



Boletim Academia Paulista de Psicologia

ISSN: 1415-711X

academia@appsico.org.br

Academia Paulista de Psicologia

Brasil

de Lima Argimon, Irani I.; Fernandes Lopes, Regina Maria; Bulcão Terroso, Lauren; Farina, Marianne;
Coutinho, Anelise

Considerações sobre desesperança na avaliação do potencial suicida

Boletim Academia Paulista de Psicologia, vol. 33, núm. 84, enero-junio, 2013, pp. 53-63

Academia Paulista de Psicologia

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=94632386006>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

• **Considerações sobre desesperança na avaliação do potencial suicida**
Considerations about hopelessness in the assessment of the potential suicide
Consideraciones sobre desesperanza en la evaluación del intento suicida

Irani I. de Lima Argimon¹
Regina Maria Fernandes Lopes²
Lauren Bulcão Terroso³
Marianne Farina⁴
Anelise Coutinho⁵

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

Resumo: O suicídio está entre as dez principais causas de morte no mundo, sendo uma das três primeiras causas de morte na faixa etária entre quinze e trinta e cinco anos. Este estudo tem como objetivo identificar as características sociodemográficas e diagnósticas de pacientes internados por tentativa de suicídio, bem como verificar se o nível de desesperança e a intensidade da depressão são fatores associados. A amostra é constituída por 156 sujeitos, sendo 105 pacientes com diagnóstico de transtornos psiquiátricos de vários tipos e 51, sem diagnóstico formal, mas ambos com baixa hospitalar por tentativa de suicídio. Os resultados apontam que os pacientes em questão mostraram pontuações elevadas, consideradas significativas tanto na Escala de Desesperança de Beck (BHS) como no Inventário de Depressão de Beck (BDI).

Palavras-chaves: depressão; hospitalização; tentativa de suicídio.

Abstract: *Suicide is one of the top ten causes of death worldwide, being one of the three leading causes of death in the age ranging from fifteen to thirty-five years. This study aimed to assess sociodemographic and diagnostic characteristics of inpatients hospitalized because of suicide attempts as well as to verify whether the level of*

¹ Dr. em Psicologia (PUCRS), Docente do Programa de Graduação e Pós-Graduação da PUCRS. Pesquisadora Produtividade CNPq. Endereço: Av. Ipiranga, 6681 - Partenon - Porto Alegre/RS - Brasil CEP: 90619-900. Fone: (51) 3320.3500. E-mail: argimoni@pucrs.br

² Psicóloga (PUCRS). Especialização em Reabilitação Neuropsicológica (FAMUSP). Especialista em Psicologia Clínica-Ênfase em Avaliação Psicológica (UFRGS). Brasil. Apoio CAPES. Professora da Pós- Graduação em Avaliação Psicológica da UNISC. Coordenadora do Núcleo Médico Psicológico, Porto Alegre, RS, Brasil. Endereço: Av. Ipiranga, 6681 - Partenon - Porto Alegre/RS Brasil - CEP: 90619-900. Fone: (51) 3320.3500 E-mail: regina@nucleomedicopsicologico.com.br; reginamolpess@gmail.com

³ Psicóloga (UCPel). Mestranda em Psicologia Clínica (PUCRS). Especialização Psicoterapia Cognitivo- Comportamental. Endereço: Av. Ipiranga, 6681 - Partenon - Porto Alegre/RS - Brasil CEP: 90619-900. Fone: (51) 3320.3500. E-mail: laurenterroso@hotmail.com

⁴ Psicóloga (PUCRS). Mestranda em Psicologia Clínica (PUCRS). Pós-Graduanda em Terapia de Família, Casal e Indivíduo, ênfase em Sistêmica (INFAPA). Bolsista Cnpq. Endereço: Av. Ipiranga, 6681 - Partenon - Porto Alegre/RS - Brasil CEP: 90619-900. Fone: (51) 3320.3500 E-mail: mariannefarina@yahoo.com.br

⁵ Graduanda em Psicologia (PUCRS), Colaboradora do Grupo de Pesquisa Avaliação e Intervenção no Ciclo Vital. Endereço: Av. Ipiranga, 6681 - Partenon Porto Alegre/RS - Brasil CEP: 90619-900. Fone: (51) 3320.3500 E-mail: ani_coutinho@hotmail.com

hopelessness and the depression intensity would be a factor associated with suicide attempts. The sample was composed by 156 individuals, 105 patients with several psychiatric disorders and 51 without formal diagnosis, both with previous suicide attempts. The results indicated that patients had high scores which were considered significant both in the Beck Hopelessness Scale (BHS) and the Beck Depression Inventory (BDI).

Keywords: *depression; hospitalization; suicide attempt.*

Resumen: *El suicidio está dentro de las diez principales causas de muerte en el mundo, siendo una de las tres primeras dentro de los rangos de edades entre los quince y treinta y cinco años. Este estudio tiene como objetivo identificar las características socio demográficas y diagnosticas de pacientes internados por intento de suicidio, así como también comprobar si el nivel de desesperanza y la intensidad de la depresión son factores asociados. La muestra está conformada por 156 sujetos, de los cuales 105 son pacientes diagnosticados con diferentes trastornos psiquiátricos y los otros 51 sin un diagnóstico formal, ambos grupos hospitalizados, por intento de suicidio. Los resultados muestran que los pacientes que conforman la muestra, presentan puntuaciones elevadas, consideradas significativas, tanto en la Escala de Desesperanza de Beck (BHS) como en el Inventario de Depresión de Beck (BDI).*

Palabras claves: *depresión; hospitalización; intento de suicidio.*

Introdução

O suicídio consiste em um ato intencional de um indivíduo para extinguir sua própria vida. Está entre as dez principais causas de morte no mundo, sendo uma das três primeiras na faixa etária entre quinze e trinta e cinco anos (WHO/OMS, 2000). Esta estatística vem crescendo vertiginosamente (Juurlink e outros, 2004), principalmente entre adolescentes e idosos (Gilewski, 1991; Mintzer & Targum, 2003; Moscicki, 2004). No mundo, apesar de a taxa de suicídio ser considerada mais alta entre os indivíduos mais velhos do que entre os mais jovens, dados atuais têm comprovado alterações desta tendência desde os anos 90 (Souza, Minayo & Malaquias, 2002).

O ato suicida, bem como as tentativas e pensamentos suicidas são problemas de saúde por todo o mundo (Spijker, Straten, & Kerkhof, 2010) ultrapassando um interesse meramente acadêmico e passando a representar um importante ônus à saúde pública. A Organização Mundial da Saúde (OMS) acredita que, até 2020, mais de 1,5 milhões de pessoas vão cometer suicídio (Bertolote & Fleischmann, 2002). As taxas de suicídio mundiais dependem de aspectos culturais, regionais e sociodemográficos, bem como da maneira como estas mortes são registradas (Hawton & Zahl, 2003). Em países industrializados, em geral, o suicídio, como causa de mortes, fica entre 10 e 24 casos por 100.000 habitantes

(Raczek, True & Friend, 1989). Nos Estados Unidos, 210.000 pessoas tentam suicídio a cada ano (Moscicki, 2004). Estudo de base populacional conduzido nesse país mostrou que 34% dos indivíduos com pensamentos suicidas desenvolvem planos suicidas, enquanto 26% fazem alguma tentativa (Kessler, Borges & Walters, 1999).

No Brasil, a taxa de mortalidade por suicídio de 2005 foi considerada relativamente baixa (5,6 mortes por 100.000 habitantes) quando comparada com taxas de outros países. O país ocupa a 67ª posição em uma classificação mundial (Lovisi e outros, 2009). No entanto, em números absolutos, o Brasil encontra-se entre os 10 países com mais suicídios (Mello-Santos, Bertolote & Wang, 2005). Em certas localidades do Rio Grande do Sul, chega a 16 casos por 100.000 habitantes (Heck, 1994), tendo atingido, no município de Venâncio Aires, a taxa de 37,22 casos por 100.000 habitantes (segundo informações da Delegacia de Polícia de Venâncio Aires).

O entendimento das razões para um ato suicida é extremamente complexo e pode subentender diferentes níveis de explicações, desde a identificação de determinantes (como causas psicobiológicas, ligadas à predisposição familiar, sócio-culturais e ecológicas), a interferência sobre a significação do ato para o sujeito (como um “grito de socorro” ou um gesto agressivo), variando de um nível pouco acessível a uma investigação sistemática por dificuldades conceituais ou metodológicas, até um nível “relativamente acessível”, quando as razões “podem ser manifestadas no comportamento verbal” (Bancroft, Skrimshire & Simkin, 1976). Conforme Émile Durkheim (1897 / 2003), o estudo do suicídio não pode excluir aspectos etnográficos e culturais, nem deixar de considerar a intrigante regularidade sociológica do fenômeno. O risco de suicídio requer intervenções em vários âmbitos, incluindo psicoterapia, farmacoterapia, terapias biológicas, psiquiatria comunitária, hospitalização, além de medidas psicopedagógicas (Schmitt, Quevedo, & Kapczinski, 2007).

Os principais fatores associados ao suicídio são: tentativas anteriores de suicídio, doenças mentais (principalmente depressão e abuso/dependência de álcool e drogas), ausência de apoio social, histórico de suicídio na família, forte intenção suicida, eventos estressantes e características sóciodemográficas, tais como pobreza, desemprego e baixo nível educacional (Rogers, 2001; Skogman & Öjehagen, 2004; Ben-Zeev, Young & Depp, 2012). Uma vez que vítimas de suicídio parecem que não são passíveis de tratamento, expressivo empenho tem-se constatado para a identificação de indicadores de suicídio (Lennings, 1992). Tentativa prévia de suicídio é considerada um indício probabilístico de que um ato suicida fatal tenda a se concretizar em 25 a 50% dos casos (Kiev, 1976), mas as razões da ocorrência de tentativas podem se diferenciar quanto à intenção letal. Pacientes internados que possuem tentativas prévias de suicídio constituem

um fator de risco para tentativas futuras (Chan, Maniam & Shamsul, 2011; Hayashi e outros, 2012).

A desesperança dos sujeitos constitui um papel central para o ato e pensamentos suicidas, tendo sido introduzida na literatura psicanalítica, em 1961, *como um tema central da depressão* (Glanz, Haas & Sweeney, 1995), passando a ser considerado como onexo causal entre depressão e suicídio (Minkoffe outros, 1973; Beck e outros, 1974; Beck & Steer, 1993a;), um dos componentes da tríade da teoria cognitiva de depressão de Beck (Beck e outros, 1982). A formulação teórica do constructo deu origem à BHS, uma medida de pessimismo (Beck e outros, 1974), que ganhou espaço na pesquisa de ideação suicida e de risco de suicídio (Beck, Steer & Shaw 1984; Beck e outros, 1985; Beck, Steer & Trexler. 1989; Weishaar & Beck. 1992; Beck & Steer, 1993a; Beck e outros, 1993;), de forma que se pode considerar *virtualmente inquestionável a relação entre desesperança e ideação suicida* (Joiner & Rudd, 1996). Assim, a desesperança é considerada por muitos autores como principal preditor de comportamentos suicidas (Van Beek, Kerkhof & Beekman, 2009; Herrestad & Biong, 2010; Hayashi, 2012; Yaseen, e outros, 2012)

Assim, o presente estudo foi realizado com o propósito de descrever características sócio-demográficas e diagnósticas de pacientes internados por tentativa de suicídio, bem como verificar se o nível de desesperança e a intensidade da depressão seriam fatores associado ao ato suicida.

Este estudo faz parte de uma pesquisa maior (ofício 1128/07-CEP) que teve o objetivo a adaptação do Inventário de Depressão de Beck. O delineamento foi quantitativo e transversal. Participaram do estudo 156 sujeitos de ambos os sexos que estavam internados nas alas psiquiátricas de dois hospitais da cidade de Porto Alegre-RS, por tentativa de suicídio.

Método

Integrantes

Os indivíduos foram convidados a participar da pesquisa no próprio local onde recebiam tratamento. Foram esclarecidos os objetivos e procedimentos a serem realizados. Os que aceitaram participar da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Foram realizadas estatísticas descritivas para caracterizar a amostra bem como o teste qui-quadrado e análise de regressão logística. Foi utilizado um intervalo de confiança de 95%, considerando estatisticamente significativos valores de $p < 0,05$.

Instrumentos

Escala de desesperança de Beck (BHS):

A BHS foi desenvolvida para medir a dimensão do pessimismo ou a extensão das atitudes negativas do indivíduo a respeito do futuro. Trata-se de uma escala dicotômica (certo ou errado) que engloba 20 itens contendo afirmações que abrangem a cognição sobre desesperança. A soma dos itens resulta em um escore total, classificando a desesperança em intensidade mínima, leve, moderada e grave (Beck & Steer, 1993b). Sua versão em português foi da mesma forma testada em amostras clínicas e não-clínicas, confirmando índices adequados de fidedignidade (0,89 para sujeitos com tentativa prévia de suicídio) e validade (Cunha, 2001). Para quantificação da desesperança utilizam-se, de acordo com as pontuações, os seguintes escores: 0-4: desesperança mínima; 5-8: desesperança leve; 9-13: desesperança moderada; 14-20: desesperança grave. Para a análise dos dados do presente estudo os escores foram categorizados em baixa desesperança (pontuação menor que 9) e alta desesperança (9 pontos ou mais).

Escala de ideação suicida de Beck (BSI):

O BSI é um instrumento auto-aplicativo que fornece informações que objetiva a identificação da ideação suicida, avaliando os planos, comportamentos e atitudes do avaliado em relação a esse comportamento. A escala é composta por 21 itens, cada um com três alternativas de resposta (Beck e Steer, 1993b). Sua versão em português foi validada por Cunha (2001) obtendo propriedades psicométricas, satisfatórias em amostras clínicas e não-clínicas. A fidedignidade da BSI em uma amostra (n=140) de indivíduos com tentativa prévia de suicídio foi de 0,93.

Para verificar dados sócio-demográficos dos sujeitos bem como os motivos da internação foram utilizados os prontuários dos hospitais em que estavam internados. Este procedimento foi realizado mediante autorização dos responsáveis pela instituição e consentimento do participante.

Inventário de Depressão de Beck - BDI:

Originariamente desenvolvido por Beck e outros (1961). Trata-se de uma escala de auto-relato, para levantamento da intensidade dos sintomas depressivos (Rosa e outros, 1986; Beck & Steer, 1993a), composto por 21 itens, cada um com quatro alternativas, subentendendo graus crescentes de gravidade da depressão com escore de 0 a 3. As estimativas de fidedignidade foram estabelecidas a partir de seis amostras psiquiátricas (Beck & Steer, 1993a) que variaram entre 0,79 e 0,90. No Brasil esta escala foi adaptada e validada por Cunha (2001) que estabeleceu os pontos de corte, subdivididos em: 0 a 11 = intensidade de sintomas mínima, de 12 a 19 = intensidade de sintomas leves, de 20 a 35 = moderada e de 36 a 63 = graves.

Resultados

Dos participantes, 73 (46,7%) eram do sexo masculino e 83 (53,3%) do sexo feminino, com idades compreendidas entre 15 e 67 anos ($M = 32,91$, $DP = 12,63$). Em relação à renda, esta foi estimada entre zero e 100 salários mínimos (622,00 reais era o valor do ano vigente). A média da renda dos participantes foi de 4,20 salários ($DP=11,70$).

Quanto ao estado civil, 71 (45,5%) eram solteiros, 43 (27,5%) casados, 37 (23,7%) separados ou divorciados, 5 (3,3%) viúvos. No que se refere a escolaridade, 94 (60,3%) sujeitos tinham o ensino fundamental (completo ou incompleto), 39 (25,0%) o ensino médio (completo ou incompleto), 21 (13,4%) ensino superior (completo ou incompleto), sendo que 2 sujeitos (1,3%) tinham este dado omitido no prontuário. Em relação ao diagnóstico, 105 sujeitos (67,3%) apresentaram transtornos psiquiátricos de vários tipos (Tabela 1) e história de tentativa de suicídio e 51 sujeitos não obtiveram diagnóstico formal.

Tabela 1 - Distribuição dos sujeitos da amostra, conforme o diagnóstico

Nº Participantes (%)	Especificação diagnóstica
51 (32,7)	Sem diagnóstico formal
36 (23,2)	Episódio de depressão maior
25 (16,0)	Dependência de outras substâncias
20 (12,8)	Dependência do álcool
13 (8,4)	Transtorno depressivo não identificado
7 (4,4)	Distímia
4 (2,5)	Transtorno de pânico

Fonte: elaboração própria

O resultado do qui-quadrado de Pearson foi significativo ($X^2 = 13,19$; $p=0,0003$), demonstrando a presença de associação entre as variáveis, intensidades de depressão e razões para o ato suicida. Para melhor visualização e interpretação dos dados, a partir da tabela de contingência foi utilizada a análise de correspondência, verificando-se que alta desesperança está mais associada com fuga de problemas, enquanto baixa desesperança está mais associada com solução de problemas. O resultado da análise de regressão logística foi significante, demonstrando que quem apresenta alta desesperança tem 3,37 mais razões de chance de referir – se a fuga de problemas como motivo para ato suicida.

Após a obtenção dos questionários preenchidos deu-se início aos procedimentos de análise de dados utilizando o programa *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS na versão 17.0 para Windows (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos).

Discussão

No presente estudo, os pacientes que tentaram suicídio em última análise, mostraram pontuações elevadas no Inventário de Depressão de Beck (BDI). Este achado corrobora com os resultados de outros estudos que também evidenciam altas prevalências de depressão em pacientes internados por tentativas de suicídio (Ben-Zeev e outros, 2012; Freudenstein e outros, 2012; Wilkowska e outros, 2013). Também foram encontradas altas pontuações na Escala de Desesperança de Beck (BHS), confirmando resultados de outros estudos que relatam a falta de esperança como um dos principais fatores de risco para tentativas de suicídio (Van Beek e outros, 2009; Hayashi e outros, 2012; Yaseen e outros, 2012).

Pode ser observado, através dos resultados deste estudo, que a alta desesperança encontra-se associada à fuga de problemas enquanto a baixa desesperança está associada à solução de problemas. Este dado pode ser comparado ao encontrado no estudo conduzido por Kwok & Shek (2010) que sugeriu que a ideação suicida está positivamente relacionada com falta de esperança, porém negativamente, correlacionada com competência emocional e resolução de problemas.

Os resultados também chamam a atenção para maior prevalência de mulheres internadas por tentativa de suicídio. Esta evidência pode ser explicada, também pelo fato de as tentativas de suicídio masculinas serem mais agressivas, como por exemplo com doses mais tóxicas de medicação quando esta estratégia é utilizada, levando a morte mais rapidamente. Em contrapartida, as mulheres, além de muitas vezes não obterem sucesso, procuram mais serviços de saúde para obter ajuda para seus pensamentos suicidas (Hur e outros, 2008). Além disso, no estudo de Chen, Tzeng, Cheng e Lin (2012), podemos constatar que os indivíduos que cometem suicídio são predominantemente jovens.

Outro achado do presente estudo refere-se à comprovação da utilidade da BHS, como recurso clínico, na avaliação do potencial suicida. Estudos comprovam o achado como o de Williams (1986), ao estudar as razões para a overdose, em 24 pacientes, com uma amostra maior de casos (N=156), com tentativa prévia de suicídio, na qual foi utilizada uma grande variedade de métodos, prevalecendo o BHS dos demais.

A associação da razão fuga de problemas com alta desesperança, por outro lado, demonstra a adequabilidade de utilizar-se o escore de 9 ou mais na BHS como ponto de corte para casos com possível risco de suicídio. Como sugere Williams (1986):

O efeito da intensificação de desesperança e do aumento da intenção suicida com ela associado aumenta o desejo de morrer a uma estrutura de motivações pré-existente que pode permanecer estável (pág. 147).

Conclusão

Apesar da existência de estudos semelhantes a esta pesquisa, pode-se inferir que está foi mais adiante, associando a depressão com a desesperança nas tentativas de suicídio. Além disso, demonstra diferenças nesse comportamento por gênero. As mulheres, com maior prevalência de desesperanças tentam suicídio por meios mais brandos e várias vezes. Os homens são mais diretivos e agressivos nas tentativas de extinção da vida. Quanto aos instrumentos empregados, os resultados incentivam a valorização do BHS como um efetivo recurso clínico.

A pesquisa demonstra a necessidade de se continuar com trabalhos sobre a desesperança e depressão, em função da alta prevalência de suicídio na população, em especial no território nacional. É imprescindível uma possível diminuição dessas variáveis ao em vez de utilizar tratamento da patologia psiquiátrica que pode acompanhar os pensamentos suicidas. Os comportamentos em foco constituem significantes fatores de risco que uma vez diminuídos ou sanados podem diminuir a probabilidade do desenvolvimento de tentativas de suicídio.

Deve-se salientar a importância de um tratamento focado nos pensamentos suicidas dos indivíduos. Ao contrário da opinião comum de que tratando a patologia psiquiátrica os pensamentos suicidas irão diminuir, sabe-se da importância do foco direto nestes pensamentos ao invés de confiarmos na possível melhora destes através do tratamento geral. Sendo assim, a prevenção tanto da saúde mental, quanto das tentativas de suicídio é imprescindível, uma vez que tentativas prévias constituem significantes fatores de risco para novas tentativas e os pacientes podem ter comportamentos suicidas recorrentes após a internação.

Constitui uma limitação deste estudo o delineamento transversal por não permitir estabelecer as variáveis preditoras para a ideação suicida, apenas constatar a associação entre elas. Torna-se necessário mais pesquisas na área, para aprofundar o conhecimento das características sócio-demográficas presentes nessa população, para a partir daí, realizar trabalhos preventivos, de maneira que atinja essa população com necessidade de um cuidado e amparo maior.

Referências

- Bancroft, J. H., Skrimshire, A. M. & Simkin, S. (1976). The reasons people give for taking overdoses. *The British Journal of Psychiatry*, 128, 538-548.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, A.F. & Emery, G. (1982). *Terapia cognitiva da depressão*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Beck A.T., Steer, R.A., Beck, J.S. & Newman, C.F. (1993). Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression. *Suicide Life Threat Behavior*, 32, (2), 139-145.
- Beck, A.T. & Steer, R.A. (1993a). *Beck Hopelessness Scale*. San Antonio: Psychological Corporation.

- Beck, A.T. & Steer, R.A. (1993b). *Beck Scale for Suicide Ideation*. Manual. San Antonio: Psychological Corporation.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Kovacs, M. & Garrison, B. (1985), Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicide ideation. *American Journal of Psychiatry*, 142, 559-563.
- Beck, A.T., Steer, R.A. & Shaw, B.F. (1984). Hopelessness in alcohol – and heroin – dependent women. *Journal of Clinical Psychology*, 40 (2) 602-606.
- Beck, A.T., Steer, R.A. & Trexler, L.D. (1989). Alcohol abuse and eventual suicide: a 5- to 10-year prospective study of alcohol-abusing suicide attempts. *Journal of Studies on Alcohol*, 50 (3) 202-207.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571
- Beck, A.T., Weissman, L., Lester, D. & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, (6) 861-865.
- Ben-Zeev, D., Young, M. A. & Depp, C. A. (2012). Real-time predictors of suicidal ideation: mobile assessment of hospitalized depressed patients. *Psychiatry Research*, 15: 55-59.
- Bertolote, J.M. & Fleischmann, A. (2002). A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidology*; 7(2):6-8.
- Chan, L. F., Maniam, T. & Shamsul, A. S. (2011). Suicide attempts among depressed inpatients with depressive disorder in a Malaysian sample. Psychosocial and clinical risk factors. *Crisis*, 32, 283-287.
- Chen, Y. L., Tzeng, D. S., Cheng, T. S. & Lin, C. H. (2012). Sentinel events and predictors of suicide among inpatients at psychiatric hospitals. *Annals of General Psychiatry*, 11:4.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Durkheim, E. (2003). *O suicídio*. São Paulo: Martin Claret. (Original publicado em 1897).
- Freudenstein, O., Valevski, A., Zohar, A., Shoval, G., Nahshoni, E., Weizman, A. & Zalsman, G. (2012). Perfectionism, narcissism, and depression in suicidal and nonsuicidal adolescent inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 53, 746-752.
- Gilewski, M. J., Farberow, N. L., Gallagher, D. E. & Thompson, L.W. (1991). Interaction of depression and bereavement on mental health in the elderly. *Psychology and Aging*, 6(1), 67-75.
- Glanz, L.M., Haas, G.L. & Sweeney, J.A. (1995). Assessment of hopelessness in suicidal patients. *Clinical Psychological Review*, 15, (1) 49-64.

- Hawton, K. & Zahl, D. (2003). Suicide following deliberate self-harm: long term follow-up of patients who presented to a general hospital. *The British Journal of Psychiatry*, 182, 537-542.
- Hayashi, N., Igarashi, M., Imai, A., Yoshizawa, Y., Utsumi, K., Ishikawa, Y., Tokunaga, T., Ishimoto, K., Harima, H., Tatebayashi, Y., Kumagai, N., Nozu, M., Ishii, H. & Okazaki, Y. (2012). Post-hospitalization course and predictive signs of suicidal behavior of suicidal patients admitted to a psychiatric hospital: a 2-year prospective follow-up study. *BMC Psychiatry*, 12: 174-186.
- Heck, R.M. (1994). *Suicídio, um grito sem eco*. Pelotas, RS: UFPEL
- Herrestad, H. & Biong, S. (2010). Relational hopes: A study of the lived experience of hope in some patients hospitalized for intentional self-harm *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 5, 46-51.
- Hur, J. W., Lee, B. H., Lee, S. W., Shim, S. H., Han, S. W. & Kim, Y. K. (2008). Gender differences in suicidal behavior in Korea. *Psychiatry Investigation*, 5, 28-35.
- Joiner Jr., T.E. & Rudd, M.D. (1996). Disentangling the interrelations between hopelessness, loneliness and suicidal ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26 (1)19-26.
- Juurlink, D.N., Herrmann, N., Szalai, J.P., Kopp, A. & Redelmeier, D.A. (2004). Medical illness and the risk of suicide in the elderly. *Archives of internal medicine*, 164(11):1179-84.
- Kessler R.C., Borges, G & Walters E.E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 56:617-626.
- Kiev, A. (1976). Cluster analysis profiles of suicide attempters. *American Journal of Psychiatry*, 133 (2) 150-153.
- Kwok, S. Y. C. & Shek, D. T. L. (2010). Cognitive, Emotive, and Cognitive-Behavioral Correlates of Suicidal Ideation among Chinese Adolescents in Hong Kong. *The Scientific World Journal*, 10, 366-379.
- Lennings, C. (1992). Suicide and time perspective: an examination of Beck and Yufit's suicide risk indicators. *Journal of Clinical Psychology*, 48 (4) 510-516.
- Lovisi, G. M., Santos, S. A., Legay, L., Abelha, L. & Valencia, E. (2009). Análise epidemiológica do suicídio no Brasil, entre 1980 e 2006. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31, 86-93.
- Mello-Santos C., Bertolote J. M. & Wang Y. (2005). Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000): characterization of age and gender rates of suicide. *Revista Brasileira de Psiquiatria*; 27(2):131-4.
- Minkoff, K., Bergman, E., Beck, A.T. & Beck, R. (1973). Hopelessness, depression and attempted suicide. *American Journal of Psychiatry*, 130 (4) 455-459.

- Mintzer, J., & Targum, S. D. (2003). Psychosis in elderly patients: classification and pharmacotherapy. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*, 16(4):199-206.
- Moscicki, E. (2004). Opportunities of Life Preventing Suicide in Elderly Patients. *Archives of Internal Medicine*. CLXIV (14): 1171-1172, jun/2004.
- Raczek, S., True, P. & Friend, R. (1989). Suicidal behavior and personality traits. *Journal of Personality Disorders*, 3 (4) 345-357.
- Rogers J.R. (2001). Theoretical grounding: "the missing link" in suicide research. *J Counsel Develop.* 79(1):16-25.
- Rosa, J. T., Malandrin, M. A., Leite, E. C. & Silva, J. C. V. V. V. (1986). Um estudo sobre a validação do Inventário de Depressão de Beck. Relato de pesquisa. *Anais do Congresso da Sociedade Interamericana de Psicologia*, Caracas.
- Schmitt, R., Quevedo, J., Kapczinski, F. (2007). Risco de suicídio: avaliação e manejo. In: J. Quevedo, R. Schmitt & F. Kapczinski (Eds.), *Emergências psiquiátricas*, 2ed. Porto Alegre: Artmed.
- Skogman, K., Alsén, M. & Öjehagen, A. (2004). Sex differences in risk factors for suicide after attempted suicide. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 113-120
- Souza E.R., Minayo M.C., & Malaquias, J.V. (2002). Suicide among young people in selected Brazilian state capitals. *Cadernos de Saude Pública*, 18(3):673-83.
- Spijker, A. J., Straten, A. V. & Kerkhof, J. F. M. (2010). The effectiveness of a web-based self-help intervention to reduce suicidal thoughts: A randomized controlled trial. *Trials*, 1, 11-25.
- Van Beek, W., Kerkhof, A. & Beekman, A. (2009). Future oriented group training for suicidal patients: a randomized clinical trial. *BMC Psychiatry*, 7, 2-7.
- Weishaar, M.C. & Beck, A.T. (1992). Hopelessness and suicide. *International review of Psychiatry*, 4, 2, 177-184.
- Wilkowska Chmielewska, J., Szelenberger, W. & Wojnar, M. (2013). Age-dependent symptomatology of depression in hospitalized patients and its implications for DSM-5. *Journal of Affective Disorders*, 16: 165-178.
- World Health Organization – WHO (2002). *World report on violence and health*. Dahlberg L. L., Biroux B., Stouthamer-Loeber M. & Van Kammen, W. B., (eds). Geneva.
- Yaseen, Z. S., Gilmer, E., Modi, J., Cohen, L. J. & Galynker, I. I. (2012). Emergency room validation of the revised suicide trigger scale (STS-3). A measure of a hypothesized suicide trigger state. *Plos One*, 7, 1-9.

Recebido: 11/03/2013 / Corrigido: 09/05/2013 / Aceito: 17/05/2013.