução de Problemas Sociais, a Escala de Desesperança de Beck e o Inventário de Depressão de Beck em estudantes universitários e pacientes psiquiátricos adultos internados (D'Zurilla, Chang, Nottingham e Faccini, 1998).

Sensibilidade à mudança. A Escala de Sensibilidade ao Suicídio (SPS) foi significativamente associada a mudanças na ideação suicida em um ensaio clínico randomizado com pacientes psiquiátricos ambulatoriais que apresentavam alto risco de suicídio (Rudd, Rajab, Orman, Stulman, Joiner e Dixon, 1996).

Resumo e avaliação. A Escala de Preocupação com o Suicídio (SPS) apresenta boa consistência interna e confiabilidade teste-reteste. A validade concorrente desta medida também foi estabelecida. Os itens individuais, no entanto, não mensuram ideação suicida ou tentativas de suicídio conforme definidas por O'Carroll et al. (1996). Embora o SPS tenha sido projetado para ser uma medida de risco de suicídio, há poucos estudos de pesquisa que testaram a validade preditiva desta medida.

Inventário de Ideação Suicida Positiva e Negativa

Descrição. O Inventário de Ideação Suicida Positiva e Negativa (PANSI; Osman, Gutierrez, Kopper, Barrios e Chiros, 1998) é um instrumento de autoavaliação com 20 itens que mede pensamentos positivos e negativos relacionados a tentativas de suicídio. Os participantes avaliam cada item durante as últimas duas semanas usando uma escala Likert de 5 pontos, variando de 1 ("nunca") a 5 ("na maioria das vezes").

O inventário consiste em duas escalas: Ideação Positiva e Ideação Negativa. A aplicação do PANSI leva aproximadamente 5 minutos.

Amostra estudada. O PANSI foi padronizado utilizando estudantes universitários de graduação (Osman et al., 1998). A idade média da amostra foi de 20 anos; 67% eram do sexo feminino e 96% eram euro-americanos.

Dimensionalidade. Análises fatoriais exploratórias e confirmatórias foram conduzidas sobre amostras separadas de estudantes universitários. Essas análises indicaram que uma solução de dois fatores forneceu um excelente ajuste aos dados (Osman et al., 1998).

Confiabilidade. A confiabilidade interna tanto para a Ideação Positiva quanto para a Ideação Negativa. A escala é alta; os coeficientes alfa variaram de 0,80 a 0,93 (Osman et al., 1998).

Validade concorrente. A escala de Ideação Positiva apresentou correlação moderada e negativa com a Escala de Probabilidade de Suicídio ($r = -0,47$) e com itens do Questionário de Comportamentos Suicidas ($r_s = -0,21$ a $-0,45$). Os escores na escala de Ideação Negativa correlacionaram-se moderadamente e positivamente com a Escala de Probabilidade de Suicídio ($r = 0,59$) e com itens do Questionário de Comportamentos Suicidas ($r_s = 0,39$ a $0,61$; Osman et al., 1998).

Resumo e avaliação. A confiabilidade interna e a validade concorrente foram estabelecidas em uma amostra de estudantes universitários. Os itens da escala de Ideação Suicida Negativa medem a ideação suicida que é consistente com a definição de ideação suicida de O'Carroll et al. (1996). São necessários mais estudos para replicar esses resultados e investigar as propriedades psicométricas dessa medida em outras amostras.

Questionário de Ideação Suicida em Adultos

Descrição. O Questionário de Ideação Suicida em Adultos (ASIQ; Reynolds, 1991b) é um instrumento de autorrelato com 25 itens que avalia a ideação e o comportamento suicida em adultos. O ASIQ foi derivado

O questionário é baseado no Questionário de Ideação Suicida de 30 itens (Reynolds, 1987), desenvolvido para avaliar a ideação suicida em adolescentes. Os participantes avaliam a frequência de pensamentos ou comportamentos suicidas durante o último mês, utilizando uma escala de 7 pontos para cada item. A escala varia de 0 ("nunca tive esse pensamento") a 6 ("quase todos os dias"). O conteúdo dos itens varia desde desejos gerais de estar morto ou nunca ter nascido até fatores de risco específicos, como pensamentos sobre como e quando se matar.

Outros itens avaliam a percepção da reação de outras pessoas a uma tentativa de suicídio e a crença de que o suicídio é uma possível solução para os problemas de alguém. O ASIQ gera uma pontuação total que varia de 0 a 150.

Os escores T e percentis correspondentes também são calculados com base em amostras normativas. Um ponto de corte é utilizado para identificar indivíduos que necessitam de avaliação adicional do comportamento suicida. O questionário leva aproximadamente 5 minutos para ser aplicado.

Amostras estudadas. O ASIQ foi aplicado a estudantes universitários de graduação (Reynolds, 1991a). Nessa amostra, 63% eram do sexo feminino, 96% eram brancos e a idade média era de 21 anos (DP = 3,4). O ASIQ também foi aplicado a adultos em busca de tratamento psiquiátrico ambulatorial e a adultos da comunidade (Reynolds, 1991b). Na amostra psiquiátrica, 57% eram do sexo feminino, 97% eram brancos, 14% tinham entre 18 e 24 anos, 46% tinham entre 25 e 39 anos, 35% tinham entre 40 e 64 anos e 5% tinham 65 anos ou mais. Na amostra não clínica (comunitária), 63% eram do sexo feminino, 95% eram brancos e a idade média era de 43 anos, variando de 18 a 88 anos. Para esta amostra, as pontuações médias do ASIQ foram significativamente mais altas para adultos jovens (de 18 a 24 anos) do que para outros grupos etários (Reynolds, 1991b). Mais recentemente, o ASIQ foi aplicado a pacientes psiquiátricos em instituições de longa permanência (Osman, Kopper, Linehan, Barrios, Gutierrez e Bagge, 1999).

Dimensionalidade. Embora as análises fatoriais de componentes principais tenham revelado três fatores correlacionados. Em amostras compostas por estudantes universitários, adultos da comunidade e pacientes psiquiátricos ambulatoriais, um forte fator principal foi encontrado em cada uma delas (Reynolds, 1991b). Mais recentemente, uma análise fatorial confirmatória indicou que um modelo de um fator apresentou um ajuste moderado para pacientes psiquiátricos internados a longo prazo (Osman et al., 1999). Este estudo indicou que o ASIQ avalia uma única dimensão da ideação suicida.

Confiabilidade. O ASIQ apresenta alta consistência interna, com coeficientes alfa de Cronbach variando de 0,96 a 0,98 em amostras clínicas e não clínicas (Reynolds, 1991a, 1991b; Osman et al., 1999). O ASIQ também apresenta alta confiabilidade teste-reteste em pacientes psiquiátricos ambulatoriais e adultos da comunidade ($r = 0,95$; Reynolds, 1991b) e em estudantes universitários de graduação ($r = 0,86$; Reynolds, 1991a) ao longo de um período de uma semana.

Validade concorrente. Em uma amostra mista de pacientes psiquiátricos ambulatoriais e da comunidade (Reynolds, 1991b), o ASIQ apresentou alta correlação ($r = 0,77$) com as avaliações clínicas de ideação suicida, medidas pelo item de suicídio da Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton. Correlações significativas também foram encontradas entre o ASIQ e medidas de depressão ($r = 0,60$), ansiedade ($r = 0,41$) e histórico de tentativas de suicídio ($r = 0,36$). O ASIQ diferenciou indivíduos com histórico de tentativas de suicídio daqueles sem esse histórico em amostras de estudantes universitários e pacientes psiquiátricos ambulatoriais (Reynolds, 1991b; Osman et al., 1999). Embora nenhuma diferença nos escores do ASIQ por gênero tenha sido relatada para pacientes da comunidade e pacientes psiquiátricos que não tentaram suicídio, homens que tentaram suicídio obtiveram escores de ASIQ mais altos do que mulheres (Reynolds, 1991b). Uma descoberta semelhante (tendência) também foi observada em estudantes universitários. O ASIQ também diferenciou pacientes psiquiátricos de amostras da comunidade.

O ASIQ apresentou correlação significativa com medidas de depressão ($r = 0,60$), desesperança ($r = 0,53$), ansiedade ($r = 0,38$), baixa autoestima ($r = 0,48$) e histórico de tentativas de suicídio anteriores ($r = 0,33$) em uma amostra de estudantes universitários (Reynolds, 1991a).

Validade preditiva. Os escores basais do ASIQ previram significativamente as tentativas de suicídio em uma amostra de 3-estudo de acompanhamento de um mês em uma amostra de pacientes psiquiátricos internados que haviam tentado suicídio anteriormente (Osman et al., 1999).

Resumo e avaliação. O ASIQ é uma medida de autorrelato de ideação suicida e é consistente com a definição de ideação suicida de O'Carroll et al. (1996). A consistência interna, a confiabilidade teste-reteste e a validade concorrente desta medida foram estabelecidas. É importante ressaltar que a validade preditiva desta medida foi documentada para tentativas de suicídio (não fatais).

Escala de Ideação Suicida

Descrição. A Escala de Ideação Suicida (SIS; Rudd, 1989) é uma escala de autoavaliação composta por 10 itens. O instrumento foi desenvolvido para avaliar a gravidade ou intensidade da ideação suicida. Cada item é pontuado de 1 ("Nunca ou nenhuma vez") a 5 ("Sempre ou muitas vezes"), de acordo com a frequência com que o respondente sentiu ou se comportou dessa maneira durante o último ano. A pontuação total varia de 10 a 50.

Amostra de padronização. O SIS foi aplicado a estudantes universitários que receberam créditos para a conclusão de um curso introdutório de psicologia (Rudd, 1989). Nessa amostra, 61% eram mulheres, 79% eram brancos, 10% eram hispânicos e 7% eram asiáticos. A amostra tinha idades entre 16 e 30 anos, sendo que 93% tinham menos de 22 anos.

Confiabilidade. O SIS apresenta um alto nível de consistência interna (alfa de Cronbach = 0,86), bem como correlações item-total adequadas ($r_s = 0,45$ a $0,74$; Rudd, 1989).

Validade concorrente. O SIS apresentou correlação moderada com a Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos ($r = 0,55$) e com a Escala de Desesperança de Beck ($r = 0,49$).

Os alunos que tentaram suicídio obtiveram pontuações mais altas do que os alunos que não o fizeram (Rudd, 1989).

Resumo e avaliação. Evidências preliminares da consistência interna e da validade concorrente da SIS foram obtidas em uma amostra de estudantes universitários. Os itens da SIS não abordam a intenção suicida, no entanto, conforme sugerido nas definições de ideação suicida e tentativas de suicídio de O'Carroll et al. (1996). Mais pesquisas são necessárias para avaliar as propriedades psicométricas da medida em outras amostras.

Formulário de Intenção de Suicídio

Descrição. Formulário de Status de Suicídio (SSF; Jobes, Jacoby, Cimboic e Hustead, 1997) Consiste em seis itens de autoavaliação e seis itens correspondentes administrados por um profissional clínico, que avaliam dor psicológica, pressões externas (estressores), agitação (perturbação emocional), desesperança, baixa autoestima e risco geral de suicídio. Cada item é avaliado em uma escala Likert de 5 pontos, variando de 1 ("baixo") a 5 ("alto"). O SSF foi desenvolvido para ser aplicado rotineiramente a qualquer paciente que tenha relatado pensamentos, sentimentos ou comportamentos suicidas e leva de 5 a 10 minutos para ser concluído.

Amostras estudadas. A Escala de Fragilidade Suicida (SSF) foi padronizada utilizando uma amostra de estudantes universitários de graduação não clínicos e estudantes universitários com ideação suicida em um centro de aconselhamento universitário (Jobes et al., 1997). Entre os estudantes com ideação suicida, 60% eram do sexo feminino e 79% eram brancos; a idade média era de 23 anos (variando de 17 a 55 anos). Na amostra não clínica, 56% eram do sexo feminino e 80% eram brancos; a idade média era de 20 anos (variando de 18 a 26 anos).

Dimensionalidade. A análise fatorial dos seis itens de autorrelato revelou um único fator subjacente. No entanto, a variância compartilhada limitada entre os seis itens e as baixas comunalidades nos itens sugerem que a análise fatorial pode ter contribuído para a identificação de um fator subjacente.

A análise fatorial e a falta de correlação entre os itens sugeriram que o SSF não é unidimensional (Jobes et al., 1997).

Confiabilidade. Os itens do SSF apresentam níveis de confiabilidade teste-reteste de baixos a moderados ao longo de um período de duas semanas, com correlações variando de 0,35 (desesperança) a 0,69 (dor). Eddins e Jobes (1994) relataram um alto nível de concordância entre os itens administrados por clínicos e os itens de autorrelato.

Validade concorrente. Os seis itens de autorrelato da Escala de Autoavaliação de Ideação Suicida (SSF) diferenciaram estudantes com ideação suicida daqueles sem ideação suicida. O item de risco apresentou correlação negativa moderada ($r = -0,42$) com a Escala de Razões para Viver de Linehan. As avaliações da SSF também discriminaram significativamente estudantes cuja ideação suicida havia se resolvido daqueles com ideação suicida crônica (Jobes et al., 1997).

Sensibilidade à mudança. Em uma amostra clínica de estudantes com tendências suicidas, a interação entre cliente e clínico foi avaliada. Os itens SSF diminuíram significativamente do pré-tratamento para o pós-tratamento (Jobes et al., 1997).

Resumo e avaliação. As evidências preliminares indicam que o SSF apresenta bons resultados. A escala apresenta validade convergente e confiabilidade teste-reteste moderada. O item geral de risco de suicídio é consistente com a definição de ideação suicida de O'Carroll et al. (1996). O instrumento pode ser particularmente útil se administrado durante o curso do tratamento. As propriedades psicométricas da SSF precisam ser investigadas com outras amostras.

Avaliação Firestone de Pensamentos Autodestrutivos

Descrição. Avaliação Firestone de Pensamentos Autodestrutivos (FAST; Firestone)

O FAST (Inventário de Pensamentos Autodestrutivos de Fatores de Autodepreciação) de Firestone (1996) é um questionário de autorrelato composto por 84 itens. O FAST abrange 11 níveis de pensamentos autodestrutivos, incluindo Autodepreciação (8 itens), Autonegação (8 itens), Atitudes Cínicas (8 itens), Isolamento (8 itens), Autodesprezo (6 itens), Vícios (8 itens), Desesperança (6 itens), Desistência (8 itens), Automutilação (8 itens), Planos Suicidas (8 itens) e Intenções Suicidas (8 itens). Cada item foi desenvolvido para avaliar a frequência atual de um pensamento autodestrutivo e é classificado usando uma escala Likert de 5 pontos, variando de 0 ("Nunca") a 4 ("Na maioria das vezes"). A pontuação total do FAST é a soma de todos os 84 itens. Além disso, existem quatro subescalas compostas: Autodestrutiva, Vícios, Autoaniquilação e Intenção Suicida. A subescala composta de Intenção Suicida é composta por 27 itens extraídos dos níveis Desesperança, Desistência, Automutilação, Planos Suicidas e Ordens Judiciais de Prevenção do Suicídio. Cada nível e subescala composta é convertido em uma pontuação T. A aplicação do FAST leva aproximadamente 20 minutos.

pontuação.

Amostras estudadas. O FAST foi administrado a pacientes adultos em psiquiatria. ambientes hospitalares e uma variedade de ambientes de tratamento ambulatorial, bem como estudantes universitários não clínicos (Firestone & Firestone, 1996).

Dimensionalidade. A análise fatorial de eixos principais identificou três fatores: Composto Autodestrutivo (Níveis 1 a 5), Composto de Vícios (Nível 6) e Composto Autoaniquilador (Níveis 7 a 11).

Confiabilidade. A confiabilidade interna do FAST foi estabelecida utilizando os coeficientes alfa de Cronbach. Os coeficientes de consistência interna para os 11 níveis de pontuação variaram de 0,76 a 0,91. A confiabilidade interna para as quatro subescalas compostas e para a escala total variou de 0,84 a 0,97. O FAST apresenta alta confiabilidade teste-reteste, com correlações variando de 0,63 a 0,94. A confiabilidade teste-reteste da pontuação total varia de 0,88 a 0,94 em pacientes psiquiátricos internados, pacientes ambulatoriais em psicoterapia e amostras de estudantes universitários não clínicos (Firestone & Firestone, 1998).

Validade concorrente. A validade convergente e discriminante dos níveis, pontuações compostas e pontuação total do FAST foi comprovada utilizando a Escala de Probabilidade de Suicídio, o Inventário de Depressão de Beck, a Escala de Desesperança de Beck e a Escala de Ideação Suicida de Beck (Firestone & Firestone, 1998). A subescala de Intenção Suicida foi derivada empiricamente pela soma dos itens que apresentaram maior poder discriminatório para distinguir pacientes com e sem ideação suicida. A subescala de Intenção Suicida apresentou alta correlação com a subescala de Ideação Suicida da Escala de Probabilidade de Suicídio ($r = 0,85$) e com a Escala de Ideação Suicida de Beck ($r = 0,81$).

Resumo e avaliação. O FAST é um instrumento de autorrelato para avaliar comportamentos autodestrutivos atuais. O FAST apresenta boa consistência interna, confiabilidade teste-reteste e boa validade convergente. Os itens do FAST, no entanto, não abordam claramente a intenção suicida, conforme sugerido nas definições de ideação suicida de O'Carroll et al. (1996). Estudos adicionais são necessários para investigar as propriedades psicométricas em outras amostras.

Escala de Intenção Suicida

Descrição. A Escala de Intenção Suicida (SIS; Beck, Schuyler e Herman, 1974) é uma escala de avaliação da intenção suicida. A Escala de Gravidade da Intenção de Cometer Suicídio (SIS) é um instrumento aplicado por meio de entrevista para avaliar a gravidade da intenção suicida em pacientes que de fato tentaram suicídio. A SIS consiste em 15 itens que quantificam o comportamento verbal e não verbal do indivíduo antes e durante a tentativa de suicídio mais recente. Cada item é avaliado em uma escala ordinal de "0" a "2", com a pontuação total variando de 0 a 30. A primeira parte da SIS (Itens 1-8) abrange as circunstâncias objetivas que envolvem a tentativa de suicídio e inclui itens sobre a preparação e a forma de execução da tentativa, o contexto, bem como pistas prévias fornecidas pelo paciente que poderiam facilitar ou dificultar a descoberta da tentativa. Esta parte da escala pode ser preenchida retrospectivamente para pacientes que cometeram suicídio (por exemplo, por meio da revisão de prontuários médicos). A segunda parte da SIS (Itens 9-15) abrange as percepções do indivíduo que tentou o suicídio sobre a letalidade do método, as expectativas quanto à possibilidade de resgate e intervenção, o grau de premeditação e o suposto propósito da tentativa. A entrevista leva cerca de 10 minutos para ser aplicada. Uma versão de autorrelato desta escala, o Questionário de Intenção Suicida, também está disponível (Linehan, 1982).

Amostras estudadas. O SIS foi aplicado a pacientes psiquiátricos que foram hospitalizados após uma tentativa de suicídio (Beck, Weissman, Lester & Trexler, 1976; Kovacs, Beck, & Weissman, 1976). No estudo de Kovacs et al. (1976), 55% da amostra era composta por mulheres e 51% por brancos; a idade média era de 30 anos (variando de 18 a 63 anos).

Dimensionalidade. Vários estudos realizaram análises fatoriais do SIS e relataram entre dois e seis fatores (Beck & Lester, 1976; Beck, Weissman, Lester, & Trexler, 1976; Wetzel, 1977; Mieczkowski, Sweeney, Haas, Junker, Brown & Mann, 1993). Uma análise fatorial recente do SIS, utilizando um método de análise fatorial mais apropriado para dados de escalas de classificação policotômicas, indicou que havia duas dimensões que correspondiam à estrutura fatorial hipotetizada: Intenção Letal (6 itens) e Planejamento (8 itens).

Confiabilidade. O SIS apresenta alta confiabilidade interna ($\alpha = 0,95$; Beck, Schuyler & Herman, 1974) e alta confiabilidade interavaliadores, variando de 0,81 (Mieczkowski et al., 1993) a 0,95 (Beck et al., 1974). As duas subescalas, Letalidade da Intenção e Planejamento, também demonstraram possuir confiabilidade interavaliadores adequada (0,90 e 0,74, respectivamente; Mieczkowski et al., 1993).

Validade concorrente. Vários estudos constataram que a primeira parte do SIS (itens 1 a 8) diferenciaram tentativas de suicídio fatais e não fatais (Beck, Schuyler & Herman, 1974; Beck, Morris & Beck, 1974). Os escores totais do SIS diferenciaram aqueles que tentaram suicídio repetidamente daqueles que não tentaram.

posteriormente tentam suicídio (RW Beck, Morris & Beck, 1974; Ojehagen, Regnell, & Traskman-Bendz, 1991). Outras evidências de validade são encontradas em suas correlações moderadas ($r_s = 0,17$ a $0,62$) com medidas de depressão (Chance, Kaslow e Baldwin, 1994; Minkoff, Bergman, Beck e Beck, 1973; O'Brien, Holton, Hurren, Watt e Hassanyeh, 1987; Platt e Dyer, 1987; Silver, Bohnert, Beck e Marcus, 1971) e correlações moderadas ($r_s = 0,31$ a $0,41$) com medidas de desesperança (Beck, Schulyer e Herman, 1974; Beck, Steer e McElroy, 1982; Brown, Overholser, Spirito e Fritz, 1991; Dyer e Kreitman, 1984; Kovacs, Beck e Weissman, 1975; Weissman, Beck e Kovacs, 1979; Platt & Dyer, 1987; Strosahl, Chiles & Linehan, 1992).

A versão do SIS aplicada por entrevistador apresentou alta correlação ($r = 0,87$) com a versão de autorrelato (Strosahl, Chiles e Linehan, 1992). Além disso, o SIS relaciona-se com a letalidade das tentativas de suicídio ($r = 0,38$; Goldney, 1981; Power, Cooke e Brooks, 1985). Por exemplo, pacientes psiquiátricos internados que utilizaram métodos menos letais (como cortes nos pulsos) obtiveram pontuações mais baixas no SIS do que pacientes que utilizaram métodos mais letais (Lester e Beck, 1975; Nielsen, Stenager e Brahe, 1993). O SIS, contudo, não conseguiu distinguir entre pacientes que de fato tentaram suicídio e pacientes que abortaram a tentativa (Barber, Marzuk, Leon e Portera, 1998).

Validade preditiva. Dois estudos prospectivos de 10 anos avaliaram a validade preditiva da SIS para suicídio consumado em pacientes hospitalizados após tentativa de suicídio. Em ambos os estudos, a escala total da SIS não previu suicídio consumado (Beck & Steer, 1989; Tejedor, Diaz, Castillon & Pericay, 1999). No entanto, um desses estudos constatou que a subescala de Precauções da SIS estava associada a um risco aumentado de suicídio (Beck & Steer, 1989). Além disso, resultados inconsistentes foram relatados em relação à validade preditiva da SIS para tentativas de suicídio não fatais subsequentes (Beck, Morris & Beck, 1974; Tejedor, Diaz, Castillon & Pericay, 1999). Embora Beck e seus colegas (Beck et al., 1974) tenham relatado que a SIS diferenciou pacientes que posteriormente tentaram suicídio novamente daqueles que não tentaram suicídio novamente dentro de um ano após a alta ($N = 231$). Um estudo prospectivo mais recente com uma amostra menor ($N = 132$) não conseguiu replicar esses resultados (Tejedor et al., 1999).

Resumo e avaliação. O SIS é uma medida amplamente utilizada do grau de intenção de cometer suicídio durante uma tentativa de suicídio. A Escala de Incapacidade de Suicídio (SIS) pode ser útil para determinar se um paciente fez uma tentativa de suicídio que esteja de acordo com a nomenclatura de O'Carroll et al. (1996). Além disso, as circunstâncias objetivas e as características clínicas da tentativa mais recente são avaliadas. A consistência interna, a confiabilidade interavaliadores e a validade concorrente desta medida foram estabelecidas. A subescala de Precauções da SIS demonstrou prever tentativas de suicídio subsequentes, embora esses achados precisem ser replicados.

Descrição da Entrevista de Histórico

de Parassuicídio. A Entrevista de Histórico de Parassuicídio (PHI; Linehan, Wagner e Cox, 1983) é um instrumento de 48 itens, administrado por entrevistador, que avalia a topografia, a intenção, a gravidade médica, o contexto social, os eventos precipitantes e concomitantes e os desfechos de tentativas de suicídio e outros comportamentos autolesivos durante um período específico. Parassuicídio refere-se a todo comportamento autolesivo não fatal com clara intenção de causar dano corporal ou morte (ou seja, tanto o ato comportamental quanto os desfechos lesivos não são acidentais) que resulta em dano tecidual real, doença ou risco de morte ou lesão grave (Kreitman, 1977). Cada episódio de autolesão é codificado separadamente e os detalhes de cada episódio são obtidos. O PHI avalia a ocorrência de autolesão pela primeira vez na vida, pela vez mais recente e pela vez da lesão mais grave. Cada autolesão é classificada em relação à intenção de morrer. As principais variáveis incluem a frequência da autolesão.

Os dados incluem comportamentos (atos isolados, bem como conjuntos de atos habituais; tentativas de suicídio, bem como autolesão não suicida), especificidades e letalidade do método utilizado, gravidade dos efeitos físicos reais da tentativa de suicídio e tratamento médico recebido. Quatro escalas adicionais foram propostas em uma versão revisada do PHI: Hedonismo, Consequências Funcionais, Alívio Emocional e Dissociação. O instrumento foi projetado para ser amplo e inclusivo; questões desnecessárias para um determinado propósito podem ser descartadas. Para obter informações resumidas a partir deste instrumento, recomenda-se que os pesquisadores criem subconjuntos comportamentais com base nas informações obtidas (por exemplo, "mais grave", "mais recente", "primeiro", "número de métodos diferentes").

Amostras estudadas. O PHI foi desenvolvido com base em uma amostra de pacientes psiquiátricos internados no Centro Médico da Universidade de Washington e Centro Médico Harborview. A amostra consistiu em 77 pacientes internados por tentativas de suicídio e 89 pacientes internados por outros motivos, mas que já haviam tentado suicídio anteriormente. Em um estudo subsequente, o PHI foi aplicado a pacientes diagnosticados com transtorno de personalidade borderline e com histórico de comportamento autolesivo (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon e Heard, 1991).

Dimensionalidade. As análises fatoriais indicaram que o PHI consiste em quatro fatores. Três dos fatores (Intenção Suicida, Risco Médico e Impulsividade) representam características comumente associadas a tentativas de suicídio e letalidade. O quarto fator, Intenção Instrumental, representa comportamentos rotulados por outros como "gestos suicidas".

Confiabilidade. As quatro escalas — risco médico, intenção suicida, intenção instrumental e impulsividade — apresentam consistência interna, com coeficientes alfa variando de 0,64 a 0,86. As médias de confiabilidade interavaliadores ao longo de períodos de quatro meses variam de 0,59 a 0,91, com uma média geral de confiabilidade interavaliadores de 0,80.

Validade Concorrente. O PHI foi construído para ter validade de conteúdo, incluindo questões que solicitam toda a gama de características de autolesão presentes em outras entrevistas, questionários e medidas de risco de suicídio padrão. A validade das contagens de frequência do PHI varia de 72% a 86% de concordância quando comparada a registros médicos. As avaliações feitas por profissionais não médicos sobre a letalidade do método utilizado e a gravidade da condição física após a tentativa de suicídio apresentam alta correlação com as avaliações dos mesmos eventos feitas por médicos ($r = 0,95$ para ambas as avaliações).

Sensibilidade à mudança. O PHI tem sido associado a mudanças na frequência, tratamento, risco médico e ideação suicida de comportamentos de autolesão em pacientes com transtorno de personalidade borderline em ensaios clínicos (Linehan, Armstrong, Suarez, Allman e Heard, 1991; Linehan, Heard e Armstrong, 1993).

Resumo e avaliação. O PHI é uma avaliação abrangente e flexível do autoconhecimento. O PHI (Índice de Incapacidade de Autolesão) é um instrumento frequentemente utilizado em estudos com pacientes suicidas com transtorno de personalidade borderline. É um dos poucos instrumentos que avalia tanto tentativas de suicídio quanto comportamentos de autolesão sem intenção de matar. O PHI distingue entre a ocorrência de tentativas de suicídio ou comportamentos de autolesão e as características clínicas do comportamento. A intenção de se ferir ou se matar também é avaliada em cada episódio. O PHI também avalia se ocorreu uma lesão identificável e se essa lesão exigiu atendimento médico.

Questionário sobre Comportamentos Suicidas

Descrição. O Questionário de Comportamentos Suicidas (SBQ; Linehan, 1981) é um instrumento de autoavaliação. Medida de pensamentos e comportamentos suicidas. Uma versão abreviada do SBQ foi inicialmente utilizada por Cole (1988). Esta versão reduzida do SBQ consiste em quatro questões e utiliza uma escala Likert para medir a frequência de ideação suicida e a comunicação de pensamentos suicidas.

para os outros, e as atitudes e expectativas de realmente tentar o suicídio. Os itens específicos incluem: "Você já pensou em se matar ou tentou se matar?" (pontuação de 1 a 6); "Com que frequência você pensou em se matar no último ano?" (pontuação de 1 a 5); "Você já disse a alguém que ia cometer suicídio ou que poderia fazê-lo?" (pontuação de 1 a 3); e "Qual a probabilidade de você tentar suicídio algum dia?" (pontuação de 1 a 5). A pontuação total varia de 5 a 19.

O SBQ leva menos de 5 minutos para ser concluído.

Amostras estudadas. Esta versão abreviada do SBQ foi aplicada tanto a pacientes psiquiátricos ambulatoriais quanto a estudantes universitários (Cotton, Peters e Range, 1995). Os pacientes psiquiátricos eram do sexo feminino, em sua maioria brancos (84%), e a idade média era de 32 anos (DP = 8,5). Na amostra de estudantes universitários, 84% eram do sexo feminino, 66% eram brancos e a idade média era de 23 anos (DP = 5,8). Em outro estudo, a amostra consistiu em pacientes psiquiátricas ambulatoriais do sexo feminino, com idades entre 17 e 35 anos, diagnosticadas com transtorno de personalidade borderline (Sabo, Gunderson, Najavits, Chauncey e Kisiel, 1995). O SBQ tem sido usado para avaliar o comportamento suicida em pacientes em ambientes hospitalares (Linehan, Camper, Chiles, Strosahl e Shearin, 1987; Linehan, Chiles, Egan, Devine e Laffaw, 1986; Strosahl, Chiles e Linehan, 1992).

Confiabilidade. O SBQ apresenta consistência interna adequada em amostras clínicas (alfa de Cronbach = 0,75) e não clínicas (alfa de Cronbach = 0,80) e alta confiabilidade teste-reteste ($r = 0,95$) ao longo de um período de duas semanas (Cotton, Peters e Range, 1995).

Validade concorrente. O SBQ apresentou correlação significativa com a Escala para Suicídio. A ideação suicida em uma amostra de estudantes universitários ($r = 0,69$; Cotton et al., 1995). O SBQ apresentou correlação negativa com o Inventário de Razões para Viver de Linehan em pacientes psiquiátricas ambulatoriais do sexo feminino ($r = 0,34$; Cotton et al., 1995). Os itens que medem a autolesão no SBQ e na Entrevista Diagnóstica para Transtorno de Personalidade Borderline (Gunderson, Kolb e Austin, 1981) apresentaram correlação moderada a alta ($r_s = 0,61$ a $0,93$) para pacientes com transtorno de personalidade borderline (Sabo et al., 1995).

Sensibilidade à mudança. O SBQ foi associado a diminuições no comportamento suicida e no comportamento de autolesão ao longo de um período de 5 anos em pacientes com transtorno de personalidade borderline (Sabo et al., 1995).

Resumo e avaliação. O SBQ é uma medida breve de ideação suicida. Os itens do SBQ são consistentes com a definição de ideação suicida de O'Carroll (1996). A consistência interna, a confiabilidade teste-reteste e a validade concorrente desta medida foram estabelecidas.

Questionário de Comportamentos Suicidas (Revisado)

Descrição. O Questionário de Comportamento Suicida foi recentemente revisado para avaliar 14 comportamentos suicidas (SBQ-14; Linehan, 1996). Os participantes respondem a até 34 itens, dependendo da presença ou ausência de comportamentos suicidas atuais, passados ou esperados. Os itens do SBQ-14 mensuram os seguintes cinco domínios comportamentais: ideação suicida passada, ideação suicida futura, ameaças de suicídio passadas, tentativas de suicídio futuras e a probabilidade de morte em uma tentativa de suicídio futura. Cada um desses itens é avaliado considerando os últimos dias, incluindo o dia atual, o último mês, os últimos quatro meses, o último ano e ao longo da vida. Os cinco comportamentos são pontuados utilizando uma pontuação resumida ponderada para cada intervalo de tempo. Nove itens adicionais avaliam a gravidade do comportamento suicida ao longo da vida, o plano suicida atual, a disponibilidade de um método, os fatores de dissuasão social, as atitudes em relação ao comportamento suicida e a tolerância ao sofrimento. Uma pontuação total do SBQ-14 também é calculada utilizando 10 dos 14 itens.

Amostras estudadas. O SBQ-14 foi padronizado utilizando homens (42%) e mulheres (58%) que frequentavam uma feira de rua (Addis & Linehan, 1989). A idade média nessa amostra era de 32 anos.

O SBQ-14 também foi aplicado a uma amostra clínica de pacientes psiquiátricas ambulatoriais do sexo feminino.

que foram diagnosticados com transtorno de personalidade borderline e que tinham histórico de comportamento parassuicida (Addis & Linehan, 1989). A idade média nesta amostra foi de 27 anos, variando de 18 a 45 anos.

Dimensionalidade. Uma análise fatorial de componentes principais de dados clínicos e não clínicos.

As amostras indicaram que o SBQ-14 era unidimensional (Addis & Linehan, 1990).

Confiabilidade. Os cinco comportamentos do SBQ-14 apresentam alta confiabilidade interna, com coeficientes variando de 0,73 a 0,92 (Addis & Linehan, 1989).

Validade concorrente. Quatro dos cinco comportamentos avaliados pelo SBQ-14 apresentaram correlação positiva ($r_s = 0,36$ a $0,51$) com itens da Escala de Ideação Suicida e da Entrevista de Enfrentamento do Suicídio. O escore total do SBQ-14 apresentou correlação positiva ($r_s = 0,55$ a $0,62$) com a Escala de Ideação Suicida, o Inventário de Depressão de Beck e a Escala de Desesperança de Beck, e correlação negativa ($r = 0,46$) com o Inventário de Razões para Viver de Linehan. Diferenças nos escores totais do SBQ-14 entre amostras clínicas e não clínicas foram relatadas após o controle de depressão, desesperança e razões para viver (Linehan & Addis, 1990).

Resumo e avaliação. O SBQ-14 revisado é uma avaliação abrangente de ideação suicida, tentativas de suicídio e atos suicidas (sem intenção de cometer suicídio) utilizando um formato de autorrelato. O SBQ avalia a ideação suicida e comportamentos suicidas relacionados, conforme definidos pela nomenclatura de O'Carroll et al. (1996). A intenção de morrer é especificamente avaliada para cada tentativa de suicídio ou comportamento de autolesão. A consistência interna e a validade concorrente foram estabelecidas. Recomenda-se que os pesquisadores utilizem o SBQ-14 com 34 itens em vez da versão abreviada com 4 itens.

Entrevista sobre Comportamentos Suicidas

Descrição. A Entrevista sobre Comportamentos Suicidas (SBI; Ivanoff & Jang, 1991) é uma versão aplicada por entrevista do Questionário sobre Comportamentos Suicidas (Linehan, 1981). A SBI consiste em quatro perguntas que avaliam o histórico de comportamento suicida, o estado atual em relação ao suicídio e a autoavaliação e expectativas sobre a probabilidade futura de envolvimento em comportamento suicida.

Amostras estudadas. O SBI tem sido usado para medir a ideação suicida em homens adultos encarcerados. (Ivanoff & Jang, 1991). A idade média da amostra era de 30 anos; 29% eram afro-americanos, 37% eram hispânicos e 32% eram brancos.

Confiabilidade. Apenas uma questão do SBI, que mede a probabilidade de tentativa de suicídio no futuro, apresentou um nível moderado de confiabilidade teste-reteste ($r = 0,44$) ao longo de um período de um ano (Smyth, Ivanoff e Jang, 1994).

Resumo e avaliação. O SBI é uma versão abreviada do SBQ, aplicada por entrevistador. O SBI foi utilizado em poucos estudos com homens adultos encarcerados e há pouca informação disponível sobre as propriedades psicométricas desse instrumento.

Letalidade médica das tentativas de suicídio

Classificação de risco-resgate

Descrição. A Escala de Risco-Resgate (Weisman & Worden, 1972, 1974) é composta por 10 itens. Instrumento aplicado por entrevistador, projetado para avaliar a letalidade e a intenção de uma tentativa de suicídio. Cinco dos itens mensuram o risco de suicídio e incluem o tipo de método de autolesão, o nível de consciência, a extensão das lesões ou toxicidade, o grau esperado de recuperação da tentativa e o grau de tratamento médico necessário. Os outros cinco itens indicam a probabilidade de intervenção, definida por circunstâncias observáveis e recursos disponíveis.

Os itens avaliam os recursos presentes no momento da tentativa. Cada item possui valores específicos, variando de 0 a 3. Os itens são somados para gerar uma Classificação de Risco e uma Classificação de Resgate. A Classificação de Risco varia de 5 ("baixo risco") a 15 ("alto risco") e a Classificação de Resgate varia de 5 ("menos resgatável") a 15 ("mais resgatável"). Por fim, calcula-se uma Classificação de Risco-Resgate $[(\text{Classificação de Risco}/(\text{Classificação de Risco} + \text{Classificação de Resgate})) \times 100]$ para medir a gravidade geral da tentativa. A avaliação leva aproximadamente 5 minutos para ser concluída.

Amostras estudadas. A Escala de Avaliação de Risco de Resgate foi aplicada a pessoas que tentaram suicídio em ambientes hospitalares (Potter, Kresnow, Powell, O'Carroll, Lee, Frankowski, Swann, Bayer, Bautista & Briscoe, 1998; Weisman & Worden, 1972). Na amostra inicial, 66% eram mulheres, 100% eram brancos, 8% tinham entre 10 e 19 anos, 53% tinham entre 20 e 39 anos, 30% tinham entre 40 e 59 anos e 9% tinham 60 anos ou mais (Weisman & Worden, 1972).

Confiabilidade. Foi relatada uma confiabilidade interavaliadores adequada, ou concordância entre médicos. Para a Avaliação de Risco ($\kappa = 0,67$), 12,9% dos médicos discordaram das categorias de risco (Potter et al., 1998). A confiabilidade interavaliadores da Avaliação de Resgate foi um pouco menor ($\kappa = 0,59$), e 22% dos médicos discordaram dessa avaliação (Potter et al., 1998).

Validade concorrente. A Escala de Risco-Resgate apresentou correlação moderada ($r = 0,60$) com a Escala de Letalidade de Beck. Embora tenha sido encontrado um grau moderado de associação ($r = 0,56$) entre a Classificação de Risco e o nível de tratamento médico, uma associação fraca ($r = 0,07$) foi relatada entre a Classificação de Resgate e o nível de tratamento médico (Weisman & Worden, 1972).

Foi encontrada uma alta confiabilidade intra-avaliador no método de lesão entre a Escala de Avaliação de Risco de Resgate e o Formulário de Gravidade de Lesões Autoinfligidas ($\kappa = 0,88$; Potter et al., 1998).

Com base na análise de prontuários médicos, a Escala de Risco-Resgate discriminou entre aqueles que sobreviveram e aqueles que não sobreviveram a uma tentativa de suicídio. Essa medida, no entanto, não conseguiu distinguir entre aqueles que tentaram suicídio múltiplas vezes e aqueles que não tentaram (Weisman & Worden, 1972). Em outro estudo, altas pontuações na Escala de Risco-Resgate foram positivamente associadas a altas pontuações na Escala de Intenção Suicida ($r = 0,38$; Goldney, 1981).

Validade preditiva. A Escala de Avaliação de Risco de Resgate foi aplicada a uma amostra de pacientes hospitalizados após uma tentativa de suicídio (Tejedor, Diaz, Castillon, Pericay, 1999). Este estudo não conseguiu diferenciar entre pacientes que tentaram suicídio novamente, consumaram o suicídio ou não tentaram suicídio novamente.

Resumo e avaliação. A confiabilidade interavaliadores da Escala de Risco de Resgate foi estabelecida e há boa validade concorrente da medida com outras avaliações de autolesão.

Formulário de Gravidade de Lesões Autoinfligidas

Descrição. O Formulário de Gravidade de Lesões Autoinfligidas (SIISF; Potter, Kresnow, Powell, O Inventário de Lesões Autoinfligidas com Risco de Vida (SIISF, na sigla em inglês), desenvolvido por O'Carroll, Lee, Frankowski, Swann, Bayer, Bautista e Briscoe (1998), é um instrumento de 7 itens, aplicado por meio de entrevista, para identificar indivíduos em departamentos de emergência hospitalar que sofreram lesões autoinfligidas com risco de vida. O SIISF concentra-se na avaliação da letalidade da lesão, sem levar em consideração a intenção ou o potencial de resgate. As categorias de método de lesão incluem: (1) uso de arma de fogo, (2) salto ou outro trauma contuso, (3) tentativa de enforcamento, (4) tentativa de afogamento ou sufocamento, (5) laceração ou perfuração a facada, (6) ingestão, inalação ou injeção de uma substância potencialmente letal e (7) uso de outro método. Cada método é classificado de acordo com o grau de letalidade.

Amostra de padronização. O SIISF foi aplicado a pacientes atendidos no hospital com ferimentos autoinfligidos propositalmente (Potter et al., 1998). Nesta amostra, 58% eram

Das participantes, 60% eram do sexo feminino, 38% eram afro-americanas; 16% tinham entre 13 e 17 anos, 39% entre 18 e 24 anos e 45% entre 25 e 34 anos.

Confiabilidade. A confiabilidade interavaliadores, ou concordância entre médicos, para o método de lesão no SIISF é excelente ($\kappa = 0,94$). Além disso, a confiabilidade interavaliadores nas classificações de “quase fatalidade” foi de 0,93 (Potter et al., 1998).

Validade concorrente. Foi encontrada uma alta taxa de concordância ($\kappa = 0,88$) entre a escala SIISF avalia o mecanismo da lesão e utiliza a escala de avaliação de risco-resgate. Além disso, constatou-se que a SIISF permite distinguir entre pacientes com lesões mais graves e pacientes com lesões menos graves (Potter et al., 1998).

Resumo e avaliação. A confiabilidade interavaliadores do SIISF é excelente e há evidências preliminares da validade concorrente desta medida. Estudos adicionais são necessários para replicar os achados iniciais utilizando o SIISF.

Escalas de Letalidade

Descrição. As Escalas de Letalidade (EL; Beck, Beck & Kovacs, 1975) são aplicadas pelo entrevistador. São aplicadas escalas que medem a letalidade médica de uma tentativa de suicídio numa escala de 0 (por exemplo, totalmente consciente e alerta) a 10 (por exemplo, morte). Existem 8 escalas separadas de acordo com o método da tentativa (tiro, salto, overdose de drogas, etc.). As classificações baseiam-se num exame do estado físico do paciente à admissão no serviço médico, cirúrgico ou psiquiátrico e são determinadas através da análise dos prontuários médicos e consulta com o médico assistente.

Amostra estudada. As Escalas de Letalidade foram aplicadas a pacientes que se apresentaram em um grande hospital urbano após uma tentativa de suicídio (Beck, Beck & Kovacs, 1975). Nesta amostra, 54% eram mulheres, 49% eram brancos e a idade média era de 29 anos.

Confiabilidade. Foi relatado um nível adequado de confiabilidade interavaliadores (coeficiente de correlação de 0,80) para as Escalas de Letalidade (Lester & Beck, 1975).

Validade concorrente. A correlação entre intenção suicida e letalidade médica foi considerada baixa ($r = 0,19$) para pacientes que tentaram suicídio. No entanto, as Escalas de Letalidade apresentaram alta correlação ($r = 0,73$) com a Escala de Intenção Suicida para aqueles que tentaram suicídio e que tinham uma percepção precisa da letalidade de sua tentativa (Beck, Beck & Kovacs, 1975). Além disso, outro estudo encontrou uma associação entre o grau de letalidade e o tempo decorrido entre a tentativa de suicídio e a descoberta da tentativa (Lester & Beck, 1975). As Escalas de Letalidade também apresentaram correlação moderada ($r = 0,60$) com a medida de Avaliação de Risco-Resgate (Weisman & Worden, 1974).

Resumo e avaliação. As Escalas de Letalidade apresentam boa confiabilidade interavaliadores. A validade concorrente da medida foi estabelecida, especialmente quando os indivíduos têm uma concepção precisa da letalidade do ato suicida.

Medidas de triagem breves

Itens de suicídio Paykel

Descrição. Paykel e seus colegas (Paykel, Myers, Lindenthal e Tanner, 1974) elaboraram as seguintes cinco perguntas, administradas pelo entrevistador, com níveis crescentes de intenção:

- (1) “Você já sentiu que a vida não valia a pena ser vivida?”
- (2) “Você já desejou estar morto? – por exemplo, poder dormir e não acordar mais?”
- (3) “Você já pensou em tirar a própria vida, mesmo que não o fizesse de verdade?”
- (4) “Você já chegou ao ponto de considerar seriamente tirar a própria vida ou talvez até mesmo planejar como faria isso?”

(5) "Você já tentou tirar a própria vida?" Os itens também podem ser administrados para avaliar a ideação suicida na última semana, mês, ano ou ao longo da vida. Os respondentes respondem a cada item com "sim" ou "não". Embora essas perguntas hierárquicas não tenham sido inicialmente concebidas como uma escala, um estudo pontuou essas perguntas em uma escala de 0 a 5 (Meneese & Yutrzenka, 1990). Os participantes receberam uma pontuação igual à maior magnitude de ideação suicida relatada positivamente. Essa medida leva apenas alguns minutos para ser aplicada.

Amostras estudadas. O estudo inicial aplicou essas perguntas a moradores de uma comunidade em uma área de abrangência psiquiátrica em New Haven, Connecticut (Paykel et al., 1974). Nessa amostra, 56% eram mulheres, 88% eram brancos, 12% eram afro-americanos, 42% tinham entre 18 e 39 anos, 36% tinham entre 40 e 59 anos e 12% tinham 60 anos ou mais. Neste estudo, uma porcentagem maior de mulheres do que de homens relatou ideação suicida no último ano. Não foram relatadas diferenças na ideação suicida por idade ou raça. A PSS também foi aplicada a idosos de 85 anos sem demência (Skoog, Aevansson, Beskow, Larsson, Palsson, Waern, Landahl & Ostling, 1996).

Validade concorrente. Os indivíduos que relataram quaisquer sentimentos suicidas durante o último ano apresentaram indivíduos com ideação suicida apresentaram taxas mais elevadas de sintomas psiquiátricos, maior probabilidade de isolamento social, mais queixas somáticas e uma proporção maior de dois ou mais eventos negativos na vida no último ano, em comparação com o grupo controle não suicida. Esses indivíduos também apresentaram maior probabilidade de terem sido internados em um hospital por problemas emocionais ou de terem feito uso de tranquilizantes no último ano (Paykel et al., 1974). Em uma amostra não clínica de adolescentes rurais, a ideação suicida, mensurada pelas questões de Paykel, foi prevista por certas características do ambiente familiar (Meneese & Yutrzenka, 1990).

Resumo e avaliação. Há algumas evidências preliminares de que o suicídio de Paykel A escala pode ser muito útil como um instrumento de triagem breve para ideação suicida. A confiabilidade de Essa medida precisa ser estabelecida e estudos adicionais são necessários para investigar sua validade concorrente e preditiva. A Escala de Suicídio de Paykel não avalia claramente a ideação suicida ou as tentativas de suicídio, conforme sugerido pela nomenclatura de O'Carroll et al. (1996).

Sistema de diagnóstico baseado em sintomas para cuidados primários (itens relacionados ao suicídio)

Descrição. O Sistema de Diagnóstico Orientado por Sintomas para Cuidados Primários (Broadhead, Leon, Weissman et al., 1995; Weissman, Olfson, Leon et al., 1995) contém os seguintes três itens de uma lista de verificação de autorrelato: (1) "pensamentos de morte", (2) "desejo de estar morto" e (3) "sentimento suicida". Esses itens foram elaborados para avaliar o risco de suicídio em consultórios de cuidados primários.

Amostras estudadas. Os itens sobre suicídio foram aplicados a pacientes adultos que buscavam tratamento em consultórios particulares de medicina familiar, um programa de residência em medicina familiar e um consultório de medicina interna com plano de saúde pré-pago (Olfson, Weissman, Leon, Sheehan e Farber, 1996). Neste estudo, 68% eram mulheres; 71% eram brancos, 21% eram afro-americanos; 14% tinham entre 18 e 25 anos, 33% entre 26 e 40 anos, 33% entre 41 e 55 anos e 20% entre 56 e 70 anos.

Validade concorrente. Olfson e seus colegas (Olfson et al., 1996) relataram que aproximadamente 2,44% (67 de 2749) dos pacientes relataram "ter pensamentos suicidas" no último mês. Em uma subamostra de pacientes (n = 1001), o item "Pensamentos de morte" apresentou sensibilidade de 100%, especificidade de 81% e valor preditivo positivo (VPP) de 5,9% para detectar pacientes com planos de cometer suicídio. O item "Desejar estar morto" apresentou sensibilidade de 91,7%, especificidade de 93,1% e VPP de 13,9%, e o item "Sentir-se suicida" apresentou sensibilidade de 83%, especificidade de 97,7% e VPP de 30,3% para identificar pacientes com planos de suicídio.

Resumo e avaliação. Existem dados muito limitados sobre a validade concorrente dos itens de suicídio no Sistema de Diagnóstico Orientado por Sintomas para Cuidados Primários. Esses itens não medem a ideação suicida conforme proposto por O'Carroll et al. (1996).

Questionário de triagem de ideação suicida

Descrição. O Questionário de Triagem de Ideação Suicida (SIS-Q; Cooper-Patrick, O instrumento (Crum & Ford, 1994) consiste em quatro perguntas administradas pelo entrevistador que avaliam distúrbios do sono, alterações de humor, culpa e desesperança durante o último ano. Esses itens foram extraídos das seções de depressão e distímia do Diagnostic Interview Schedule (DIS).

Amostras estudadas. A amostra foi extraída do estudo Epidemiologic Catchment Area do Instituto Nacional de Saúde Mental (Eaton & Kessler, 1985) e incluiu adultos que relataram receber atendimento em serviços médicos gerais. Dos pacientes com ideação suicida, 66% eram mulheres, 68% eram brancos, 17% eram afro-americanos e 12% eram hispânicos; 40% tinham entre 18 e 30 anos, 34% entre 31 e 50 anos, 12% entre 51 e 65 anos e 15% tinham 65 anos ou mais. Dos pacientes sem ideação suicida, 63% eram mulheres, 61% eram brancos, 27% eram afro-americanos e 9% eram hispânicos; 25% tinham entre 18 e 30 anos, 24% entre 31 e 50 anos, 21% entre 51 e 65 anos e 30% tinham 65 anos ou mais. Pacientes com ideação suicida tinham maior probabilidade de ter entre 18 e 50 anos de idade e menor probabilidade de serem afro-americanos (Cooper-Patrick et al., 1994).

Validade concorrente. O SIS-Q foi desenvolvido utilizando análises de regressão logística stepwise. Os quatro itens foram escolhidos com base na força de sua associação com ideação e comportamento suicida. O SIS-Q identificou corretamente 84% dos pacientes clínicos gerais com ideação suicida (ou seja, pensamentos de cometer suicídio durante o último ano).

Resumo e avaliação. Embora o Questionário de Triagem de Ideação Suicida possa ser útil para triar pacientes clínicos que possam estar em risco de ideação suicida, os itens não avaliam quaisquer comportamentos relacionados ao suicídio (O'Carroll et al., 1996). Os achados de Cooper-Patrick et al. (1994) precisam ser replicados em outros estudos.

Escala de Hamilton para Avaliação da Depressão (Item Suicídio)

Descrição. A Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HRSD; Hamilton, 1960) é uma medida amplamente utilizada, administrada por entrevistador, da gravidade dos sintomas depressivos. O item de suicídio da HRSD consiste em 4 classificações de comportamento suicida: 0 ("ausente"), 1 ("sente que a vida não vale a pena ser vivida ou tem pensamentos de possível morte"), 2 ("deseja estar morto"), 3 ("ideias ou gestos suicidas") ou 4 ("tentativas de suicídio").

Confiabilidade. Reynolds (1991b) relatou um alto nível de confiabilidade interavaliadores ($r = 0,92$) para o item de suicídio da HRSD. A confiabilidade teste-reteste para este item em um período de 3 dias é adequada ($r = 0,64$; Williams, 1988).

Validade concorrente. O item de suicídio da HRSD apresentou alta correlação com o Questionário de Ideação Suicida para Adultos (Reynolds, 1991b), a Escala de Ideação Suicida (Beck et al., 1997) e o item de suicídio do Inventário de Depressão de Beck (Beck & Steer, 1988). Em uma amostra de pacientes psiquiátricos idosos (60 anos ou mais), a gravidade da intenção em tentativas anteriores, o baixo suporte social e a gravidade da depressão (score total da HRSD menos o item de suicídio) foram preditores significativos de ideação suicida (item de suicídio da HRSD >0 ; Alexopolous, Bruce, Hull, Sirey & Kakuma, 1999).

Validade preditiva. A validade preditiva deste item foi investigada em um estudo prospectivo.

Estudo sobre fatores de risco para suicídio em pacientes psiquiátricos ambulatoriais (Brown et al., 2000).

Esses resultados (não publicados) indicaram que pacientes que obtiveram pontuação igual ou superior a 2 no item de suicídio da HRSD apresentaram 4,9 vezes mais chances (IC 95%: 2,7 – 9,0) de cometer suicídio do que pacientes com pontuação inferior a 2.

Resumo e avaliação. Embora haja algumas evidências de que o item de suicídio da HRSD embora esteja associado a outras medidas de ideação suicida e suicídio consumado, este item não mede ideação suicida ou tentativas de suicídio conforme proposto por O'Carroll et al. (1996).

Inventário de Depressão de Beck (Item de Suicídio)

Descrição. Tanto o Inventário de Depressão de Beck (BDI; Beck & Steer, 1988) quanto o O Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II; Beck, Steer e Brown, 1996) é uma escala de autoavaliação com 21 itens que mede sintomas depressivos. Ambas as escalas contêm um item idêntico sobre suicídio, composto por quatro opções de resposta: 1 (“Não tenho pensamentos suicidas”), 2 (“Tenho pensamentos suicidas, mas não os concretizaria”), 3 (“Gostaria de me matar”) e 4 (“Me mataria se tivesse a oportunidade”).

Validade concorrente. O item de suicídio do BDI apresentou correlação moderada. ($r_s = 0,56$ a $0,58$) com a Escala de Ideação Suicida de Beck para amostras psiquiátricas de pacientes internados e ambulatoriais (Beck & Steer, 1991).

Validade preditiva. A validade preditiva deste item foi investigada utilizando dados de um estudo prospectivo dos fatores de risco para suicídio em pacientes psiquiátricos ambulatoriais (Brown et al., 2000). Esses resultados (não publicados) indicaram que pacientes que obtiveram uma pontuação de 2 ou mais no item de suicídio do BDI apresentaram uma probabilidade 6,9 vezes maior (IC 95%: 3,7-12,6) de cometer suicídio do que pacientes que obtiveram uma pontuação inferior a 2.

Resumo e avaliação. O item de suicídio do BDI apresenta boa validade concorrente e preditiva em alguns estudos. O item mensura ideação suicida de forma consistente com a nomenclatura de O'Carroll et al. (1996). O item pode ser útil para mensurar flutuações na ideação suicida ao longo do tratamento. Este item também pode ser uma ferramenta de triagem útil, indicando a necessidade de uma avaliação mais completa da ideação suicida durante o curso do tratamento.

Desespero

Escala de Desesperança de Beck

Descrição. A Escala de Desesperança de Beck (BHS; Beck & Steer, 1988) é um instrumento de autoavaliação. Instrumento composto por 20 afirmações de verdadeiro ou falso, elaborado para avaliar a extensão das crenças positivas e negativas sobre o futuro durante a última semana. Cada uma das 20 afirmações recebe uma pontuação de 0 ou 1. A pontuação total é calculada somando as respostas pessimistas para cada um dos 20 itens. A pontuação total do BHS varia de 0 a 20. O BHS leva menos de 5 minutos para ser concluído.

Amostras estudadas. A Escala de Comportamento Suicida de Beck (BHS) foi padronizada utilizando pacientes psiquiátricos internados e ambulatoriais (Beck et al., 1974; Beck & Steer, 1988). A amostra principal incluiu pacientes que relataram ideação suicida ou que tentaram suicídio. Entre os pacientes com ideação suicida, 54% eram mulheres; 62% eram brancos e 38% eram afro-americanos; a idade média era de 34 anos (DP = 2,5). Entre os pacientes que tentaram suicídio, 58% eram mulheres; 51% eram brancos e 48% eram afro-americanos; a idade média era de 30 anos (DP = 10,7). Outras amostras incluíram pacientes com dependência de álcool, dependência de heroína, depressão maior de episódio único, depressão maior recorrente e transtorno distímico (Beck & Steer, 1988). A BHS tem sido utilizada em inúmeros estudos envolvendo ideação ou comportamento suicida.

Dimensionalidade. Uma análise de componentes principais da Escala de Saúde de Beck (BHS) para pessoas que tentaram suicídio revelou três componentes: (1) sentimentos sobre o futuro, (2) perda de motivação e (3) expectativas futuras (Beck et al., 1974). Em um estudo subsequente, Steer, Beck e Brown (1997) descobriram que a BHS era composta por dois fatores: Pessimismo em relação ao futuro (4 itens) e Resignação (3 itens). Essa estrutura fatorial foi mantida para pacientes ambulatoriais diagnosticados com transtornos primários de humor ou transtornos primários de ansiedade.

Confiabilidade. Beck e Steer (1988) relataram alta confiabilidade interna em diversas populações clínicas e não clínicas, com índices de confiabilidade Kuder-Richardson variando de 0,87 a 0,93.

O BHS apresenta confiabilidade teste-reteste adequada em uma semana em uma amostra de pacientes psiquiátricos ambulatoriais ($r = 0,69$; Beck & Steer, 1988) e alta confiabilidade teste-reteste em três semanas em uma amostra de estudantes universitários ($r = 0,85$; Holden & Fekken, 1988).

Validade concorrente. O BHS apresenta correlações moderadas a altas ($r_s = 0,62$ a $0,74$) com a Escala de Desesperança de Beck (BHS) avalia clinicamente a desesperança em pacientes em consultórios de atenção primária e em pacientes que tentaram suicídio em ambientes hospitalares (Beck et al., 1974). Embora a BHS tenha apresentado pontuações significativamente mais altas em pacientes que tentaram suicídio do que em pacientes que não tentaram em diversos estudos (Mann, Waternaux, Haas e Malone, 1999; Rifai, George, Stack, Mann e Reynolds, 1994), outras pesquisas indicaram que apenas pacientes com múltiplas tentativas de suicídio apresentaram pontuações mais altas na BHS do que aqueles com uma única tentativa ou ideação suicida (Rudd, Joiner e Rajab, 1996). Kaslow et al. (2000) relataram que mulheres afro-americanas que tentaram suicídio apresentaram pontuações mais altas na BHS do que pacientes de atendimento médico geral em um pronto-socorro. Os coeficientes de correlação entre a BHS e o item Pessimismo do Inventário de Depressão de Beck variam de 0,42 a 0,64 em amostras clínicas (Beck e Steer, 1988). Outros estudos encontraram associações significativas entre o BHS e a intenção suicida, medida pela Escala de Intenção Suicida (Beck, Steer e McElroy, 1982; Dyer e Kreitman, 1984; Kovacs, Beck e Weissman, 1975; Weissman, Beck e Kovacs, 1979). Verificou-se que o BHS está moderadamente correlacionado ($r = 0,46$) com ideação suicida (IS) em uma amostra de pacientes psiquiátricos ambulatoriais (Beck, Steer, Beck e Newman, 1993).

Validade preditiva. O BHS foi estabelecido como um importante fator de risco para suicídio. Em estudos prospectivos com pacientes psiquiátricos em ambientes hospitalares e ambulatoriais (Beck et al., 1990; Beck et al., 1989; Beck et al., 1985; Brown, Beck, Steer & Grisham, 2000; Drake & Cotton, 1986; Fawcett et al., 1987; Fawcett et al., 1990; Nordstrom et al., 1995), observou-se que pacientes com pontuação igual ou superior a 9 na Escala de Desesperança de Beck (BHS) apresentaram probabilidade aproximadamente 11 vezes maior de cometer suicídio do que aqueles com pontuação igual ou inferior a 8 (Beck et al., 1989). De fato, pesquisas recentes indicaram que pacientes cuja desesperança não apresenta mudanças significativas com o tratamento psiquiátrico podem ter maior probabilidade de cometer suicídio (Dahlsgaard, Beck & Brown, 1998). Pesquisas anteriores também indicaram que níveis estáveis de desesperança em pacientes com depressão em remissão eram mais preditivos de tentativas de suicídio do que altos níveis de desesperança em qualquer momento (Young, Fogg, Scheftner, Fawcett, Akiskal e Maser, 1996). Em um estudo com pacientes hospitalizados que tentaram suicídio, Petrie, Chamberlain e Clarke (1988) descobriram que a Escala de Desesperança de Beck (BHS) fornecia uma estimativa única de tentativas de suicídio subsequentes.

Sensibilidade à mudança. Reduções nos escores da BHS atribuíveis a intervenções psiquiátricas foram relatadas. Por exemplo, Rush, Beck, Kovacs, Weissenberger e Hollon (1982) descobriram que pacientes deprimidos que receberam terapia cognitiva com o objetivo de reduzir a desesperança apresentaram maiores reduções nos escores da BHS do que pacientes que receberam imipramina e não terapia cognitiva. Mudanças nos escores da BHS também foram associadas a mudanças na sintomatologia depressiva. A BHS tem sido associada à mudança de sintomas clínicos em muitos ensaios clínicos randomizados com pacientes de alto risco ou com ideação suicida (por exemplo, Linehan, Armstrong, Suarez,

Allman e Heard, 1991; McLeavey, Daly, Ludgate e Murray, 1994; Patsiokas & Clum, 1985; Rudd, Rajab, Orman, Stulman, Joiner e Dixon, 1996; Salkovskis, Atha e Storer, 1990; Szanto, Reynolds, Conwell, Begley e Houck, 1998; Van der Sande, Van Rooifen, Buskens, Allart, Hawton, Van der Graff e Van Engeland, 1997; Verkes, Van der Mast, Hengeveld, Tuyl, Zwinderman, AH e Van Kempen, 1998).

Resumo e avaliação. A Escala de Desesperança de Beck (BHS) é uma das medidas de desesperança mais utilizadas. A escala apresenta excelente consistência interna e confiabilidade teste-reteste. A validade concorrente está bem estabelecida em uma ampla variedade de amostras e tem sido frequentemente utilizada em estudos de resultados de tratamento. Diversos estudos têm corroborado a validade preditiva da BHS para tentativas de suicídio e suicídio consumado.

Razões para Viver

Inventário de Razões para Viver de Linehan

Descrição. O Inventário de Razões para Viver (LRFL; Linehan, Goodstein, Nielsen e Chiles, 1983) é um instrumento de autoavaliação com 48 itens que avalia as crenças e expectativas de não cometer suicídio. O instrumento pode ser usado para explorar as diferenças nas razões para viver entre indivíduos que apresentam comportamento suicida e aqueles que não apresentam. Cada item é avaliado em uma escala de 6 a 10.

A escala Likert de 1 ponto varia de 1 (“nada importante”) a 6 (“extremamente importante”). O LRFL consiste em seis subescalas e uma escala total. As subescalas incluem: Crenças de Sobrevivência e Enfrentamento (24 itens), Responsabilidade Familiar (7 itens), Preocupações Relacionadas aos Filhos (3 itens), Medo do Suicídio (7 itens), Medo da Desaprovação Social (3 itens) e Objeções Morais (4 itens). As subescalas e a escala total são pontuadas somando-se os itens e dividindo-se pelo número de itens.

Uma versão do LRFL com 72 itens também está disponível. O LRFL parte do pressuposto de que crenças e expectativas adaptativas podem servir como fatores de proteção contra o comportamento suicida em adultos. A aplicação do LRFL com 48 itens leva aproximadamente 10 minutos.

Amostras estudadas. O LRFL foi padronizado utilizando voluntários de um estabelecimento comercial, pacientes psiquiátricos e de saúde mental em ambiente hospitalar (Linehan et al., 1983). Na amostra não clínica, 52% eram mulheres e a idade média era de 36 anos. Na amostra clínica, 64% eram mulheres e a idade média era de 34 anos. Malone e colegas (Malone et al., 2000) examinaram o LRFL em 84 pacientes internados com depressão, metade dos quais havia tentado suicídio. As idades dos pacientes variavam de 18 a 80 anos, 55% eram mulheres e 25% não eram caucasianos. O LRFL também foi utilizado em amostras de estudantes universitários (Osman, Gifford, Jones, Lickiss, Osman & Wenzel, 1993). Nessa amostra, 68% eram mulheres e a idade média era de 20 anos.

Dimensionalidade. A seleção das seis subescalas baseou-se em quatro análises fatoriais separadas, realizadas em duas amostras de voluntários adultos saudáveis (Linehan et al., 1983). Os fatores do LRFL foram replicados em amostras de estudantes universitários (Osman, Gregg, Osman & Jones, 1992; Osman, Gifford, Jones, Lickiss, Osman & Wenzel, 1993). No entanto, análises fatoriais confirmatórias encontraram apenas suporte moderado para a solução de seis fatores em pacientes psiquiátricos (Osman, Kopper, Linehan, Barrios, Gutierrez & Bagge, 1999).

Confiabilidade. O LRFL apresenta alta confiabilidade interna, com coeficientes alfa de Cronbach variando de 0,72 a 0,92 para cada subescala e 0,89 para a escala total do LRFL (Linehan et al., 1983; Osman, Gifford, et al., 1993). A confiabilidade teste-reteste em um período de três semanas é moderadamente alta, com coeficientes de confiabilidade variando de 0,75 a 0,85 para as seis subescalas (Osman, Jones & Osman, 1991).

Validade concorrente. Linehan e seus colaboradores (1983) descobriram que quatro das subescalas - Sobrevivência e Enfrentamento, Responsabilidade para com a Família, Preocupações Relacionadas aos Filhos e Objeções Morais - apresentaram correlação negativa com medidas de ideação suicida ($r = -0,13$ a $-0,53$) e probabilidade de suicídio ($r = -0,28$ a $-0,67$). Resultados semelhantes foram relatados em outros estudos (Bonner & Rich, 1991; Cole, 1989; Osman et al., 1993; Range & Antonelli, 1990). A subescala de Sobrevivência e Enfrentamento apresentou correlação negativa com o Inventário de Depressão de Beck ($r = -0,68$), a Escala de Desesperança de Beck ($r = -0,71$) e a Escala de Intenção Suicida ($r = -0,42$) em uma amostra de pacientes parassuicidas hospitalizados (Strosahl, Chiles & Linehan, 1992). Neste estudo, a subescala de Sobrevivência e Enfrentamento foi o preditor isolado mais importante da intenção suicida. O LRFL também apresentou correlação moderada e negativa com a Escala de Ideação Suicida ($-0,64$) e com a Escala de Desesperança de Beck ($-0,63$) em uma amostra de estudantes universitários (Dean, Range e Goggin, 1996). Em amostras de pacientes psiquiátricos internados em fase aguda e de longa duração, no entanto, o LRFL apresentou correlações quase insignificantes ($r = -0,19$) a baixas ($r = 0,41$) com as escalas de conteúdo do Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota-2 (Linehan et al., 1983; Osman et al., 1999), bem como correlações insignificantes a baixas com a deseabilidade social (Linehan et al., 1983). A LRFL diferenciou pacientes psiquiátricos internados de controles (Strosahl, Chiles e Linehan, 1992), indivíduos que tentaram suicídio de controles psiquiátricos (Mann et al., 1999; Osman et al., 1999; Malone et al., 2000) e indivíduos que tentaram suicídio de indivíduos com ideação suicida (Linehan et al., 1983). Em estudantes universitários, algumas das subescalas da LRFL diferenciaram indivíduos suicidas de não suicidas (Connell e Meyer, 1991; Osman et al., 1993).

Sensibilidade à mudança. O LRFL foi associado a diminuições na depressão, desesperança e ideação suicida em pacientes do sexo feminino tratadas para transtorno de personalidade borderline (Linehan, Armstrong, Suarez, Allman & Heard, 1991).

Resumo e avaliação. O LRFL apresenta alta confiabilidade interna e boa consistência teste-reteste. A confiabilidade e a validade concorrente desta medida também foram estabelecidas. Esta medida pode ser uma ferramenta útil para medir mudanças nas crenças sobre os motivos da vida em intervenções que visam reduzir comportamentos suicidas.

Breve Inventário de Razões para Viver

Descrição. O Inventário Breve de Razões para Viver (BRFL; Ivanoff, Jang, Smyth e Linehan, 1994) é um instrumento de autoavaliação com 12 itens que avalia as crenças sobre não cometer suicídio caso o pensamento surja. Os 12 itens foram extraídos do Inventário de Razões para Viver de Linehan. Dois itens de cada subescala foram mantidos no BRFL. Cada item é avaliado em uma escala Likert de 6 pontos, variando de 1 ("nada importante") a 6 ("extremamente importante").

A pontuação total da escala é obtida somando-se os itens e dividindo-se pelo número de itens. A aplicação do BRFL leva aproximadamente 3 minutos.

Amostra estudada. O BRFL foi desenvolvido utilizando homens adultos encarcerados (Ivanoff et al., 1994). A idade média da amostra era de 26 anos. Os participantes da amostra eram 27% afro-americanos, 38% latinos/hispânicos e 32% brancos.

Dimensionalidade. Uma análise fatorial do BRFL revelou seis fatores com 2 itens em cada fator. Os fatores incluíram Responsabilidade para com a Família, Obrigações Morais, Preocupações Relacionadas aos Filhos, Medo da Desaprovação Social, Crenças de Sobrevivência e Enfrentamento e Medo do Suicídio (Ivanoff et al., 1994).

Confiabilidade. O BRFL apresenta consistência interna moderadamente alta, conforme indicado por um coeficiente alfa de Cronbach de 0,86 (Ivanoff et al., 1994).

Validade concorrente. A escala total do BRFL apresentou alta correlação com a escala total do Inventário de Razões para Viver de Linehan, composta por 48 itens ($r = 0,94$). Correlações de moderadas a altas,

Foram encontradas correlações variando de 0,58 a 0,73 entre as subescalas do BRFL e as subescalas correspondentes do LRFL. O BRFL apresentou associação negativa e significativa com ideação suicida, medida pela Escala de Ideação Suicida (Ivanoff et al., 1994). Em uma amostra clínica ambulatorial, o BRFL apresentou correlação negativa com a Escala de Ideação Suicida de Beck (-0,42) e com a Escala de Desesperança de Beck (-0,39; Dean & Range, 1999).

Resumo e avaliação. O BRFL apresenta boa consistência interna e é altamente correlacionado com o LRFL. Mais estudos são necessários para replicar esses achados.

Inventário de motivos para um estudante universitário morar sozinho

Descrição. O Inventário de Razões para Viver do Estudante Universitário (CSRLI; Westefeld, Cardin e Deaton, 1992) é um instrumento de autoavaliação com 46 itens, desenvolvido para avaliar as razões que estudantes universitários podem ter para não cometer suicídio, caso já tenham tido esse pensamento. Os respondentes classificam cada item usando uma escala Likert de 1 ("nada importante") a 6 ("extremamente importante"). O CSRLI consiste em uma escala total e seis subescalas: Crenças de Sobrevivência e Enfrentamento (10 itens), Preocupações Relacionadas à Universidade e ao Futuro (10 itens), Objeções Morais (6 itens), Responsabilidade para com Amigos e Família (8 itens), Medo do Suicídio (7 itens) e Medo da Desaprovação Social (5 itens). A pontuação das subescalas e da escala total é obtida somando-se os itens e dividindo-se pelo número de itens. A aplicação do CSRLI leva aproximadamente 10 minutos.

Amostras estudadas. O CSRLI foi desenvolvido com amostras não clínicas de estudantes universitários (Westefeld, Cardin e Deaton, 1992), incluindo estudantes universitários afro-americanos (Westefeld, Badura, Kiel e Scheel, 1996). Mais recentemente, o CSRLI tem sido utilizado com estudantes universitários que buscam aconselhamento ambulatorial (Westefeld, Scheel e Maples, 1998). Na amostra clínica, 66% eram do sexo feminino e a idade média era de 20 anos, variando de 18 a 43 anos.

Dimensionalidade. Diversas análises fatoriais identificaram seis fatores usando amostras independentes de estudantes universitários (Westefeld, Cardin e Deaton, 1992).

Confiabilidade. Cinco das seis subescalas do CSRLI apresentam confiabilidade interna moderadamente alta, com coeficientes alfa de Cronbach variando de 0,73 a 0,93. A subescala de Medo da Aprovação Social apresenta menor consistência interna, com coeficientes alfa de Cronbach variando de 0,45 a 0,71 (Westefeld et al., 1992; Westefeld, Badura, Kiel & Scheel, 1996; Westefeld, Scheel & Mapels, 1998). A escala total do CSRLI apresenta alta confiabilidade interna, com coeficientes alfa de Cronbach variando de 0,90 a 0,93 (Westefeld et al., 1996; Westefeld, Scheel & Mapels, 1998).

Validade concorrente. A escala total e quatro das seis subescalas do CSRLI - Sobrevivência e Crenças de enfrentamento, preocupações relacionadas à faculdade e ao futuro, objeção moral e medo da desaprovação social apresentam correlações negativas ($r_s = -0,19$ a $-0,47$) com o Inventário de Depressão de Beck (Westefeld et al., 1992). Além disso, quatro subescalas (Crenças de sobrevivência e enfrentamento, Preocupações relacionadas à faculdade e ao futuro, Objeção moral e Responsabilidade para com a família e os amigos) diferenciaram estudantes universitários com maior risco de suicídio daqueles com menor risco (Westefeld et al., 1992). Em uma amostra de estudantes universitários em busca de aconselhamento ambulatorial, a escala total do CSRLI, a subescala Crenças de sobrevivência e enfrentamento e a subescala Preocupações relacionadas à faculdade e ao futuro apresentaram valores significativamente menores para estudantes que relataram ideação suicida atual do que para estudantes que não relataram ideação suicida (Westefeld, Scheel e Maples, 1998).

Resumo e avaliação. As subescalas e a escala total do CSRLI apresentam robustez interna adequada. Confiabilidade e associações modestas com depressão. As preocupações relacionadas à faculdade e ao futuro. A subescala é uma medida singular das crenças sobre os motivos para viver entre estudantes universitários e pode ser útil como medida de mudanças nessas crenças em estudos de intervenção.

Atitudes e conhecimento do prestador de serviços

Descrição do Questionário de Opinião

sobre Suicídio. O Questionário de Opinião sobre Suicídio (SOQ; Domino, Gibson, Poling & Westlake, 1980; Domino, Moore, Westlake & Gibson, 1982) consiste em 100 itens de autorrelato que avaliam as atitudes de profissionais de saúde em relação ao suicídio. Cada item é avaliado em uma escala Likert de 1 ("Concordo totalmente") a 5 ("Discordo totalmente"). Exemplos incluem: "Eu me sentiria envergonhado(a) se um membro da minha família cometesse suicídio"; "A maioria das pessoas que tentam suicídio são solitárias e deprimidas"; e "O suicídio é um meio aceitável para acabar com uma doença incurável".

Amostras estudadas. O SOQ foi aplicado em uma ampla variedade de amostras nacionais e internacionais e em diferentes grupos religiosos. O SOQ foi aplicado a profissionais de saúde mental, incluindo médicos de família, psiquiatras, psicólogos, enfermeiros e auxiliares psiquiátricos, assistentes sociais, atendentes de linhas de crise e membros do clero (Swain & Domino, 1985). Além disso, o SOQ foi utilizado com estudantes do ensino médio (Domino, 1990), estudantes universitários e de pós-graduação (Domino, 1988; Domino; Moore, Westlake, & Gibson, 1982; Rogers & DeShon, 1992); estudantes de medicina (Domino & Takahashi, 1991); donas de casa, bombeiros, funcionários administrativos e frequentadores de shoppings (Domino et al., 1982); e pessoas que tentaram suicídio (Limbacher & Domino, 1985).

Dimensionalidade. Análises fatoriais indicaram que o número de fatores para o SOQ varia de 5 (Domino, 1980) a 15 (Domino et al., 1982). Análises fatoriais recentes identificaram 8 fatores, incluindo: Doença Mental, Pedido de Ajuda, Direito à Morte Digna, Religião, Impulsividade, Normalidade, Agressão e Moralidade (Domino, MacGregor e Hannah, 1988-1989; Domino e Perrone, 1993; Domino e Su, 1994-1995). Dada a inconsistência na estrutura fatorial do SOQ de 100 itens, Rogers e DeShon (1992, 1995) propuseram um modelo de 5 fatores utilizando 52 itens do SOQ.

Confiabilidade. As estimativas de confiabilidade teste-reteste indicaram que as 8 subescalas apresentam confiabilidade teste-reteste de moderadamente alta a alta em uma ampla variedade de intervalos (de 2 semanas a 18 meses). Os índices de confiabilidade teste-reteste variaram de 0,73 a 0,96 em diversas amostras americanas e internacionais (Domino, 1996).

Validade concorrente. O SOQ apresentou correlação significativa com o Potencial Suicida. Escala de Avaliação (Holmes & Howard, 1980) em profissionais de saúde mental (Swain & Domino, 1985). Em um estudo com estudantes universitários de graduação, Limbacher e Domino (1985-1986) relataram que o SOQ discriminou entre estudantes que haviam tentado suicídio, contemplado o suicídio ou não haviam tentado suicídio. Esses resultados indicaram que aqueles que tentaram suicídio e aqueles que contemplaram o suicídio eram mais receptivos ao suicídio do que aqueles que não tentaram. Além disso, os homens eram mais receptivos ao suicídio do que as mulheres.

Escala de Letalidade Potencial de Suicídio

Descrição. A Escala de Avaliação do Potencial Suicida, também chamada de Escala de Letalidade Suicida (SPLS; Litman & Farberow, 1961; Holmes & Howard, 1980), é um questionário de autorrelato que avalia o conhecimento geral sobre suicídio. A SPLS consiste em 13 itens. Cada item possui quatro opções de resposta. Um exemplo de um dos itens é o seguinte: "As pessoas com maior probabilidade de cometer suicídio são (a) mulheres com menos de 50 anos de idade, (b) mulheres com mais de 50 anos de idade, (c) homens com menos de 50 anos de idade ou (d) homens com mais de 50 anos de idade."

As respostas são classificadas como corretas ou incorretas.

Amostras estudadas. O SPLS foi aplicado a médicos, psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, ministros religiosos e estudantes universitários (Holmes & Howard, 1980).

Validade concorrente. Estudos descobriram que profissionais de saúde mental obtiveram mais respostas corretas no SPLS do que ministros religiosos e estudantes universitários. Médicos e psiquiatras apresentaram mais respostas corretas do que outros profissionais de saúde mental (Domino & Swain, 1985-1986; Holmes & Howard, 1980; Swain & Domino, 1985). Profissionais que conheciam uma vítima de suicídio (Domino & Swain, 1985-1986) ou que tinham maior probabilidade de ter contato com pacientes suicidas (Holmes & Howard, 1980) responderam a mais perguntas corretamente do que outros profissionais. Em uma amostra de psicólogos com mestrado e doutorado, o número de anos de experiência não foi importante para reconhecer sinais de potencial letalidade.

Inventário de Resposta à Intervenção em Casos de Suicídio

Descrição. O Inventário de Resposta à Intervenção em Suicídio (SIRI; Neimeyer & MacInnes, 1981) foi desenvolvido para avaliar a capacidade de conselheiros paraprofissionais em reconhecer respostas apropriadas a clientes com ideação suicida. O SIRI é um questionário de autoavaliação com 25 itens. O SIRI apresenta uma série de observações hipotéticas do cliente, seguidas por duas possíveis respostas de "ajuda". Uma resposta é considerada facilitadora para a prevenção do suicídio e a outra é neutra ou prejudicial à intervenção eficaz. A pontuação total do SIRI é o número de respostas corretas. As pontuações totais podem variar de 0 a 25. O SIRI leva cerca de 10 minutos para ser preenchido.

Amostras estudadas. O SIRI foi aplicado a conselheiros de crise, voluntários experientes, estudantes de psicologia inexperientes (Neimeyer & MacInnes, 1981), estudantes de medicina (Neimeyer & Diamond, 1983) e estudantes de pedagogia (Cotton & Range, 1992).

Dimensionalidade. As análises fatoriais do SIRI revelaram quatro fatores: Reflexão de Sentimentos Negativos, Elaboração da Queixa, Exploração da Suicidalidade e Envolvimento (Neimeyer & Harley, 1986). Em uma tentativa de replicar a estrutura fatorial, Cotton & Range (1992) descobriram que o primeiro fator explicava uma variância significativamente maior do que os outros fatores.

Confiabilidade. O SIRI demonstrou confiabilidade interna adequada, com índices alfa de Kuder-Richardson variando de 0,83 (Cotton & Range, 1992) a 0,84 (Neimeyer & MacInnes, 1981). O SIRI apresenta altas correlações teste-reteste ($r = 0,86$) ao longo de um período de 3 meses (Neimeyer & MacInnes, 1981).

Validade concorrente. O SIRI discriminou entre grupos de respondentes com diferentes níveis de habilidades em aconselhamento sobre suicídio. Por exemplo, Neimeyer e MacInnes (1981) descobriram que conselheiros de crise veteranos obtiveram as maiores pontuações no SIRI, seguidos por voluntários menos experientes e, por fim, por estudantes de psicologia sem treinamento. Da mesma forma, o SIRI discriminou entre estudantes de medicina do terceiro e do primeiro ano (Neimeyer e Diamond, 1983) e entre conselheiros de crise com mais e menos experiência (Cotton e Range, 1992). O SIRI não apresentou relação com opiniões sobre a ética do suicídio (Neimeyer e Diamond, 1983), o grau de ansiedade em relação à morte (Neimeyer e Neimeyer, 1984) ou o conhecimento abstrato sobre fatores de risco de suicídio (Inman, Bascue, Kahn e Shaw, 1984).

Sensibilidade à mudança. As pontuações do SIRI melhoraram entre os novos paraprofissionais que receberam treinamento em intervenção em crises. Em contraste, as pontuações do SIRI não melhoraram para os controles que não receberam treinamento (Neimeyer & MacInnes, 1981).

Inventário de Resposta à Intervenção em Suicídio-2

Descrição. Segunda edição do Inventário de Resposta à Intervenção em Suicídio (SIRI-2; Neimeyer & Bonnelle, 1997) foi desenvolvido para eliminar o efeito teto com maior habilidade.

estagiários e melhorar a sensibilidade do instrumento. O SIRI original consistia em dois auxiliares. As respostas a cada um dos 25 itens. A escala dicotômica usada no SIRI original foi substituída por uma escala Likert de 7 pontos para indicar a adequação de cada observação do cuidador. Cada item é pontuado de +3 ("resposta altamente adequada") a 0 ("resposta nem adequada nem inadequada") e -3 ("resposta altamente inadequada"). O SIRI-2 pode ser pontuado de acordo com o número de respostas corretas, bem como por uma pontuação mais refinada que reflete a discrepância entre a avaliação do sujeito e a avaliação média endossada pelos especialistas.

Amostras estudadas. O SIRI-2 foi aplicado a estagiários de aconselhamento de nível de mestrado e estudantes de psicologia (Neimeyer & Bonnelle, 1997).

Confiabilidade. O SIRI-2 apresenta alta confiabilidade interna, com coeficientes alfa variando de 0,90 a 0,93. O SIRI-2 apresenta alta confiabilidade teste-reteste em um período de 2 semanas ($r = 0,92$; Neimeyer & Bonnelle, 1997).

Validade concorrente. O SIRI e o SIRI-2 apresentaram correlação negativa e significativa entre si ($r_s = -0,84$ a $-0,88$). O SIRI-2 discriminou entre conselheiros com mestrado e estudantes universitários iniciantes (Neimeyer & Bonnelle, 1997).

Sensibilidade à mudança. Os escores do SIRI-2 melhoraram significativamente com a educação em prevenção do suicídio. intervenção. Em contraste, enquanto nenhum efeito de treinamento foi detectado pelo SIRI neste estudo (Neimeyer & Bonnelle, 1997).

Questionário sobre depressão e suicídio na terceira idade

Descrição. O Questionário sobre Depressão e Suicídio na Terceira Idade (QDSSL; Pratt, Wilson, Benthin & Schmall, 1992) foi desenvolvido para avaliar o nível de conhecimento do público em geral e de profissionais de serviços comunitários sobre depressão e suicídio em idosos. O QDSSL consiste em 12 itens de verdadeiro ou falso.

Amostras estudadas. O QDSSL foi padronizado utilizando estudantes universitários e membros da comunidade. adultos e prestadores de serviços (por exemplo, paraprofissionais que ofereciam serviços de apoio, nutrição, transporte, recreação ou atendimento domiciliar).

Confiabilidade. O QDSSL possui um alto nível de consistência interna, conforme demonstrado pelo teste de Kuder-Coefficiente Richardson-20 ($KR-20 = 0,85$; Pratt et al., 1992).

Sensibilidade à mudança. Os participantes que frequentaram um workshop sobre depressão na terceira idade apresentaram uma melhoria significativa no questionário sobre depressão e suicídio, quando comparados com um grupo de controle (Pratt et al., 1992).

Medidas no Desenvolvimento

Escala InterSePT para Pensamentos Suicidas

A Escala InterSePT para Pensamentos Suicidas (ISST; Lindenmayer, Czobor, Alphas, Anand, Islam e Pestreich (2001) é um novo instrumento para a avaliação da ideação suicida atual em pacientes com esquizofrenia. Essa medida de 12 itens foi derivada da Escala de Ideação Suicida (Beck, Schuyler e Herman, 1974). Ela foi modificada para quantificar o pensamento suicida consciente e manifestamente expresso em pacientes esquizofrênicos, por meio da investigação de diversos pensamentos e desejos suicidas durante uma entrevista semiestruturada de 20 a 30 minutos, conduzida por um profissional clínico. A ISST é avaliada em três níveis de intensidade crescente (0, 1 ou 2), e a pontuação total é a soma das pontuações dos itens individuais. Sua confiabilidade e validade foram avaliadas em duas amostras de pacientes ($N=22$, $N=980$) com internações recentes por tentativas de suicídio ou ideação suicida recente. A primeira encontrou alta confiabilidade interavaliadores ($ICC = 0,895$) para as pontuações totais da ISST entre três avaliadores independentes que entrevistaram 22 pacientes internados com esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo.

transtorno. A validade relacionada ao critério, com a Escala de Impressão Clínica Global para Gravidade da Suicidalidade (CGI-SS) e tentativas de suicídio recentes, foi excelente para uma segunda amostra de 980 pacientes com esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo e histórico de ideação suicida nos últimos 36 meses. A confiabilidade interna foi alta para a segunda amostra (alfa de Cronbach variando de 0,86 a 0,90).

Contagem de tentativas de suicídio ao longo da vida

A Contagem de Tentativas de Suicídio ao Longo da Vida (Comtois & Linehan, 1999) é um instrumento administrado por um profissional clínico que obtém uma visão geral do comportamento parassuicida ao longo da vida. Este instrumento fornece informações breves, incluindo a intenção suicida e a gravidade clínica, sobre o primeiro incidente, o incidente mais recente e o comportamento parassuicida mais grave. Ele também apresenta um gráfico de todos os métodos utilizados e indica a frequência dos comportamentos parassuicidas por intenção (tentativa de suicídio, tentativa de suicídio ambivalente, autolesão não suicida) e maior gravidade clínica (nenhuma, consulta médica, atendimento em pronto-socorro, internação em unidade de internação, internação em UTI). Este instrumento foi desenvolvido para uso com adultos, mas também tem sido utilizado com adolescentes (Mori et al., 1999; Velting & Miller, 1999).

Inventário de Razões para Viver - Idosos

Uma medida recentemente desenvolvida para idosos é a Escala de Razões para Viver - Idosos. Questionário para adultos (RFL-OA; Edelstein, McKee e Martin, 1999). Assim como a Escala de Razões para Viver de Linehan para adultos mais jovens (Linehan et al., 1983), o RFL-OA foi desenvolvido como um índice de razões pelas quais adultos mais velhos não cometeriam suicídio. O RFL-OA contém 72 itens que exigem que o respondente avalie razões individuais para viver, usando uma escala Likert de 6 pontos, com descritores que variam de "extremamente sem importância" a "extremamente importante". Esses itens foram desenvolvidos inicialmente por meio do envio de questionários a 500 adultos com 60 anos de idade ou mais, cujos nomes foram sorteados aleatoriamente de uma lista de todos os proprietários de imóveis e indivíduos com carteira de habilitação na Virgínia Ocidental. Cento e dez questionários foram devolvidos. A idade média dos participantes foi de 74,4 anos (DP = 6,08), variando de 62 a 91 anos. Sessenta e sete por cento da amostra era composta por homens e sessenta e três por cento por pessoas casadas. Os questionários solicitavam aos participantes que listassem os motivos pelos quais não cometeram suicídio, caso tivessem considerado essa possibilidade em algum momento da vida, os motivos pelos quais não o cometeriam agora e os motivos pelos quais acreditavam que outros idosos também não o fariam. Motivos idênticos foram eliminados dessas listas, resultando nas 72 afirmações que compõem a RFL-OA. O desenvolvimento da RFL-OA continua em andamento. A confiabilidade interna dessa medida é alta (alfa = 0,96).

Discussão

Conforme demonstrado por esta revisão, existe uma ampla variedade de medidas de comportamentos relacionados ao suicídio. Atualmente, existem instrumentos disponíveis para uso em estudos de resultados de tratamento em diversos contextos, com amostras de adultos e idosos. Muitos desses instrumentos demonstraram confiabilidade interna e validade concorrente adequadas. Apesar da proliferação de instrumentos de avaliação do suicídio, muitos desafios ainda persistem no campo da avaliação e prevenção do suicídio.

O principal objetivo da pesquisa sobre suicídio é a prevenção do suicídio ou de comportamentos relacionados ao suicídio. Portanto, é um problema sério que a validade preditiva da maioria das medidas de suicídio não tenha sido estabelecida. De fato, apenas alguns instrumentos, como a Escala de Ideação Suicida e a Escala de Desesperança de Beck, demonstraram ser fatores de risco significativos para o suicídio consumado. Determinar a validade preditiva das medidas de avaliação do suicídio é problemático devido à baixa prevalência desse comportamento. São necessárias amostras de grande porte e um delineamento de estudo prospectivo para estabelecer esse tipo de validade. Claramente, são necessárias mais pesquisas para investigar a validade *preditiva* de medidas padronizadas para tentativas de suicídio e suicídio consumado. Além disso, recomenda-se cautela aos pesquisadores ao utilizarem medidas de ideação e comportamento suicidas para avaliar a eficácia de intervenções clínicas, visto que a validade preditiva da maioria dessas medidas não foi estabelecida.

Embora se reconheça a necessidade de muitos tipos diferentes de medidas, a heterogeneidade A variedade de instrumentos utilizados para avaliar o suicídio torna a generalização dos resultados extremamente difícil. Embora o desenvolvimento de novas medidas de avaliação do suicídio possa aumentar a validade interna de um estudo individual, a comparação dos resultados entre estudos torna-se extremamente difícil se diferentes medidas forem empregadas em cada estudo. A falta de comparabilidade entre os estudos inibe o acúmulo de conhecimento sobre a etiologia do comportamento suicida e seu tratamento. Portanto, recomenda-se fortemente que os pesquisadores identifiquem e adotem um conjunto comum de medidas a serem utilizadas em estudos de intervenção em suicídio em diferentes contextos e populações. De acordo com essa recomendação, não é aconselhável que os pesquisadores desenvolvam novas medidas específicas para cada estudo sobre comportamento suicida, a menos que haja uma justificativa clara para seu uso e um compromisso em estudar mais a fundo as propriedades psicométricas dessas medidas no futuro.

Outro problema na área envolve os tipos limitados de contextos em que as medidas de avaliação de suicídio foram desenvolvidas e utilizadas. Como demonstrado na Tabela 1, a maioria das medidas padronizadas de suicídio foi aplicada a pacientes em ambientes psiquiátricos ou a estudantes universitários em ambientes acadêmicos. Em contrapartida, existem poucas escalas que foram desenvolvidas ou utilizadas em serviços de emergência ou no sistema judiciário criminal. Essas medidas focam principalmente na letalidade médica das tentativas de suicídio (por exemplo, Escalas de Letalidade, Escala de Risco de Resgate e Formulário de Gravidade de Lesões Autoinfligidas). A falta de estudos que utilizem medidas padronizadas em serviços de emergência é notável, dada a alta frequência de visitas a esses serviços associadas a tentativas de suicídio.

Da mesma forma, poucos estudos empregaram medidas padronizadas de avaliação de suicídio em contextos de atenção primária. Em vez disso, muitos pesquisadores utilizaram medidas breves de triagem para avaliar o risco de suicídio. Por exemplo, Olfson e colegas utilizaram “pensamentos sobre a morte”, “desejar estar morto” e “sentir-se suicida” como itens de triagem (Olfson, Weissman, Leon, Sheehan e Farber, 1996), e Zimmerman e colegas perguntaram aos pacientes se eles tinham “pensamentos de matar”.

eles mesmos” em clínicas médicas ambulatoriais urbanas. Em outro estudo, Cooper-Patrick e colegas desenvolveram um Questionário de Triagem de Ideação Suicida (SIS-Q; Cooper-Patrick, Crum e Ford, 1994) composto por quatro questões que avaliavam distúrbios do sono, alterações de humor, culpa e desesperança durante o último ano. Outra medida de triagem para contextos de atenção primária que inclui um item sobre suicídio é o PRIME-MD (Spitzer, Williams, Kroenke et al., 1994). Embora o PRIME-MD tenha sido aplicado a um grande número de pacientes em consultórios de atenção primária, há uma escassez de pesquisas que sustentem a confiabilidade ou a validade desse item sobre suicídio. Mais pesquisas são necessárias para estabelecer as propriedades psicométricas de instrumentos de avaliação de suicídio como triagem ou como medidas de desfecho em contextos de atenção primária.

A maioria das ferramentas de avaliação de risco de suicídio foi desenvolvida para crianças, adolescentes e universitários. populações estudantis ou de jovens adultos (ver Goldston, 2000). Em contraste, existem poucas medidas especificamente desenvolvidas para populações idosas. A mensuração da ideação e do comportamento suicida em idosos é especialmente importante porque as taxas de suicídio aumentam progressivamente com a idade, sendo as mais altas observadas em homens com 75 anos ou mais em países industrializados (Pearson & Conwell, 1995). Há evidências contraditórias sobre se a ideação “passiva” ou pensamentos sobre a morte podem ser mais ou menos patológicos em alguns grupos de idosos (Gallo et al., 1998; Szanto et al., 1996). Definitivamente, são necessárias mais medidas de comportamento relacionado ao suicídio em idosos. Estudos futuros com amostras de idosos devem empregar medidas de ideação e comportamento suicida previamente desenvolvidas para adultos mais jovens, a fim de permitir comparações relacionadas à idade, bem como medidas específicas para populações idosas.

Da mesma forma, existem pouquíssimos instrumentos de avaliação de suicídio desenvolvidos especificamente para populações minoritárias. Além disso, as propriedades psicométricas da maioria dos instrumentos de avaliação de suicídio foram estabelecidas utilizando amostras predominantemente brancas. Há poucos estudos que investigaram as propriedades psicométricas em populações minoritárias (por exemplo, Blanton-Lacy, 1996) e a maioria não relatou diferenças nas características psicométricas dos instrumentos de avaliação de suicídio entre grupos étnicos. Claramente, são necessários mais estudos utilizando instrumentos de avaliação de suicídio direcionados a populações minoritárias em adultos e idosos.

Apenas alguns ensaios clínicos randomizados utilizaram medidas padronizadas de comportamento suicida (por exemplo, Hawton, McKeown, Day, Martin, O'Conner e Yule, 1987; Linehan et al., 1991; Rudd, Rajab, Orman, Stulman, Joiner e Dixon, 1996; Salkovskis, Atha e Storer, 1990). A maioria dos ensaios clínicos que avaliam o tratamento da depressão utilizou medidas padronizadas de depressão, como a Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton ou o Inventário de Depressão de Beck. Essas escalas podem fornecer apenas informações limitadas sobre comportamentos relacionados ao suicídio, pois contêm apenas itens isolados sobre suicídio. Além disso, apenas uma pequena porcentagem dos estudos sobre resultados de tratamento para depressão relatou mudanças na ideação suicida usando medidas tão breves.

Essa falta de informações publicadas é surpreendente, visto que (1) a depressão é um fator de risco para suicídio (por exemplo, Brown et al., 2000) e (2) tratamentos estabelecidos para depressão também podem reduzir a ideação suicida, de acordo com diversos estudos epidemiológicos (Jick, Dean e Jick, 1995; Isacson, Homgren, Wasserman e Bergman, 1994). Não obstante, as alterações na ideação suicida foram examinadas por meio de uma metanálise de dados agrupados de 17 ensaios clínicos randomizados em pacientes com transtorno depressivo maior, comparando fluoxetina (n = 1765) com um antidepressivo tricíclico (n = 731) ou placebo (n = 569), ou ambos (Beasley, Dornseif, Bosomworth, Saylor,

Rampey, Heiligenstein, Thompson, Murphy e Masica, 1992). A ideação suicida foi medida pelo item de suicídio da Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton.

Esta revisão constatou que os dados desses ensaios não demonstram que a fluoxetina esteja associada a um risco aumentado de tentativas de suicídio ou ao surgimento de ideação suicida significativa em pacientes deprimidos (Beasley, 1992). Esses estudos, no entanto, foram criticados por não terem sido concebidos para avaliar alterações na ideação suicida (Healy, Langmaak e Savage, 1999). Os pacientes recrutados para estudos conduzidos por empresas farmacêuticas constituem amostras de conveniência e não representam necessariamente a população em geral. É importante notar também que os critérios de inclusão em estudos dos Institutos Nacionais de Saúde (NIH) e em ensaios clínicos de empresas farmacêuticas frequentemente estipulam a exclusão de pacientes com ideação suicida na triagem ou que tenham tentado suicídio nos últimos 6 meses. A utilização de instrumentos de avaliação de risco de suicídio com maior confiabilidade e validade, mesmo que empregados para excluir pacientes por razões científicas ou éticas, seria esclarecedora.

Conseqüentemente, recomenda-se que futuros ensaios clínicos utilizem medidas padronizadas ao avaliar a diminuição (ou o aumento) da ideação ou do comportamento suicida. Análises adicionais das mudanças na ideação suicida, utilizando conjuntos de dados existentes de ensaios clínicos, também são necessárias.

Dada a complexidade da ideação e do comportamento suicida em diferentes populações clínicas e contextos de tratamento, é difícil fazer recomendações específicas sobre a seleção de instrumentos a serem utilizados em pesquisas de prevenção e intervenção do suicídio. A escolha do instrumento de avaliação do suicídio é amplamente determinada pelos objetivos específicos do estudo. Por exemplo, como indicado na Tabela 1, há uma grande variação no número de itens entre os instrumentos. Optar por um instrumento com menos itens pode ser útil para fins de triagem ou quando for necessário monitorar o comportamento suicida com frequência. Instrumentos com um número maior de itens podem ser preferíveis quando o objetivo do estudo é obter uma ampla gama de dados sobre o comportamento suicida. Os pesquisadores precisarão avaliar o conteúdo e as propriedades psicométricas de cada instrumento potencial em relação aos objetivos específicos do estudo, aos recursos disponíveis para a aplicação desses instrumentos e à abordagem teórica.

Conforme resumido na Tabela 1, a presente revisão descreveu uma variedade de autorrelatos e Medidas de ideação suicida administradas por entrevistador. A escolha entre um formato de autorrelato e/ou uma entrevista estruturada para mensurar sintomas suicidas é uma decisão crucial. Por exemplo, embora as medidas administradas por entrevistador possam oferecer maior flexibilidade para a realização de avaliações adequadas do comportamento suicida, elas geralmente exigem mais tempo e recursos (para aplicação e treinamento) do que as medidas de autorrelato. Em contrapartida, questionários de autorrelato podem ser inadequados para mensurar a ideação suicida em indivíduos com comprometimento cognitivo ou alta sensibilidade emocional e dificuldades de concentração.

Podem existir outras diferenças importantes na avaliação da ideação suicida por meio de autorrelato ou formatos administrados por entrevistadores. Recentemente, Joiner, Rudd e Rajab (1999) compararam a avaliação da ideação suicida usando uma medida de autorrelato, a Escala de Probabilidade de Suicídio, e uma medida aplicada por clínicos, a Escala Modificada para Ideação Suicida, em pacientes encaminhados por ideação ou comportamento suicida. Usando pontos de corte padrão, este estudo encontrou uma alta taxa de discrepância entre o autorrelato e as avaliações clínicas de ideação suicida. Os clínicos eram mais propensos a considerar os pacientes com alta probabilidade de ideação suicida, enquanto os pacientes eram menos propensos a se verem dessa maneira. Outras pesquisas, no entanto, não conseguiram encontrar diferenças significativas entre a maioria dos autorrelatos.

Relatos e medidas de ideação suicida administradas por profissionais clínicos (por exemplo, Eddins & Jobes, 1994; Kaplan, Asnis, Sanderson, & Keswani, 1994; Beck & Steer, 1991). Embora as medidas de autorrelato sejam frequentemente usadas como ferramentas de triagem, uma avaliação adequada da ideação suicida deve incluir tanto medidas administradas por entrevistadores quanto medidas de autorrelato.

É importante ressaltar também que, além da utilização de medidas padronizadas de autorrelato e aplicadas por entrevistadores, dados colaterais podem ser obtidos de outras fontes para examinar a validade dessas medidas. Com o consentimento por escrito do paciente, registros podem ser obtidos de outras instituições, como internações psiquiátricas e clínicas, ligações para clínicas de crise, prisões realizadas pela polícia local que resultem em condenações, registros de cadeias municipais e de encarceramento em prisões estaduais. Familiares também podem ser uma fonte importante para a obtenção de informações adicionais sobre o comportamento suicida do paciente. Por exemplo, diversas medidas desta revisão, como a Escala de Intenção Suicida, foram adaptadas para uso com familiares de pessoas que cometeram suicídio (Conwell, Duberstein, Cox, Herrmann, Forbes & Caine, 1998).

Existem outros problemas associados à aplicação de instrumentos de avaliação de risco de suicídio. Médicos e outros profissionais de saúde, por vezes, relutam em utilizar questionários de triagem ou em perguntar diretamente sobre suicídio, devido ao receio de que os pacientes possam considerar tais perguntas ofensivas ou constrangedoras, ou que estas possam levar a pensamentos suicidas (Hirschfeld & Russell, 1997). De fato, os pacientes frequentemente se mostram dispostos a discutir seus pensamentos suicidas quando lhes é dada a oportunidade. Contudo, muitas vezes relutam em abordar essas questões espontaneamente (Kaplan, Anix, Sanderson, Keswani, de Lecuona & Joseph, 1994). Muitos profissionais de saúde evitam perguntar sobre pensamentos ou comportamentos suicidas devido a riscos de responsabilidade civil percebidos. O receio é de que o profissional de saúde seja responsabilizado caso soubesse que um paciente estava com ideação suicida e, posteriormente, cometesse suicídio. É importante ressaltar, porém, que os profissionais podem ser responsabilizados se houver suspeita de intenções suicidas e o profissional não questionar sobre pensamentos ou comportamentos suicidas ou não documentar as respostas do paciente a tais perguntas (ver Bongar, 1991 para revisão).

Embora diversas medidas relacionadas ao suicídio tenham sido estabelecidas como fatores de risco para o suicídio consumado, é importante ressaltar que a avaliação do risco de suicídio de um paciente jamais deve se basear na pontuação de uma única escala. Em vez disso, uma avaliação abrangente deve ser realizada para avaliar o risco individual de suicídio. Tal avaliação deve incluir a análise de diversos fatores de risco para o suicídio. Esses fatores de risco podem incluir fatores demográficos e sociais (sexo masculino, idade avançada, raça branca ou indígena, morar sozinho, desemprego, aceitação cultural do suicídio, evento adverso recente, como perda de emprego ou falecimento de um ente querido), fatores psiquiátricos (diagnóstico psiquiátrico de depressão ou esquizofrenia, histórico de tratamento prévio, uso de substâncias, histórico de ideação ou comportamento suicida, histórico familiar de suicídio, etc.; ver Beck, Resnik e Lettieri, 1974; Bongar, 1992; Maris, Berman, Maltzberger e Yufit, 1992; Jacobs, 1999, para revisões abrangentes sobre avaliação de risco de suicídio).

Em ensaios clínicos envolvendo pacientes suicidas, devem ser estabelecidos procedimentos para o manejo de indivíduos de alto risco (Pearson, Stanley, King & Fisher, 2001). Pesquisadores clínicos descreveram abordagens de gerenciamento de risco em geral (Hirschfeld & Russell, 1997) e para grupos específicos de pacientes, como aqueles com transtorno de personalidade borderline (Linehan, 1993), esquizofrenia (Scott Stroup, comunicação pessoal, fevereiro de 2002) e idosos atendidos em atenção primária.

depressão (Brown, Bruce e Pearson, 2001). Normalmente, quando um paciente é considerado em risco iminente de suicídio, é necessária uma ação imediata, que geralmente envolve tratamento mais intensivo, como internação psiquiátrica. A avaliação contínua da ideação e do comportamento suicida pode fornecer importantes salvaguardas para o manejo de pacientes de alto risco. Diversas medidas foram especificamente desenvolvidas para serem usadas repetidamente durante um ensaio de intervenção, como a Escala de Automonitoramento da Ideação Suicida (Clum e Curtin, 1993) ou o diário de Linehan para monitorar ideação suicida e comportamentos de autolesão (Linehan, 1993). Além disso, o item sobre suicídio e o item sobre desesperança do Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II; Beck, Steer e Brown, 1996) também podem ser usados para monitorar mudanças na ideação suicida regularmente durante o tratamento. Pacientes em terapia cognitivo-comportamental ambulatorial, por exemplo, geralmente preenchem o BDI-II antes de cada consulta. Se os itens relacionados a suicídio ou desesperança forem confirmados, o profissional clínico poderá realizar uma avaliação detalhada do risco de suicídio e fornecer intervenções terapêuticas apropriadas para reduzir a ideação suicida do paciente (ver Ellis & Newman, 1998).

Em resumo, existe uma grande variedade de medidas de avaliação de risco de suicídio que são atualmente utilizadas. Estão disponíveis instrumentos para avaliar a eficácia de intervenções neurobiológicas e psicossociais para indivíduos com risco de suicídio. A maioria dos instrumentos desta revisão demonstrou ser confiável e possuir validade concorrente adequada. No entanto, são necessários mais estudos que examinem a validade preditiva desses instrumentos para identificar pacientes com risco de suicídio, de modo que intervenções apropriadas possam ser oferecidas. A falta de estudos de intervenção que utilizem instrumentos padronizados para avaliação do risco de suicídio é um problema importante na área e, para melhorar a comparabilidade dos resultados entre os estudos, sugere-se a adoção de um conjunto mais restrito de instrumentos a serem utilizados em pesquisas. A utilização de medidas de prevenção do suicídio com suporte empírico em ensaios clínicos é fortemente recomendada e considerada vital para a implementação bem-sucedida da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio (Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA, 2001).

Referências

- Addis, M., & Linehan, MM (1989). Previsão do comportamento suicida: Propriedades psicométricas do Questionário de Comportamentos Suicidas. Pôster apresentado na reunião anual da Associação para o Avanço da Terapia Comportamental, Washington, DC.
- Alexopoulos, GS, Bruce, ML, Hull, J., Sirey, J., & Kakuma, T. (1999). Clínico Determinantes da ideação e do comportamento suicida na depressão geriátrica. Archives of General Psychiatry, 56, 1048-1053.
- Associação Americana de Psiquiatria (1994). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais Transtornos, Quarta Edição. Washington, DC: Associação Psiquiátrica Americana.
- Barber, ME, Marzuk, PM, Leon, AC, & Portera, L. (1998). Tentativas de suicídio abortadas: uma nova classificação do comportamento suicida. American Journal of Psychiatry, 155, 385-396.
- Beasley, CM, Dornseif, BE, Bosomworth, JC, Syler, ME, Rampey, Heiligenstein, JH, Thompson, VL, Murphy, DJ, & Masica, DN (1992). Fluoxetina e suicídio: Uma meta-análise de ensaios controlados de tratamento para depressão. International Clinical Psychopharmacology, 6, 35-57.
- Beck, AT, Beck, R., & Kovacs, M. (1975). Classificação de comportamentos suicidas: I. Quantificação da intenção e da letalidade médica. American Journal of Psychiatry, 132(3), 285-287.
- Beck, AT, Brown, GK, Berchick, RJ, Stewart, BL, & Steer, RA (1990). Relação entre desesperança e suicídio final: uma replicação com pacientes psiquiátricos ambulatoriais. American Journal of Psychiatry, 147(2), 190-195.
- Beck, AT, Brown, GK, & Steer, RA (1997). Características psicométricas da Escala de Ideação Suicida em pacientes psiquiátricos ambulatoriais. Behavior Research and Therapy, 35(11), 1039-1046.
- Beck, AT, Brown, GK, Steer, RA, Dahlsgaard, KK, & Grisham, JR (1999). Ideação suicida em seu pior estágio: um fator preditivo de eventual suicídio em pacientes psiquiátricos ambulatoriais. Suicídio e comportamento que ameaça a vida, 29, 1-9.
- Beck, AT, Davis, JH, Frederick, CJ, Perlin, S., Pokorny, AD, Sjachulman, RE, Seiden, RH, & Wittlin, BJ (1973). Em H. Resnik & B. Hathorne (Eds.). Prevenção do suicídio na década de 70 (pp. 7-12). Washington, DC: Imprensa Oficial do Governo dos EUA.
- Beck, AT, Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Avaliação da intenção suicida: O Escala para ideação suicida. Revista de Psicologia Clínica e de Consultoria, 47(2), 343-352.
- Beck, AT, & Lester, D. (1976). Componentes da intenção suicida em suicídios consumados e tentativas de suicídio. The Journal of Psychology, 92, 35-38.
- Beck, AT, Resnik, HL, & Lettieri, DJ (1974). A previsão do suicídio. Filadélfia, PA: Charles Press.
- Beck, AT, Schuyler, D., & Herman, I. (1974). Desenvolvimento de escalas de intenção suicida. Em AT Beck, HLP Resnik e DJ Lettieri (Eds.). A previsão do suicídio. Bowie, MD: Charles Press.
- Beck, AT, & Steer, RA (1987). Manual para o Inventário de Depressão de Beck. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, AT, & Steer, RA (1988). Manual para a Escala de Desesperança de Beck. San Antonio, TX: Corporação Psicológica.
- Beck, AT, & Steer, RA (1989). Predictores clínicos de eventual suicídio: um estudo de cinco a dez. Estudo prospectivo de um ano sobre pessoas que tentaram suicídio. Journal of Affective Disorders, 17, 203-209.

Beck, AT, & Steer, RA (1991). Manual para a Escala de Suicídio de Beck. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Beck, AT, Steer, RA, Beck, JS, & Newman, CF (1993). Desesperança, depressão, ideação suicida e diagnóstico clínico de depressão. Suicídio e Comportamento Ameaçador à Vida, 23, 139-145.

Beck, AT, Steer, RA, & Brown, GK (1996). Manual para o Inventário de Depressão de Beck-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Beck, AT, Steer, RA, Kovacs, M., & Garrison, B. (1985). Desesperança e eventual Suicídio: um estudo prospectivo de 10 anos com pacientes hospitalizados com ideação suicida. American Journal of Psychiatry, 142, 559-563.

Beck, AT, Steer, RA, & McElroy, MG (1982). Relações entre desesperança, depressão e tentativas de suicídio anteriores com ideação suicida em alcoólatras. Journal of Studies on Alcohol, 43, 1042-1046.

Beck, AT, Steer, RA e Ranieri, W. (1988). Escala para ideação suicida: psicométrica. propriedades de uma versão de autorrelato. Journal of Clinical Psychology, 44(4), 499-505.

Beck, AT, Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). A mensuração do pessimismo: A escala de desesperança. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42, 861-865.

Beck, AT, Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1976). Classificação de comportamentos suicidas comportamentos. II. Dimensões da intenção suicida. Arquivos de Psiquiatria Geral, 33, 835-837

Beck, RW, Morris, JB e Beck, AT (1974). Validação cruzada da intenção suicida. Escala. Relatórios Psicológicos, 34, 445-446.

Blanton-Lacy, M. (1997). A validade do Inventário de Depressão de Beck, Escala para Escala de ideação suicida e desesperança em uma população universitária afro-americana. Dissertations Abstracts International, 58, 409.

Bonner, RL, & Rich, AR (1991). Previsão da vulnerabilidade ao desespero: Uma análise longitudinal. Journal of Nervous and Mental Disease, 179, 29-32.

Broadhead, WE, Leon, AC, Weissman, MM et al. (1995). Desenvolvimento e validação do rastreamento SDDS-PC para múltiplos transtornos mentais na atenção primária: Um estudo piloto. Arquivos de Medicina Familiar, 4, 211-219.

Bongar, B. (1991). O paciente suicida: padrões clínicos e legais de atendimento. Washington, DC: Associação Americana de Psicologia.

Bongar, B. (1992). (Ed.). Suicídio: Diretrizes para avaliação, gestão e tratamento. Nova York: Oxford University Press.

Brown, GK (1999). Protocolo de gerenciamento de alto risco para pacientes suicidas na atenção primária. Cuidados. Manuscrito não publicado, Departamento de Psiquiatria, Universidade da Pensilvânia, Filadélfia, PA.

Brown, GK, Beck, AT, Steer, RA, & Grisham, JR (2000). Fatores de risco para suicídio em pacientes psiquiátricos ambulatoriais: um estudo prospectivo de 20 anos. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68, 371-377.

Brown, LK, Overholser, J., Spirito, A., & Fritz, GK (1991). Os correlatos de Planejamento em tentativas de suicídio na adolescência. Revista da Academia Americana de Psiquiatria da Infância e Adolescência, 30, 95-99.

Brown, GK, Bruce, ML, & Pearson, JL (2001). Diretrizes de manejo de alto risco para pacientes idosos com ideação suicida em ambientes de atenção primária. International Journal of Geriatric Psychiatry, 16, 593-601.

Chance, SE, Kaslow, NJ, & Baldwin, K. (1994). Ansiedade e outros preditores/da gravidade da intenção suicida em pacientes psiquiátricos internados em áreas urbanas. Hospital and Community Psychiatry, 45, 716-718.

Clum, GA, & Curtin, L. (1993). Validade e reatividade de um sistema de automonitoramento. ideação suicida. Revista de Psicopatologia e Avaliação Comportamental, 15(4), 375-385.

Clum, GA, & Yang, B. (1995). Suporte adicional para a confiabilidade e validade do Escala modificada para ideação suicida. Avaliação Psicológica, 7(1), 122-125.

Cole, DA (1988). Desesperança, deseabilidade social, depressão e tentativa de suicídio em dois amostras de estudantes universitários. Revista de Psicologia Clínica e de Consultoria, 56, 131-136.

Cole, DA (1989). Validação do Inventário de Razões para Viver em geral e amostras de adolescentes delinquentes. Journal of Abnormal Child Psychology, 17(1), 13-27.

Comtois, KA, & Linehan, MM (abril de 1999). Contagem de tentativas de suicídio ao longo da vida: descrição e psicométrica. Trabalho apresentado na 9ª Conferência Anual da Associação Americana de Suicidologia. Houston, TX.

Registro do Congresso. (1997). Resolução que reconhece o suicídio como um problema nacional de saúde. S-4038.

Connell, DK, & Meyer, RG (1991). O Inventário de Razões para Viver e uma faculdade População: Comportamentos suicidas, crenças e habilidades de enfrentamento em adolescentes. Journal of Clinical Psychology, 47(4), 485-489.

Conwell, Y., Duberstein, PR, Cox, C., Herrmann, JH, Forbes, NT, & Caine, ED (1998). Diferenças de idade em comportamentos que levam ao suicídio consumado. American Journal of Geriatric Psychiatry, 6, 122-126.

Cooper-Patrick, L., Crum, RM, & Ford, DE (1994). Identificando ideação suicida em pacientes médicos gerais. Jornal da Associação Médica Americana, 272(22), 1757-1762.

Cotton, CR, & Range, LM (1992). Confiabilidade e validade da Intervenção em Suicídio. Inventário de Respostas. Estudos sobre Morte, 16, 79-86.

Cotton, CR, & Range, LM (1993). Suicidalidade, desesperança e atitudes em relação à vida. e morte em crianças. Estudos sobre a morte, 17, 185-191.

Cotton, CR, Peters, DK e Range, LM (1995). Propriedades psicométricas do Questionário de Comportamentos Suicidas. Estudos sobre Morte, 19, 391-397.

Cull, JG, & Gill, WS (1988). Manual da Escala de Probabilidade de Suicídio. Los Angeles: Western Psychological Services.

Dahlsgaard, KK, Beck, AT, & Brown, GK (1998). Resposta inadequada à terapia como um preditor de suicídio. Suicídio e comportamento que ameaça a vida, 28, 197-204.

de Man, A. E, Leduc, CR & Labreche, GL (1993). Uma escala franco-canadense para ideação suicida para uso com adolescentes. Canadian Journal of Behavioral Science, 25, 126 - 134.

Dean, PJ, & Range, LM (1999). Testando a teoria da fuga do suicídio em um paciente ambulatorial. população clínica. Terapia Cognitiva e Pesquisa, 23, 561-571.

Dean, PJ, Range, LM e Goggin, WC (1996). A teoria da fuga do suicídio em Estudantes universitários: Testando um modelo que inclui o perfeccionismo. Suicídio e Comportamento Ameaçador à Vida, 26, 181-186.

Dixon, WA, Heppner, PP e Anderson, WP (1991). Avaliação de resolução de problemas, Estresse, desesperança e ideação suicida em uma população universitária. Journal of Counseling Psychology, 38(1), 51-56.

Domino, G. (1980). Atitudes em relação ao suicídio em um curso de psicologia anormal. Ensino de Psicologia, 7, 239-240.

- Domino, G. (1988). Atitudes em relação ao suicídio entre estudantes universitários altamente criativos. Revista de Pesquisa sobre Criatividade, 1, 92-105.
- Domino, G. (1990). Atitudes em relação ao suicídio em estudantes do ensino médio. Em A. Leenaars & S. Wenckstern (Eds.) Prevenção do Suicídio nas Escolas. Hemisphere Publishing Company, pp. 27-37.
- Domino, G. (1996). Confiabilidade teste-reteste do Questionário de Opinião sobre Suicídio. Relatórios Psicológicos, 78, 1-2.
- Domino, G., Gibson, L., Poling, S., & Westlake, L. (1980). Atitudes dos estudantes em relação ao suicídio. Psiquiatria Social, 15, 127-130.
- Domino, G., MacGregor, JC, & Hannah, MT (1988 - 1989). Atitudes universitárias em relação ao suicídio: Nova Zelândia e Estados Unidos. Omega: Journal of Death and Dying, 19, 351 - 364.
- Domino, G., Moore, D., Westlake, L., & Gibson, L. (1982). Atitudes em relação ao suicídio: uma abordagem de análise fatorial. Journal of Clinical Psychology, 38(2), 257-262.
- Domino, G., & Perrone, L. (1993). Atitudes em relação ao suicídio: médicos italianos e dos Estados Unidos. Omega: Journal of Death and Dying, 27(3), 195 - 206.
- Domino, G., & Su, S. (1994-1995). Conservadorismo e atitudes em relação ao suicídio: um estudo de adultos taiwaneses-americanos e estadunidenses. Omega: Journal of Death and Dying, 30, 131-143.
- Domino, G., & Swain, BJ (1985-1986). Reconhecimento da letalidade do suicídio e atitudes em relação ao suicídio em profissionais de saúde mental. Omega: Journal of Death and Dying, 16, 301-308.
- Domino, G., & Takahashi, Y. (1991). Atitudes em relação ao suicídio em japoneses e Estudantes de medicina americanos. Suicídio e comportamento que ameaça a vida, 21, 354-359.
- Drake, RE, & Cotton, PG (1986). Depressão, desesperança e suicídio na esquizofrenia crônica. British Journal of Psychiatry, 148, 554-559.
- Dyer, JAT, & Kreitman, N. (1984). Desesperança, depressão e intenção suicida em parasuicídio. British Journal of Psychiatry, 144, 127-133.
- D'Zurilla, TJ, Chang, EC, Nottingham, EJ e Faccini, L. (1998). Problema social- Lidar com déficits e desesperança, depressão e risco de suicídio em estudantes universitários e pacientes psiquiátricos internados. Journal of Clinical Psychology, 54, 1091-1107.
- Eaton, WW, & Kessler, LG (1985). Métodos epidemiológicos de campo em psiquiatria: O Programa de Áreas de Abrangência Epidemiológica do NIMH. Academic Press: Orlando, FL.
- Eddins, CL, & Jobes, DA (1994). Você vê o que eu vejo? Percepções do paciente e do clínico sobre as dimensões subjacentes da ideação suicida. Suicide and Life-Threatening Behavior, 24, 170-173.
- Edelstein, B., McKee, D., & Martin, R. (1999). Razões para viver – Idosos. Manuscrito não publicado. Departamento de Psicologia, Universidade da Virgínia Ocidental.
- Ellis, TE, & Newman, CF (1998). Escolhendo viver: Como vencer o suicídio através da terapia cognitiva. Oakland, CA: New Harbinger.
- Farberow, NL, & Devries, AG (1967). Uma análise de diferenciação de itens dos MMPIs de Pacientes suicidas em hospitais neuropsiquiátricos. Relatórios Psicológicos, 20, 607-617.
- Fawcett, J., Scheftner, W., Clark, DC, Hedeker, D., Gibbons, R., & Coryell, W. (1987). Predictores clínicos de suicídio em pacientes com transtornos afetivos maiores: um estudo prospectivo controlado. American Journal of Psychiatry, 144, 35-40.
- Fawcett, J., Scheftner, W., Fogg, L., Clark, DC, Young, MA, Hedeker, D., & Gibbons, R. (1990). Predictores temporais do suicídio no transtorno afetivo maior. American Journal of Psychiatry, 147, 1189-1194.

- Firestone, RW, & Firestone, LA (1996). Avaliação de Firestone sobre comportamento autodestrutivo. Pensamentos. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Firestone, RW, & Firestone, LA (1998). Vozes no suicídio: A relação entre Processos de pensamento autodestrutivos, comportamento desadaptativo e manifestações autodestrutivas. Estudos sobre a morte, 22, 411-433.
- Gallo, JJ, Cooper-Patrick, L., & Lesikar, S. (1998). Sintomas depressivos em brancos e Afro-americanos com 60 anos ou mais. Revista de Gerontologia: Ciências Psicológicas e Ciências Sociais, 53, 277-286.
- Goldney, RD (1981). Tentativa de suicídio em mulheres jovens: Correlações de letalidade. Revista Britânica de Psiquiatria, 139, 382-390.
- Goldston, DB (2000). Avaliação do risco de suicídio em crianças e adolescentes. Manuscrito não publicado, Departamento de Psiquiatria e Medicina Comportamental; Escola de Medicina da Universidade Wake Forest, Winston-Salem, NC.
- Gunderson, JG, Kolb, JE, & Austin, V. (1981). A entrevista diagnóstica para pacientes borderline. American Journal of Psychiatry, 138, 896-903.
- Hamilton, M. (1960). Uma escala de avaliação para depressão. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 23, 56-62.
- Hawton, K. (1987). Avaliação do risco de suicídio. British Journal of Psychiatry, 150, 145-153.
- Hawton, K, McKeown, S., Day, A., Martin, P., O'Conner, M., & Yule, J. (1987). Avaliação do aconselhamento ambulatorial em comparação com o atendimento do médico de clínica geral após overdose. Psychological Medicine, 17, 751-761.
- Healy, D., Langmaak, C., & Savage, M. (1999). Suicídio durante o tratamento de depressão. Jornal de Psicofarmacologia, 13, 94-99.
- Hirschfeld, RMA, & Russell, JM (1997). Avaliação e tratamento de ideação suicida. The New England Journal of Medicine, 337, 910-915.
- Holden, RR, & Fekken, C. (1988). Confiabilidade teste-reteste da escala de desesperança e seus itens em uma população universitária. Journal of Clinical Psychology, 44, 40-43.
- Holmes, CB, & Howard, ME (1980). Reconhecimento de fatores de letalidade do suicídio por médicos, profissionais de saúde mental, ministros e estudantes universitários. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48, 383-387.
- Hoyert, DL, Smith, BL, Murphy SL e Kochanek, MA (2001). Óbitos: Dados finais para 1999. Relatórios Nacionais de Estatísticas Vitais, 49(8). Hyattsville, MD: Centro Nacional de Estatísticas de Saúde.
- Inman, DJ, Bascue, LO, Kahn, WJ, & Shaw, PA (1984). A relação entre Conhecimento sobre suicídio e habilidades de entrevista em casos de suicídio. Educação sobre a morte, 8, 179-184.
- Isacsson, G., Holmgren, P., Wasserman, D., & Bergman, U. (1994). Uso de antidepressivos entre pessoas que cometem suicídio na Suécia. British Medical Journal, 308, 506-509.
- Ivanoff, A., & Jang, SJ (1991). O papel do desespero e da desejabilidade social em Previsão de comportamento suicida: um estudo com detentos. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59, 394-399.
- Ivanoff, A., Jang, SJ, Smyth, NF, & Linehan, MM (1994). Menos razões para continuar vivo quando se pensa em suicídio: O breve inventário de razões para viver. Revista de Psicopatologia e Avaliação Comportamental, 16(1), 1-13.

- Jacobs, DG (Ed.) (1999). O guia da Escola de Medicina de Harvard para avaliação de suicídio e intervenção. São Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Jick, S., Dean, AD, & Jick, H. (1995). Antidepressivos e suicídio. British Medical Journal, 310, 215-218.
- Jobes, DA, Jacoby, AM, Cimboric, P., & Husted, LAT (1997). Avaliação e tratamento de clientes suicidas em um centro de aconselhamento universitário. Journal of Counseling Psychology, 44(4), 368-377.
- Johnson, WB, Lall, R., Bongar, B., & Nordlund, MD (1999). O papel dos inventários objetivos de personalidade na avaliação do risco de suicídio: uma avaliação e proposta. Suicide and Life-Threatening Behavior, 29, 165-185.
- Joiner, TE, Rudd, MD, & Rajab, MH (1997). A Escala Modificada para Ideação Suicida: Fatores de suicídio e sua relação com variáveis clínicas e diagnósticas. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 106, 260-265.
- Joiner, TE, Rudd, MD, & Rajab, MH (1999). Concordância entre sintomas suicidas autoavaliados e avaliados por clínicos em uma amostra clínica de adultos jovens: Explicando discrepâncias. Revista de Psicologia Clínica e de Consultoria,
- Kaplan, ML, Asnis, GM, Sanderson, WC, Keswani, L., De Luca, JM, & Joseph, S. (1994). Avaliação do suicídio: entrevista clínica versus autorrelato. Journal of Clinical Psychology, 50, 294-298.
- Kaslow, N., Thompson, M., Meadows, L., Chance, S., Puett, R., Hollins, L., Jessee, S., & Kellermann, A. (2000). Fatores de risco para tentativas de suicídio entre mulheres afro-americanas. Depressão e Ansiedade, 12, 13-20.
- Kovacs, M., Beck, AT, & Weissman, A. (1975). Desesperança: um indicador de ideação suicida. risco. Suicídio, 5, 98-103.
- Kovacs, M., Beck, AT, & Weissman, A. (1976). A comunicação da intenção suicida: um reexame. Archives of General Psychiatry, 33, 198-201.
- Kreitman, N. (1977). Parasuicídio. Londres, Inglaterra: John Wiley & Sons.
- Lester, D., & Beck, AT (1975). Tentativa de suicídio: correlações com o aumento de cuidados médicos. letalidade. Relatórios Psicológicos, 37, 1236-1238.
- Limbacher, M. L., & Domino, G. (1985-86). Atitudes em relação ao suicídio entre pessoas que tentaram, contemplaram e não tentaram. OMEGA, 16(4), 325-334.
- Lindenmayer, JP, Czobor, P., Alphas, R., Anand, R., Islam, Z. & Pestreich, L. (2001). A Escala InterSept para Pensamento Suicida (ISST): Um novo instrumento de avaliação para pacientes suicidas com esquizofrenia. Pesquisa em Esquizofrenia, 49 (supl. 1-2): 5.
- Linehan, MM (1981). Questionário de comportamentos suicidas. Inventário não publicado, Universidade de Washington, Seattle, Washington.
- Linehan, MM (1982). Escala de Intenção Suicida: Formulário de Autoavaliação. Inventário não publicado. Universidade de Washington, Seattle, Washington.
- Linehan, MM (1993). Tratamento cognitivo-comportamental do transtorno de personalidade borderline. Nova York: Guilford.
- Linehan, MM (1997). Tratamentos comportamentais de comportamentos suicidas: Obfuscação conceitual e resultados do tratamento. Em DM Stoff & JJ Mann (Eds.), Neurobiologia do suicídio (pp. 302-328). Nova York: Anais da Academia de Ciências de Nova York.
- Linehan, MM (1996). Questionário de Comportamentos Suicidas (SBQ). Não publicado. Manuscrito, Departamento de Psicologia, Universidade de Washington, Seattle, WA.

- Linehan, MM, & Addis, M. (1990). Rastreamento de comportamentos suicidas: o questionário de comportamentos suicidas. Manuscrito não publicado. Seattle, WA: Departamento de Psicologia, Universidade de Washington.
- Linehan, MM, Armstrong, HE, Suarez, A., Allman, D., & Heard, HL (1991). Tratamento cognitivo-comportamental de pacientes borderline com tendências suicidas crônicas. Arquivos de Psiquiatria Geral, 48, 1060-1064.
- Linehan, MM, Camper, P., Chiles, JA, Strosahl, K., & Shearin, E. (1987). Resolução de problemas interpessoais e tentativa de suicídio. Terapia Cognitiva e Pesquisa, 11, 1-12.
- Linehan, MM, Chiles, JA, Egan, KJ, Devine, RH e Laffaw, JA (1986). Apresentando problemas de parassuicídio versus ideação suicida e pacientes psiquiátricos não suicidas. Revista de Psicologia Clínica e de Consultoria, 54, 880-881.
- Linehan, MM, & Comtois, KA (1996). Contagem de tentativas de suicídio ao longo da vida. Não publicado. Manuscrito. Universidade de Washington, Seattle.
- Linehan, MM, Goodstein, JL, Nielsen, SL e Chiles, JA (1983). Razões para Como sobreviver quando se pensa em suicídio: Um Inventário de Razões para Viver. Revista de Psicologia Clínica e de Consultoria, 51(2), 276-286.
- Linehan, MM, Heard, HL e Armstrong, HE (1993). Acompanhamento naturalístico de um Tratamento comportamental para pacientes borderline com tendências suicidas crônicas. Archives of General Psychiatry, 50, 971-975
- Linehan, MM, Wagner, AW, & Cox, G. (1983). Entrevista de histórico de parassuicídio: avaliação abrangente do comportamento parassuicida. Manuscrito não publicado. Universidade de Washington, Seattle.
- Litman, RE, & Farberow, NL (1961). Avaliação de emergência do comportamento autodestrutivo. Em N. Farberow e E. Schneidman (Eds.). O grito de socorro. Nova York: McGraw-Hill.
- Malone, KM, Oquendo, MA, Haas, GL, Ellis, SP, Li, S., & Mann, JJ (2000). Fatores de proteção contra atos suicidas na depressão maior: Razões para Viver. American Journal of Psychiatry, 157, 1084-1088.
- Mann, JJ, Waternaux, C., Haas, GL, Malone, KM (1999). Rumo a um modelo clínico de comportamento suicida em pacientes psiquiátricos. American Journal of Psychiatry, 156, 181-189.
- Maris, RW, Berman, AL, Maltzberger, JT, & Yufit, RI (Eds.) (1992). Avaliação e previsão de suicídio. Nova York, NY: Guilford.
- McLeavey, BC, Daly, RJ, Ludgate, JW e Murray, CM (1994). Interpessoal Treinamento de habilidades de resolução de problemas no tratamento de pacientes com autoenvenenamento. Suicídio e Comportamento Ameaçador à Vida, 24, 382-394.
- Meneese W. B, & Yutzenka, BA (1990). Correlações da ideação suicida entre adolescentes rurais. Suicídio e Comportamento Ameaçador à Vida, 20, 206-212.
- Mieczkowski, TA, Sweeney, JA, Haas, GL, Junker, BW, Brown, RP e Mann, JJ (1993). Composição fatorial da Escala de Intenção Suicida. Suicídio e Comportamento Ameaçador à Vida, 23(1), 37-45.
- Miller, I. W., Norman, WH, Bishop, SB, & Dow, MG (1986). A Escala Modificada para ideação suicida: confiabilidade e validade. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54(5), 724-725.
- Mireault, M., & de Man, AF (1996). Ideação suicida entre idosos: Perspectivas pessoais variáveis, estresse e apoio social. Comportamento Social e Personalidade, 24(4), 385-392.
- Minkoff, K., Bergman, E., Beck, AT, & Beck, R. (1973). Desesperança, depressão e tentativa de suicídio. American Journal of Psychiatry, 130, 455-459.

- Molock, SD, Kimbrought, R. Lacy, MB, McClure, K. P., & Williams, S. (1994). Comportamento suicida entre estudantes universitários afro-americanos: um estudo preliminar. Journal of Black Psychology, 20(2), 234-251.
- Mori, M., Yaeger, MA, Miller, A., Glinski, et al. (abril de 1999). Impacto familiar na parassuicídio em adolescentes. Trabalho apresentado na 9ª Conferência Anual da Associação Americana de Suicidologia. Houston, TX.
- Neimeyer, RA, & Bonnelle, K. (1997). O Inventário de Resposta à Intervenção em Suicídio: Uma revisão e validação. Death Studies, 21, 59-81.
- Neimeyer, RA, & Diamond, RJ (1983). Habilidades de gerenciamento do suicídio e a abordagem médica. estudante. Revista de Educação Médica, 58, 562 - 567.
- Neimeyer, RA, & Hartley, RE (1986). Estrutura fatorial do Inventário de Resposta à Intervenção em Suicídio. Suicídio e Comportamento Ameaçador à Vida, 16, 434-447.
- Neimeyer, RA, & MacInnes, WD (1981). Avaliando a competência de profissionais de nível técnico. com o Inventário de Resposta à Intervenção em Suicídio. Journal of Counseling Psychology, 28(2), 176-179.
- Neimeyer, RA, & Neimeyer, GJ (1984). Ansiedade da morte e habilidade de aconselhamento no intervencionista em suicídio. Suicídio e comportamento de risco de vida, 14, 126-131.
- Neimeyer, RA, & Oppenheimer, B. (1983). Validade concorrente e preditiva do Inventário de Resposta à Intervenção em Suicídio. Psychological Reports, 52, 594.
- Neimeyer, RA, & Pfeiffer, AM (1994). Avaliação da intervenção em casos de suicídio. eficácia. Estudos sobre a morte, 18, 131-166.
- Nielsen, AS, Stenager, E., & Brahe, UB (1993). Tentativa de suicídio, intenção suicida e álcool. Crisis, 14(1), 32-38.
- Nordström, P., Åsberg, M., Åberg-Wistedt, A., & Nordin, C. (1995). Tentativa de suicídio prevê risco de suicídio em transtornos de humor. Acta Psychiatrica Scandinavica, 92, 345-350.
- O'Brien, G., Holton, AR, Hurren, K., Watt, L., & Hassanyeh, F. (1987). Eu deliberado dano – correlações de intenção suicida e depressão. Acta Psychiatry Scandinavia, 75, 474-477.
- O'Carroll, PW, Berman, AL, Maris, RW, Moscicki, EK, Tanney, BL, & Silverman, MM (1996). Além da Torre de Babel: Uma nomenclatura para a suicidologia. Suicídio e Comportamento Ameaçador à Vida, 26, 237-252.
- Ojehagen, A., Regnell, G., & Traskman-Bendz, L. (1991). Autoenvenenamento deliberado: Reincidentes e não reincidentes admitidos em uma unidade de terapia intensiva. Acta Psychiatrica Scandinavica, 84, 266-271.
- Olfson, M., Weissman, MM, Leon, AC, Sheehan, DV, & Farber, L. (1996). Ideação suicida na atenção primária. Journal of General Internal Medicine, 11, 447-453.
- Osman, A., Barrios, FX, Grittmann, LR, & Osman, JR (1993). A Escala de Tendência Suicida de Múltiplas Atitudes: Características psicométricas em uma amostra de índios americanos. Journal of Clinical Psychology, 49, 701-708.
- Osman, A., Gifford, J., Jones, T., Lickiss, L., Osman, J., & Wenzel, R. (1993). Avaliação psicométrica do Inventário de Razões para Viver. Avaliação Psicológica, 5(2), 154-158.
- Osman, A., Gregg, CL, Osman, JR, & Jones, K. (1992). Estrutura fatorial e Confiabilidade do Inventário de Razões para Viver. Relatórios Psicológicos, 70, 107-112.
- Osman, A., Gutierrez, PM, Kopper, BA, Barrios, FX e Chiros, CE (1998). O Inventário de Ideação Suicida Positiva e Negativa: Desenvolvimento e validação. Relatórios Psicológicos, 82, 783-793.

- Osman, A., Jones, & Osman, JR (1991). O Inventário de Razões para Viver: Propriedades psicométricas. Relatórios Psicológicos, 69, 271-278.
- Osman, A., Kopper, BA, Linehan, MM, Barrios, FX, Gutierrez, PM, & Bagge, C. L. (1999). Validação do Questionário de Ideação Suicida em Adultos e do Inventário de Razões para Viver em uma amostra de pacientes psiquiátricos adultos internados. Avaliação Psicológica, 11, 115-223.
- Patsiakos, AT, & Clum, GA (1985). Efeitos de estratégias psicoterapêuticas no tratamento de pessoas que tentaram suicídio. Psicoterapia, 22, 281-290.
- Paykel, ES, Myers, JK, Lindenthal, JJ e Tanner, J. (1974). Sentimentos suicidas no População geral: um estudo de prevalência. British Journal of Psychiatry, 124, 460-469.
- Pearson, JL, Stanley, B., King, CA, & Fisher, CB (2001). Pesquisa de intervenção com Pessoas com alto risco de suicídio: considerações de segurança e ética. Journal of Clinical Psychiatry, 62 (supl. 25), 17-26.
- Petrie, K., Chamberlain, K., & Clarke, D. (1988). Predictores psicológicos de comportamento suicida futuro em pacientes hospitalizados que tentaram suicídio. British Journal of Clinical Psychology, 27, 247-257.
- Pierce, D. (1977). Intenção suicida em autolesão. British Journal of Psychiatry, 130, 377-385.
- Platt, SD, & Dyer, JAT (1987). Correlações psicológicas do desemprego entre homens que tentam suicídio em Edimburgo. British Journal of Psychiatry, 151, 27-32.
- Plutchik, R., van Praag, HM, Conte, HR e Picard, S. (1989). Correlatos de suicídio e risco de violência: A Medida de Risco de Suicídio. Psiquiatria Abrangente, 30, 296 - 302.
- Potter, LB, Kresnow, M., Powell, KE, O'Carroll, PW, Lee, RK, Frankowski, R. F., Swann, AC, Bayer, TL, Bautista, MH, Briscoe, MG (1998). Identificação de tentativas de suicídio quase fatais: formulário de gravidade de lesões autoinfligidas. Suicídio e Comportamento Ameaçador à Vida, 28, 174-186.
- Power, KG, Cooke, DJ, & Brooks, DN (1985). Estresse da vida, letalidade médica e intenção suicida. British Journal of Psychiatry, 147, 655-659.
- Pratt, CC, Wilson, W., Benthin, A., & Schmall, V. (1992). Problemas com álcool e depressão na terceira idade: Desenvolvimento de dois questionários de conhecimento. The Gerontologist, 32(2), 175-183.
- Prigerson, HG, & Slimack, MJ (1999). Diferenças de gênero nos correlatos clínicos de ideação suicida entre adultos jovens. Revista de Doenças Nervosas e Mentais, 187, 23-31.
- Range, LM, & Antonelli, KB (1990). Uma análise fatorial de seis instrumentos comumente usados associados ao suicídio entre estudantes universitários. Journal of Personality Assessment, 55, 804-811.
- Range, LM, & Knott, EC (1997). Vinte instrumentos de avaliação de suicídio: Avaliação e recomendações. Estudos sobre a morte, 21, 25-58.
- Reynolds, WM (1987). Questionário de Ideação Suicida. Odessa, FL: Psychological Recursos de avaliação.
- Reynolds, WM (1991a). Características psicométricas da ideação suicida em adultos. Questionário em estudantes universitários. Journal of Personality Assessment, 56(2), 289-307.
- Reynolds, WM (1991b). Questionário de ideação suicida em adultos: Manual profissional. Odessa, FL: Recursos para Avaliação Psicológica.
- Rifai, AH, George, CJ, Stack, JA, Mann, JJ e Reynolds, CF (1994). Desesperança em pacientes que tentaram suicídio após tratamento agudo de depressão grave na terceira idade. Revista Americana de Psiquiatria, 151, 1687-1690.

- Robinson, JP, Shaver, PR e Wrightsman, LS (Eds.). (1991). Medidas de Personalidade e atitudes sociopsicológicas. San Diego, CA: Academic Press.
- Rogers, JR, & DeShon, RP (1992). Uma investigação da confiabilidade das oito escalas clínicas do Questionário de Opinião sobre Suicídio. Suicídio e Comportamento Ameaçador à Vida, 22, 428-429. 441.
- Rogers, JR, & DeShon, RP (1995). Validação cruzada do modelo interpretativo de cinco fatores do questionário de opinião suicida. Suicide and Life-Threatening Behaviour, 25(2), 305-309.
- Rothberg, JM, & Geer-Williams, C. (1992). Uma comparação e revisão do suicídio. escalas de previsão. Em RW Maris, AL Berman, JT Maltzberger e RT Yufit (Eds.), Avaliação e previsão de suicídio (pp. 202-217). Nova York: Guilford.
- Rudd, MD (1989). A prevalência de ideação suicida entre estudantes universitários. Suicídio e comportamento que ameaça a vida, 19(2), 173-183.
- Rudd, MD, Joiner, T., & Rajab, MH (1996). Relações entre ideação suicida, tentativas de suicídio e tentativas múltiplas em uma amostra de jovens adultos. Journal of Abnormal Psychology, 105(4), 541-550.
- Rudd, MD, Rajab, MH, Orman, DT, Stulman, DA, Joiner, T., e Dixon, W. (1996). Eficácia de uma intervenção ambulatorial direcionada a jovens adultos suicidas: Resultados preliminares. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, 179-190.
- Rush, AJ, Beck, AT, Kovacs, J., Weissenberger, J., & Hollon, SD (1982). Comparação dos efeitos da terapia cognitiva e da farmacoterapia sobre a desesperança e o autoconceito. American Journal of Psychiatry, 130, 862-866.
- Russ, MJ, Kashdan, T., Pollack, S., & Bajmakovic-Kacila, S. (1999). Avaliação do risco de suicídio 24 horas após a admissão em hospital psiquiátrico. Psychiatric Services, 50, 1491-1493.
- Sabo, AN, Gunderson, JG, Najavits, LM, Chauncey, D. & Kisiel, C. (1995). Alterações na autodestrutividade de pacientes com transtorno de personalidade borderline em psicoterapia: um acompanhamento prospectivo. Journal of Nervous and Mental Disease, 183, 370-376.
- Salkovskis, PM, Atha, C., & Storer, D. (1990). Resolução de problemas cognitivo-comportamental no tratamento de pacientes que tentam repetidamente o suicídio: um ensaio controlado. British Journal of Psychiatry, 157, 871-876.
- Silver, MA, Bohnert, M., Beck, AT, & Marcus, D. (1971). Relação da depressão com Tentativa de suicídio e gravidade da intenção. Arquivos de Psiquiatria Geral, 25, 573-576.
- Skoog, I., Aevansson, O., Beskow, J., Larsson, L., Palsson, S., Waern, M., Landahl, SI, & Ostling, S. (1996). Sentimentos suicidas em uma amostra populacional de idosos não dementes de 85 anos. Revista Americana de Psiquiatria, 153(8), 1015-1020.
- Smyth, NJ, Ivanoff, A., & Jang, SJ (1994). Mudanças na desadaptação psicológica entre parassuicídios de presos. Criminal Justice and Behavior, 21, 353G5.
- Spitzer, RL, Williams, JB, Kroenke, K. et al. (1994). Utilidade de um novo procedimento para Diagnóstico de transtornos mentais na atenção primária: O estudo PRIME-MD 1000. Journal of the American Medical Association, 272, 245-277.
- Steer, RA, Beck, AT e Brown, GK (1997). Fatores da Desesperança de Beck Escala: fato ou artefato? Pesquisa Clínica Experimental Multivariada, 11(3), 131-144.
- Steer, RA, Kumar, F., & Beck, AT (1993). Ideação suicida autorrelatada em pacientes psiquiátricos adolescentes internados. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61(6), 1096-1099.

Steer, RA, Rissmiller, DB, Ranieri, WF, & Beck, AT (1993). Dimensões da ideação suicida em pacientes psiquiátricos internados. Behavior Research and Therapy, 31(2), 229-236.

Stroup, S. (fevereiro de 2002). Comunicação pessoal. Universidade da Carolina do Norte. Ensaio Clínico de Eficácia da Intervenção com Antipsicóticos (CATIE).

Strosahl, K., Chiles, JA, & Linehan, M. (1992). Predição da intenção suicida em parasuicidas hospitalizados: Razões para viver, desesperança e depressão. Comprehensive Psychiatry, 33, 366-373.

Swain, BJ, & Domino, G. (1985). Atitudes em relação ao suicídio entre pessoas com problemas de saúde mental. Estudos sobre a morte, 9, 455-468.

Szanto, K., Reynolds, CF, Conwell, Y., Begley, AE, & Houck, P. (1998). Níveis elevados de desesperança persiste em pacientes geriátricos com depressão em remissão e histórico de tentativa de suicídio. Journal of the American Geriatrics Society, 46, 1401-1406.

Szanto, K., Reynolds, CF, Frank, E., Stack, J., Fasiczka, AL, Miller, M., Bulsant, B., H., Mazumdar, S., & Kupfer, DJ (1996). Suicídio em pacientes idosos deprimidos: a ideação suicida ativa versus passiva é uma distinção clinicamente válida? American Journal of Geriatric Psychiatry, 4, 197-207.

Tejedor, MC, Diaz, A., Castillon, JJ, Pericay, JM (1999). Tentativa de suicídio: Repetição e sobrevivência – resultados de um estudo de acompanhamento. Acta Psychiatrica Scandinavica, 100, 205-211.

Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA (2001). Estratégia nacional para a prevenção do suicídio: Metas e objetivos para ação. Rockville, MD: Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA.

Serviço de Saúde Pública dos EUA (1999). O apelo do Cirurgião-Geral à ação para prevenir o suicídio. Washington, DC.

Van der Sande, R., Van Rooijen, L., Buskens, E., Allart, E., Hawton, K., Van der Graff, Y., & Van Engeland, H. (1997). Intervenção intensiva em ambiente hospitalar e comunitário versus cuidados de rotina após tentativa de suicídio: um estudo de intervenção controlado randomizado. British Journal of Psychiatry, 171, 35-41.

Verkes, RJ, Van der Mast, RC, Hengeveld, MW, Tuyl, JP, Zwinderman, AH, & Van Kempen, G. (1998). Redução do comportamento suicida pela paroxetina em pacientes com tentativas repetidas de suicídio, mas sem depressão maior. American Journal of Psychiatry, 155, 543-546.

Velting, DM, & Miller, AL (abril de 1999). Fatores de risco diagnósticos para adolescentes. Comportamento parassuicida. Trabalho apresentado na 9ª Conferência Anual da Associação Americana de Suicidologia. Houston, TX.

Weissman, AD, Beck, AT e Kovacs, J. (1979). Abuso de drogas, desesperança e comportamento suicida. Revista Internacional de Dependência, 14, 451-62.

Weissman, AD, & Worden, JW (1972). Classificação de risco-resgate na avaliação de suicídio. Arquivos de Psiquiatria Geral, 26, 553-560.

Weissman, AD, & Worden, JW (1974). Classificação de risco-resgate na avaliação de suicídio. Em AT Beck, HLP Resnik e DJ Lettieri (Eds.). A previsão do suicídio. Filadélfia: Charles Press.

Weissman, MM, Olfson, M., Leon, AC et al. (1995). Entrevistas diagnósticas breves (SDDS-PC) para múltiplos transtornos mentais na atenção primária: um estudo piloto. Archives of Family Medicine, 4, 220-227.

Westefeld, JS, Badura, A., Kiel, J., & Scheel, K. (1996). Desenvolvimento do Colégio Inventário de Razões de Viver de Estudantes Afro-americanos. Revista de Psicoterapia de Estudantes Universitários, 10(4), 61-65.

Westefeld, JS, Badura, A., Kiel, J., & Scheel, K. (1996). As razões do estudante universitário para o Inventário de Vida: Dados Psicométricos Adicionais. Revista de Desenvolvimento do Estudante Universitário, 37(3), 348-351.

Westefeld, JS, Cardin, D., & Deaton, WL (1992). Desenvolvimento do Inventário de Razões para Viver do Estudante Universitário. Suicídio e Comportamento Ameaçador à Vida, 22(4), 442-452.

Westefeld, JS, Scheel, K., & Maples, MR (1998). Análises psicométricas do Inventário de Razões para Viver de Estudantes Universitários usando uma população clínica. Medição e Avaliação em Aconselhamento e Desenvolvimento, 31, 86-94.

Wetzel, RD (1977). Estrutura fatorial das Escalas de Intenção Suicida de Beck. Relatórios Psicológicos, 40(1), 295-302.

Williams, JBW (1988). Um guia de entrevista estruturada para a Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton. Arquivos de Psiquiatria Geral, 45, 742-747.

Woods, PJ, Silverman, ES, Gentilini, JM, Cunningham, D; K., & Grieger, RM (1991). Variáveis cognitivas relacionadas à ideação suicida em adolescentes com implicações para a prevenção a longo prazo. Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavior Therapy, 9, 215-245.

Young, MA, Fogg, L, F, Scheftner, W., Fawcett, J., Akiskal H., & Maser, J. (1996). Componentes estáveis de traço de desesperança: linha de base e sensibilidade à depressão. Journal of Abnormal Psychology, 105(2), 155-165.

Zimmerman, M., Lish, JD, Lush, DT, Farber, NJ, Plescia, G., e Kuzma, MA (1995). Ideação suicida entre pacientes ambulatoriais urbanos. Journal of General Internal Medicine, 10, 573-576.

Tabela 1 (continuação)

Medir	Modo de administração			Preditivo	Ambientes de estudo				
	Itens de fatores de entrevista de autorrelato				Validade	Faculdade de Medicina	Psiquiátrica	Comunidade	Outros
Risco-Resgate		X		10		X	X		
Formulário de Gravidade de Lesões Autoinfligidas		X		7			X		
Escalas de Letalidade		X		8		X	X		
Itens de suicídio Paykel		X		5					X
Sistema de diagnóstico orientado por sintomas para Atenção Primária (Itens relacionados ao Suicídio)	X			3			X		
Questionário de triagem de ideação suicida		X		4			X		X
Escala de Hamilton para Avaliação da Depressão (Item de suicídio)		X		1	X	X			
Escala de Desesperança de Beck	X		3	20	X	X	X	X	
Inventário de Depressão de Beck (Item de Suicídio)	X			1	X	X	X	X	
Inventário de Razões para Viver de Linehan	X		6	48+		X	X	X	X
Breve Inventário de Razões para Viver	X		6	12					X
Razões para estudantes universitários morarem juntos.	X		6	46		X		X	
Questionário de Opinião sobre Suicídio	X		5-15	100			X	X	X
Escala de Letalidade Potencial de Suicídio	X			13					X
Teste sobre depressão e suicídio na terceira idade	X		12				X	X	X
Inventário de Resposta à Intervenção em Casos de Suicídio	X		4	25					X

Apêndice

Medida de suicídio	Autor	Endereço
Ideação suicida em adultos Questionário	Reynolds, William M.	William M. Reynolds Universidade da Colúmbia Britânica Departamento de Psicologia da Educação 2125 Main Mallnue Vancouver, BC V6T 124 WILLIAM.REYNOLDS@ubc.ca
Escala de Desesperança de Beck	Beck, Aaron T.	Corporação Psicológica 555 Pátio Acadêmico San Antonio, TX 78204 <small>À atenção do Departamento de Vendas Clínicas.</small> 1-800-211-8378
Escala de Beck para Suicídio Ideação	Beck, Aaron T.	Aaron T. Beck Universidade da Pensilvânia Centro de Ciências, Sala 754 3600 Market Street Filadélfia, PA 19104-2648 becka@landru.cpr.upenn.edu
Breves razões para viver Inventário	Ivanoff, André	André Ivanoff Escola de Serviço Social da Universidade de Columbia 704 McVickar Hall 622 West 113th Street . Nova Iorque, NY 10025 ami2@columbia.edu
Inventário de razões para estudantes universitários viverem	Westefeld, John S.	João S. Westefeld Departamento de Fundamentos Psicológicos e Quantitativos Universidade de Iowa Iowa City, Iowa 52242 jwestef@blue.weeg.uiowa.edu
Avaliação da Firestone Pensamentos autodestrutivos	Firestone, Robert W. Robert	W. Firestone Associação Glendon 5383 Hollister Ave., Sala 230 Santa Bárbara, CA 93111 glendon@glendon.org
Escala de Letalidade	Beck, Aaron T.	Aaron T. Beck Universidade da Pensilvânia Centro de Ciências, Sala 754 3600 Market Street Filadélfia, PA 19104-2648 becka@landru.cpr.upenn.edu

Medida de suicídio	Endereço do autor	
Parassuicídio ao longo da vida Contar	Linehan, Marsha M. Marsha M.	Linehan Clínicas de Pesquisa e Terapia Comportamental Departamento de Psicologia, Caixa Postal 351525 Universidade de Washington Seattle, Washington 98195 linehan@u.washington.edu
Razões de Linehan para Inventário de Vida	Linehan, Marsha M. Marsha M.	Linehan Clínicas de Pesquisa e Terapia Comportamental Departamento de Psicologia, Caixa Postal 351525 Universidade de Washington Seattle, Washington 98195 linehan@u.washington.edu
Escala modificada para Ideação suicida	Miller, Ivan W.	Ivan W. Miller Caixa G-RI Universidade Brown Providence, RI 02912-G-RI
Escala de Suicídio de Paykel	Paykel, ES	ES Paykel Universidade de Cambridge Departamento de Psiquiatria Hospital Addenbrooke's Cambridge, CB2 2AA INGLATERRA
Histórico de parassuicídio Inventário	Linehan, Marsha M. Marsha M.	Linehan Clínicas de Pesquisa e Terapia Comportamental Departamento de Psicologia, Caixa Postal 351525 Universidade de Washington Seattle, Washington 98195 linehan@u.washington.edu
Questionário sobre depressão e Suicídio na terceira idade	Pratt, CC	CC Pratt Departamento de Desenvolvimento Humano e Estudos da Família Universidade Estadual do Oregon Corvallis, OR 97331-5102
Escala de Pessoas com Transtorno Afetivo Sazonal	Patterson, WM	WM Patterson Clínica Smolian Quarto 210 Departamento de Psiquiatria Estação Universitária Birmingham, AL 15294

Medida de suicídio	Autor	Endereço
Escala para Ideação Suicida	Beck, Aaron T.	Aaron T. Beck Universidade da Pensilvânia Centro de Ciências, Sala 754 3600 Market Street Filadélfia, PA 19104-2648 becka@landru.cpr.upenn.edu
Escala para Ideação Suicida - Pior	Beck, Aaron T.	Aaron T. Beck Universidade da Pensilvânia Centro de Ciências, Sala 754 3600 Market Street Filadélfia, PA 19104-2648 becka@landru.cpr.upenn.edu
Lesão autoinfligida Formulário de Gravidade	Potter, Lloyd	Lloyd Potter Centros de Controle e Prevenção de Doenças Centro Nacional de Prevenção e Controle de Lesões 4770 Buford Highway, NE Caixa de correio K-60 Atlanta, GA 30341
Automonitoramento do suicídio Escala de Ideação	Clum, George A.	George A. Clum Psicologia 5093G Derring Hall Blacksburg, VA 24061 gclum@vt.edu
Comportamentos suicidas Entrevista	Ivanoff, André	André Ivanoff Escola de Serviço Social da Universidade de Columbia 704 McVickar Hall 622 West 113th Street . Nova Iorque, NY 10025 ami2@columbia.edu
Comportamentos suicidas Questionário	Linehan, Marsha M. Marsha M.	Linehan Clínicas de Pesquisa e Terapia Comportamental Departamento de Psicologia, Caixa Postal 351525 Universidade de Washington Seattle, Washington 98195 linehan@u.washington.edu

Medida de suicídio	Endereço do autor	
Comportamentos suicidas Questionário Revisado	Linehan, Marsha M. Marsha M.	M. Linehan Clínicas de Pesquisa e Terapia Comportamental Departamento de Psicologia, Caixa Postal 351525 Universidade de Washington Seattle, Washington 98195 linehan@u.washington.edu
Escala de Ideação Suicida	Rudd, M. David	David Rudd Professor de Psicologia Departamento de Psicologia Universidade Baylor Caixa Postal 97334 Waco, TX 76798-7334 M_Rudd@Baylor.edu
Ideação suicida Questionário de triagem	Cooper-Patrick, Lisa Lisa Cooper-Patrick	Centro Welch para Prevenção, Epidemiologia e Pesquisa Clínica 2024 E. Monument St., Sala 2-600 Baltimore, MD 21205-2223
Escala de Intenção Suicida	Beck, Aaron T.	Aaron T. Beck Universidade da Pensilvânia Centro de Ciências, Sala 754 3600 Market Street Filadélfia, PA 19104-2648 becka@landru.cpr.upenn.edu
Intervenção em casos de suicídio Inventário de Respostas	Neimeyer, Robert A. Robert A.	Neimeyer Departamento de Psiquiatria Centro de Ciências Clínicas 600 Highland Ave. Madison, WI 53792
Intervenção em casos de suicídio Inventário de Respostas –2	Neimeyer, Robert A. Robert A.	Neimeyer Departamento de Psiquiatria Centro de Ciências Clínicas 600 Highland Ave. Madison, WI 53792
Opinião sobre suicídio Questionário	Dominó, George	George Domino Departamento de Psicologia Universidade do Arizona Tucson, AZ 85721

Medida de suicídio	Autor	Endereço
Letalidade potencial de suicídio Escala	Holmes, Cooper B.	Cooper B. Holmes Departamento de Psicologia SU Emporial 1200 Comercial Emporia, KS 66801 Revista de Consultoria e Clínica Psicologia, 48, 383-387
Escala de Probabilidade de Suicídio	Cull, JG e Gill, WS	Serviços Psicológicos Ocidentais Editores e Distribuidores 12031 Wilshire Boulevard Los Angeles, CA 90025-1251
Formulário de Intenção de Suicídio	Jobes, David A.	David A. Jobes Universidade Católica Departamento de Psicologia Washington, DC 20064 VAGAS@CUA.EDU