



Cuidados clínicos diante da ideação suicida

Riscos de iatrogenia, avaliação responsável e
adaptação para população neurodivergente

Um material para profissionais da saúde mental
sobre práticas que podem ser insuficientes,
inadequadas ou **potencialmente iatrogênicas**
diante da ideação suicida.

Equipe Sínteses



SÍNTESES

Centro de Psicologia
Baseada em Evidências



Sumário

1. Apresentação
2. O que é iatrogenia no cuidado em saúde mental
3. Perguntar sobre suicídio não é o problema
4. Quando a avaliação de risco vira uma falsa segurança
5. O risco de transformar o paciente em "um risco"
6. Contrato de não suicídio: por que não basta
7. Plano de segurança mal construído também pode falhar
8. Encaminhar sem continuidade pode aumentar desamparo
9. Invalidação, moralização e frases que parecem cuidado, mas podem ferir
10. Autismo e outras neurodivergências: quando o cuidado precisa ser adaptado
11. Desregulação emocional, crise e DBT
12. O que pode proteger o cuidado
13. Ficha final: sinais de alerta para o profissional



1. Apresentação

Trabalhar com ideação suicida exige uma combinação difícil: ser direto sem ser brusco, cuidadoso sem ser evitativo, responsável sem entrar em fantasia de controle, e ativo sem transformar a crise em um procedimento mecânico. Em saúde mental, nem toda intervenção bem-intencionada é clinicamente suficiente. Algumas práticas podem gerar alívio para o profissional, mas pouco cuidado real para o paciente. Outras podem parecer protetivas, mas produzir falsa segurança, invalidação ou descontinuidade (Bryan & Rudd, 2024; NICE, 2022; Stanley & Brown, 2012).

Mas inicialmente, precisamos esclarecer que este material não é um protocolo de manejo do suicídio. Ele não pretende ensinar "como conduzir qualquer caso" nem substituir formação, supervisão, diretrizes institucionais ou serviços de emergência. O objetivo é outro: ajudar profissionais da saúde mental a refletirem sobre formas de cuidado que podem ser insuficientes, inadequadas ou potencialmente iatrogênicas diante da ideação suicida.

O termo "potencialmente" é importante. Nem toda falha de comunicação produz dano. Nem toda conduta limitada é negligente. Nem todo encaminhamento é abandono. A clínica acontece em contextos reais, com limites de tempo, serviço, rede, formação e recursos.

Ainda assim, algumas práticas podem contribuir para sofrimento adicional, vergonha, desamparo, descontinuidade ou perda de colaboração quando:

- reduzem a pessoa a um nível de risco
- substituem formulação por escala
- usam contrato de não suicídio como se fosse intervenção
- encaminham sem continuidade
- ignoram necessidades de acessibilidade em pessoas neurodivergentes

(Brown et al., 2024; NICE, 2022; Stanley & Brown, 2012; Zortea et al., 2020)

Uma boa avaliação diante da ideação suicida não busca prever o futuro com certeza. Ela busca compreender melhor o sofrimento atual, identificar fatores que aumentam ou reduzem a possibilidade de perda de segurança, formular o que mantém a crise, construir próximos passos e sustentar continuidade do cuidado. Diretrizes recentes são explícitas ao recomendar que escalas ou classificações globais de risco não sejam usadas para prever suicídio futuro, repetição de autolesão, decisão de alta ou definição de acesso a tratamento (NICE, 2022).



A ideia central deste e-book é simples: a pergunta clínica não é apenas "qual é o risco?", mas "o que está acontecendo com esta pessoa, neste contexto, neste momento, e que cuidado proporcional, colaborativo e acessível pode reduzir sofrimento e aumentar segurança?".

Ao longo dos capítulos também vamos usar diferentes tipos de evidência. Algumas afirmações se apoiam em meta-análises e estudos clínicos; outras derivam de diretrizes clínicas, modelos teóricos, manuais acadêmicos ou inferências clínicas prudentes. Sempre que a evidência for indireta, teórica ou dependente de contexto, a linguagem será apresentada em termos de possibilidade, e não como causalidade absoluta.

2. O que é iatrogenia no cuidado em saúde mental

Iatrogenia pode ser definida, de forma simples, como um efeito negativo produzido pelo próprio cuidado. Em saúde mental, isso pode ocorrer por uma intervenção, uma avaliação, uma comunicação clínica, uma decisão institucional, uma omissão, uma forma de encaminhar ou até uma linguagem usada para descrever a pessoa. No campo da suicidologia, o tema costuma aparecer em duas direções: o medo de que perguntar sobre suicídio induza suicídio e o risco real de que algumas formas de cuidado sejam invalidantes, coercitivas, descontinuadas ou reducionistas (Dazzi et al., 2014; DeCou & Schumann, 2018; NICE, 2022).

Ou seja, ao longo da sua leitura a palavra iatrogenia será usada em sentido amplo. Ela inclui danos empiricamente estudados, riscos clínicos plausíveis, efeitos negativos descritos em diretrizes e formas de cuidado que podem aumentar sofrimento, vergonha, descontinuidade ou perda de colaboração.

Um ponto importante para discutirmos inicialmente, é que, na literatura disponível, não há evidência de que perguntar sobre suicídio, por si só, induza ideação suicida ou comportamento suicida. Esse é um ponto essencial, porque o medo de produzir dano pode levar profissionais a evitar perguntas necessárias. Um risco iatrogênico clinicamente relevante, nesse caso, não parece estar em perguntar de modo direto e cuidadoso, mas em perguntar de forma descuidada, sem vínculo, sem contexto, sem validação, sem continuidade e sem plano clínico proporcional à resposta obtida (Dazzi et al., 2014; DeCou & Schumann, 2018; Stanley & Brown, 2012).

Em saúde mental, a iatrogenia pode ser sutil. Ela pode aparecer quando o profissional usa linguagem moralizante, quando trata a pessoa como "manipuladora", quando responde à crise com punição ou ameaça, quando se concentra mais em se proteger juridicamente do que em formular o cuidado, ou quando usa uma escala como substituta do raciocínio clínico. A diretriz NICE recomenda que pessoas que se autolesionaram sejam tratadas com respeito, privacidade, dignidade e cuidado, e desaconselha abordagens punitivas, aversivas ou coercitivas como resposta rotineira ao comportamento de autolesão (NICE, 2022).

Também pode haver iatrogenia por descontinuidade. Um paciente pode sair de uma sessão, emergência, hospital ou avaliação com uma orientação aparentemente correta, mas sem ponte concreta para o próximo cuidado. O problema, nesse caso, não é encaminhar. Encaminhar pode ser necessário e responsável. O risco está em "passar adiante" sem retorno, sem articulação, sem instrução clara, sem rede, sem manejo dos meios disponíveis e sem algum tipo de acompanhamento proporcional à situação (Bryan & Rudd, 2024; Stanley et al., 2018; Zortea et al., 2020).

Em populações neurodivergentes, o risco iatrogênico inclui barreiras de comunicação e acessibilidade. Pessoas autistas, por exemplo, podem expressar sofrimento de modos que não correspondem às expectativas neurotípicas de expressão emocional. Uma avaliação que depende excessivamente de inferência social, contato visual, expressão facial, espontaneidade verbal ou linguagem abstrata pode subestimar sofrimento ou interpretar sinais de modo equivocado (Brown et al., 2024; NICE, 2022).

- ❗ Prevenir iatrogenia não significa ser perfeito. Significa sustentar uma postura clínica de humildade, precisão, validação, adaptação e continuidade. O objetivo não é assustar profissionais, mas aprimorar o cuidado.





Quadro de termos que serão usados neste material

Os termos abaixo organizam o vocabulário clínico utilizado ao longo deste e-book. Eles não eliminam ambiguidades clínicas, a intenção pode ser ambivalente, mudar ao longo do tempo ou ser difícil de comunicar, especialmente em contextos de crise, dissociação, vergonha, intoxicação, deficiência intelectual ou diferenças de comunicação (NICE, 2022; Turecki et al., 2019; Zortea et al., 2020).

Ideação suicida

Pensamentos sobre acabar com a própria vida, que podem variar de desejo passivo de morrer a pensamentos ativos com plano.

Comportamento suicida

Comportamentos que podem resultar em morte por suicídio, incluindo tentativas de suicídio.

Tentativa de suicídio

Comportamento autolesivo não fatal com intenção inferida ou declarada de morrer.

Autolesão

Ato intencional de lesionar ou intoxicar a si mesmo, independentemente da intenção aparente, conforme uso amplo adotado em diretrizes como a NICE.

Autolesão sem intenção suicida

Comportamento autolesivo sem intenção de morrer, embora possa coexistir com risco suicida e exigir avaliação cuidadosa.



3. Perguntar sobre suicídio não é o problema

Como dito anteriormente, um mito persistente na prática clínica é a ideia de que perguntar sobre suicídio pode "colocar a ideia na cabeça" da pessoa. Essa crença aparece em profissionais, familiares, instituições e comissões de ética, mas não encontra bom apoio na literatura. Revisões sobre o tema não demonstraram aumento estatisticamente significativo de ideação suicida em pessoas perguntadas sobre suicídio. Em alguns estudos, falar sobre o tema esteve associado a redução de sofrimento, sensação de alívio ou maior possibilidade de compreensão da própria crise (Dazzi et al., 2014; DeCou & Schumann, 2018).

Isso não significa que qualquer pergunta, feita de qualquer jeito, seja adequada. A literatura reduz o medo de que a pergunta direta, por si só, seja iatrogênica, mas não autoriza perguntas feitas de modo **acusatório, apressado, humilhante, burocrático ou desconectado de acolhimento e continuidade.** Perguntar sobre suicídio é um cuidado necessário na prática clínica, não uma pergunta qualquer de coleta de dados.

A forma da pergunta importa. O momento importa. O vínculo importa. A privacidade importa. A capacidade do profissional de acolher a resposta importa. A continuidade depois da pergunta importa. O problema não é perguntar: o problema é perguntar sem conseguir sustentar clinicamente o que aparece em seguida (Dazzi et al., 2014; NICE, 2022). Além disso, perguntas diretas costumam ser melhores do que perguntas ambíguas. Em vez de "você não está pensando em fazer nenhuma besteira, né?", que sugere uma resposta esperada e carrega julgamento, pode ser mais útil perguntar:

"Quando a dor fica muito intensa, aparece vontade de morrer?"

"Você pensou em se matar?"

"Você chegou a pensar em como faria?"

"Você tem acesso a esse meio agora?"

"O que te ajudou a não agir até este momento?"

"O que precisaria acontecer hoje para você ficar mais seguro?"

Perguntar também exige escuta da **ambivalência**. Muitas pessoas com ideação suicida não desejam simplesmente morrer. Podem desejar interromper dor, escapar de humilhação, suspender exaustão, acabar com sensação de aprisionamento, parar de ser um peso, ou encontrar controle quando tudo parece incontrolável. Modelos contemporâneos, como a Teoria dos Três Passos (Three-Step Theory, 3ST) e o Modelo Integrado Motivacional-Volitivo (Integrated Motivational-Volitional Model, IMV), ajudam a compreender que ideação suicida e passagem para ação não são a mesma coisa, embora estejam relacionadas (Klonsky & May, 2015; Wetherall et al., 2020).

O desconforto ao falar sobre suicídio pode acontecer. Esse desconforto, porém, não deve ser automaticamente confundido com dano iatrogênico. Uma pergunta sensível pode trazer vergonha, medo, tristeza ou lembranças difíceis. A questão ética é se a pergunta é feita com finalidade clínica clara, linguagem respeitosa, acolhimento e plano de continuidade. Em muitos casos, não perguntar pode ser clinicamente mais arriscado do que perguntar de modo direto, cuidadoso e sustentado por um plano de continuidade (Dazzi et al., 2014; DeCou & Schumann, 2018).

Portanto, a formulação mais adequada não é "perguntar ou não perguntar?". A pergunta é: "como perguntar de modo direto, humano, específico, não moralizante e clinicamente útil?".





4. Quando a avaliação de risco vira uma falsa segurança

Avaliar risco é necessário. O problema é transformar avaliação de risco em previsão do futuro. O comportamento suicida é multifatorial, dinâmico e influenciado por fatores biológicos, psicológicos, clínicos, sociais, relacionais, ambientais e situacionais. Mesmo quando conhecemos fatores de risco, nossa capacidade de prever com precisão quem morrerá por suicídio ou quem fará uma tentativa permanece limitada (Turecki et al., 2019; Zortea et al., 2020).

A diretriz NICE é particularmente importante nesse ponto: não recomenda usar ferramentas e escalas de risco para prever suicídio futuro ou repetição de autolesão, nem para determinar quem deve receber tratamento ou alta. Também recomenda não usar estratificações globais como baixo, médio ou alto risco para prever suicídio ou repetição de autolesão (NICE, 2022).

Isso não significa que instrumentos de apoio clínico sejam inúteis. Eles podem ajudar a organizar perguntas, registrar informações e lembrar dimensões relevantes. Mas não devem substituir formulação clínica, supervisão, documentação ou decisão compartilhada quando a situação exigir.

⚠ A falsa segurança aparece quando o profissional pensa: "eu classifiquei, então cuidei". Uma classificação pode organizar a comunicação entre profissionais, mas não é intervenção.

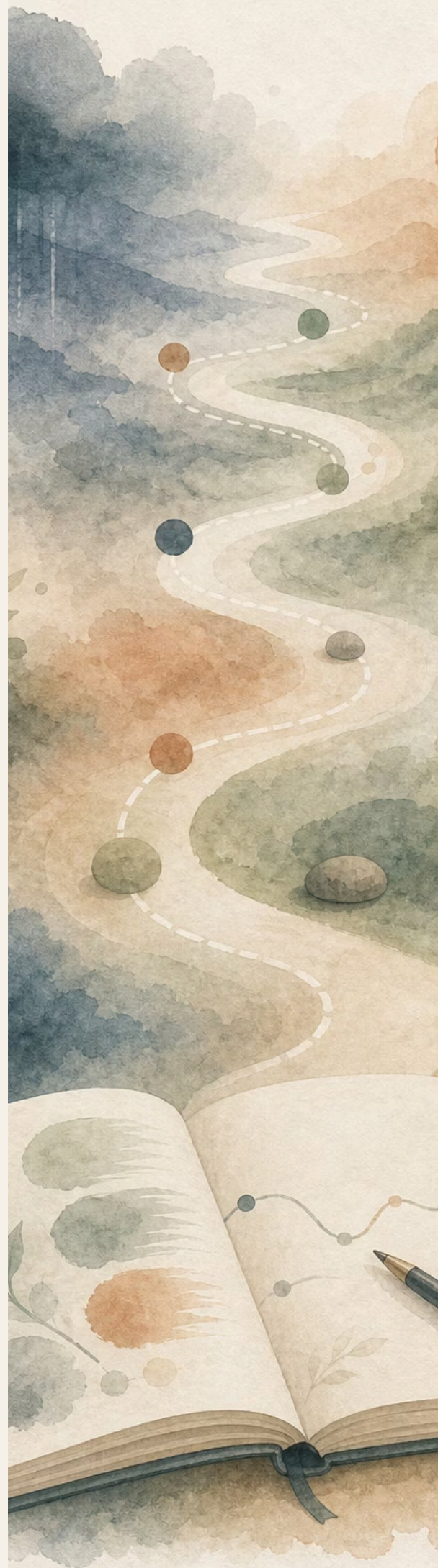
Dizer que alguém é "baixo risco" não constrói plano. Dizer que alguém é "alto risco" não explica função, contexto, rede, meios disponíveis, precipitantes, capacidade de pedir ajuda ou próximos passos. A classificação pode virar uma espécie de carimbo que encerra a curiosidade clínica (Bryan & Rudd, 2024; NICE, 2022; Zortea et al., 2020).

Outro problema é que **o risco suicida pode variar rapidamente**. Uma pessoa pode estar mais regulada durante a sessão e descompensar horas depois diante de rejeição, intoxicação, privação de sono, conflito familiar, sobrecarga sensorial ou acesso inesperado a meios letais. Bryan e Rudd (2024) descrevem a importância de pensar **o risco como fluido**, e não como uma característica fixa da pessoa. Essa visão é clinicamente útil porque desloca a atenção para condições que fazem o risco subir ou descer.

A avaliação responsável deve responder a perguntas clínicas práticas:

- Quais fatores aumentam risco agora? Quais reduzem?
- O que mudou desde a última crise?
- Há plano, intenção, acesso a meios ou comportamento preparatório?
- A pessoa consegue colaborar com medidas de segurança?
- Há rede confiável?
- O que precisa ser feito nas próximas horas, nos próximos dias e nas próximas semanas?
- Que parte do cuidado depende de mim, da equipe, da rede, do serviço e do próprio paciente?

Instrumentos estruturados, como o Linehan Risk Assessment and Management Protocol (L-RAMP), podem apoiar esse processo ao organizar avaliação, manejo, tomada de decisão e documentação clínica. Esse tipo de ferramenta é mais útil quando utilizado por profissionais familiarizados com avaliação estruturada de risco e, no caso do L-RAMP, com a lógica clínica da DBT. Ainda assim, ele não deve ser usado como checklist mecânico, substituto da formulação ou promessa de previsão do comportamento suicida futuro (Bryan & Rudd, 2024; Linehan et al., 2012; NICE, 2022; Stanley & Brown, 2012; Turecki et al., 2019).





5. O risco de transformar o paciente em "um risco"

Há uma diferença ética e clínica entre dizer "esta pessoa está em uma situação de risco" e dizer, mesmo implicitamente, "esta pessoa é um risco". A primeira formulação mantém a pessoa como sujeito em sofrimento, situada em contexto. A segunda transforma a pessoa em problema a ser controlado.

Essa redução pode acontecer pela linguagem. Expressões como "paciente de alto risco", "caso perigoso", "manipulativo", "ameaçador", "sem crítica", "não colaborativo" ou "só quer chamar atenção" podem até parecer atalhos clínicos, mas frequentemente empobrecem a compreensão. A linguagem clínica molda a atenção. Quando o profissional nomeia a pessoa apenas como risco, pode deixar de enxergar dor, função do comportamento, história de invalidação, perdas, vergonha, aprisionamento, neurodivergência, trauma, solidão e barreiras de acesso ao cuidado (Bryan & Rudd, 2024; Turecki et al., 2019; Wetherall et al., 2020).

Modelos como a 3ST e o IMV ajudam a deslocar a pergunta de "qual é o nível de risco?" para "como essa pessoa chegou até aqui?". A 3ST propõe que ideação suicida se relaciona à combinação de dor psicológica e desesperança, intensificando-se quando a dor excede a conexão; a passagem para tentativa depende também da capacidade para suicídio. O IMV destaca experiências de derrota, humilhação e aprisionamento, além de fatores volitivos que facilitam a transição para o comportamento suicida (Klonsky & May, 2015; Wetherall et al., 2020).

Essa mudança de linguagem não é apenas delicadeza. Ela melhora a formulação. Uma pessoa que diz "quero morrer" pode estar comunicando desejo de desaparecer, de parar a dor, de não ser um peso, de sair de uma situação de violência, de interromper uma crise sensorial ou de escapar de vergonha extrema. Essas possibilidades têm implicações clínicas diferentes. Se o profissional só pergunta "vai fazer ou não vai?", perde elementos centrais para intervenção (Bryan & Rudd, 2024; Turecki et al., 2019).

Transformar a pessoa em "um risco" também pode aumentar a distância relacional. O paciente pode perceber que sua dor virou problema administrativo, ameaça institucional ou fonte de ansiedade para o profissional. Isso pode favorecer vergonha, silêncio e ocultação de ideação, especialmente quando a pessoa teme punição, internação, julgamento ou abandono. A diretriz NICE enfatiza a importância de cuidado respeitoso, não estigmatizante e centrado na pessoa, especialmente após autolesão ou sofrimento suicida (NICE, 2022).

Uma alternativa é usar linguagem que preserve humanidade e precisão: "pessoa em sofrimento suicida", "paciente com ideação suicida atual", "situação de risco agudo", "crise com acesso a meios", "risco aumentado por desesperança, isolamento e intoxicação", "necessidade de intensificar cuidado nas próximas 48 horas". Esse tipo de formulação ajuda mais do que um rótulo global.





Quadro clínico de linguagem

Os exemplos abaixo não devem ser lidos como uma lista rígida de “palavras proibidas”. Porém, a ideia aqui é reduzir expressões que podem moralizar, simplificar ou carregar julgamentos implícitos. Em suicidologia, a linguagem precisa preservar precisão clínica, respeito e utilidade para a formulação do caso (Bryan & Rudd, 2024; Samaritans, 2020).

Evitar	Por que pode atrapalhar	Preferir
Cometer suicídio	Pode associar o suicídio a crime, pecado ou falha moral.	Morreu por suicídio, morte por suicídio.
Suicídio bem-sucedido	Associa morte a sucesso.	Morte por suicídio, suicídio consumado em contextos técnicos, se necessário.
Suicídio fracassado ou tentativa malsucedida	Pode sugerir que sobreviver foi um fracasso.	Tentativa de suicídio, sobreviveu a uma tentativa de suicídio.
Gesto suicida	Pode minimizar a gravidade ou sugerir julgamento sobre a intenção.	Tentativa de suicídio, comportamento autolesivo com intenção suicida, comportamento autolesivo com intenção ambígua, conforme avaliação.
Ameaça de suicídio	Pode sugerir manipulação antes de avaliar sofrimento, contexto, função e risco.	Comunicação de ideação suicida, relato de intenção suicida, verbalização de risco, conforme o caso.



Evitar	Por que pode atrapalhar	Preferir
Manipulativo	Moraliza a função interpessoal do comportamento e empobrece a formulação.	Tentativa de comunicar sofrimento, busca de proximidade ou ajuda, estratégia desadaptativa de regulação ou comunicação, conforme a formulação clínica.
Automutilação	Pode carregar tom moralizante, imagético ou pouco preciso.	Autolesão, autolesão sem intenção suicida, comportamento autolesivo, conforme avaliação.
Família sobrevivente	Pode soar pouco natural em português e não nomear diretamente o luto.	Família enlutada por suicídio, pessoas enlutadas por suicídio.
Baixo risco usado sozinho	Pode encerrar a formulação antes de descrever fatores dinâmicos.	Sem plano atual, com rede disponível, mas com desesperança e isolamento a monitorar, ou outra descrição clínica específica.
Não colaborativo usado sozinho	Pode transformar barreiras, medo, ambivalência ou baixa confiança em traço da pessoa.	Dificuldade atual de engajar no plano, ambivalência, medo de consequências, baixa confiança no serviço, barreiras de comunicação.

An artistic illustration on the left side of the page. It shows a hand holding a pen, poised to write on an open notebook. A green arrow points from the top left towards the notebook. The notebook has several pages with faint, sketchy drawings of plants and shapes. The background is a soft, watercolor-like wash of green and blue tones.

6. Contrato de não suicídio: por que não basta

O contrato de não suicídio costuma aparecer como uma pergunta: "Você promete que não vai se matar?" ou "Você consegue assinar que não vai fazer nada contra si?". Essa prática pode oferecer alívio momentâneo ao profissional, mas não deve ser confundida com intervenção suficiente. Stanley e Brown (2012) diferenciam claramente contratos de não suicídio de planos de segurança. O contrato depende de uma promessa; o plano de segurança organiza ações concretas para atravessar a crise.

O problema do contrato não é que toda promessa seja inútil. Em uma relação terapêutica sólida, a disposição do paciente para colaborar com segurança pode ser clinicamente relevante. O problema é tratar a promessa como se ela reduzisse risco por si só. Uma pessoa em crise pode prometer por vergonha, medo de internação, desejo de agradar, dificuldade de contrariar o terapeuta ou desejo de encerrar a conversa. Essa promessa não ensina o que fazer quando a urgência suicida aumenta às 3 horas da manhã, quando a pessoa está sozinha, intoxicada, dissociada ou em colapso emocional.

Em um ensaio clínico com soldados do Exército dos Estados Unidos, o planejamento de resposta à crise apresentou resultados superiores ao contrato de segurança para redução de ideação suicida e tentativas em acompanhamento posterior, o que reforça a diferença entre promessa e planejamento concreto (Bryan et al., 2017; Bryan & Rudd, 2024; Stanley & Brown, 2012).

Contratos de não suicídio também podem produzir falsa segurança. O profissional pode documentar a promessa e reduzir a intensidade do cuidado. O paciente pode sentir que fracassou moralmente se voltar a ter ideação. A conversa pode se deslocar da formulação da crise para uma exigência de garantia. Em vez de aumentar segurança, a pergunta pode aumentar culpa: "eu prometi, mas continuo querendo morrer" (Stanley & Brown, 2012).

Uma alternativa mais cuidadosa é investigar colaboração com segurança sem depender de contrato. Por exemplo:

- "Quando a vontade vier forte, quais são os primeiros sinais?"
- "Qual é o primeiro passo que você consegue fazer antes de agir?"
- "Quem pode ser acionado?"
- "Que meios precisam sair do seu alcance hoje?"
- "Você consegue combinar comigo que vai usar esses passos antes de ficar sozinho com o meio?"
- "O que pode impedir esse plano de funcionar?"

(Bryan & Rudd, 2024; Stanley & Brown, 2012)

O contrato pergunta:

"Você promete não morrer?"

O plano pergunta:

"O que vamos fazer, concretamente, quando a crise acontecer?"



An illustration of a clipboard with a checklist. The clipboard has a metal clip at the top. The checklist consists of several rows, each with a colored square (grey, green, orange, light orange, light green, dark blue) followed by three dots and a horizontal line. A hand is holding a pencil, ready to write. The background is a soft, watercolor-like wash of light green and yellow.

7. Plano de segurança mal construído também pode falhar

O plano de segurança é uma das estratégias breves mais importantes no cuidado de pessoas com risco suicida, mas ele não funciona por estar escrito no papel. Ele precisa ser colaborativo, concreto, acessível, utilizável e revisado. A formulação clássica da Safety Planning Intervention inclui sinais de alerta, estratégias internas, contatos e ambientes de distração, pessoas de apoio, profissionais ou serviços, e redução colaborativa do acesso a meios letais (Stanley & Brown, 2012).

A meta-análise de Nuij et al. (2021) encontrou associação entre intervenções do tipo plano de segurança e redução de comportamento suicida, mas não encontrou efeito significativo sobre ideação suicida. Esse ponto é clinicamente precioso. O plano de segurança não deve ser vendido como algo que elimina a ideação. Ele é uma ferramenta para atravessar a crise, atrasar a passagem ao ato, aumentar acesso a recursos e criar barreiras entre impulso e comportamento. Para reduzir ideação de modo mais amplo, outras intervenções clínicas podem ser necessárias (Nuij et al., 2021).

Um plano de segurança pode falhar quando é genérico. "Respirar", "ouvir música", "ligar para alguém" ou "ir ao hospital" podem ser bons elementos, mas só se forem especificados. Qual respiração? Por quanto tempo? Qual música? Quem é a pessoa? Ela atende de madrugada? O que dizer na mensagem? Qual hospital? Como chegar? O paciente aceita ir? Quem pode acompanhar? O meio letal está acessível? Quem pode ajudar a reduzir colaborativamente esse acesso? (Stanley & Brown, 2012; Zortea et al., 2020).

Também pode falhar quando é construído sem testar obstáculos. Um plano que depende de ligar para a mãe pode ser inadequado se a mãe invalida, entra em pânico ou mora longe. Um plano que orienta "tomar banho quente" pode ser inadequado para alguém que se autolesiona no banheiro. Um plano que exige muita leitura pode falhar para uma pessoa em shutdown, sobrecarga sensorial, dissociação ou crise de pânico. Um plano que depende de interpretação social implícita pode não ser acessível para algumas pessoas autistas (Brown et al., 2024; NICE, 2022; Stanley & Brown, 2012).

Em neurodivergência, especialmente em autismo, pode ser necessário adaptar o plano para linguagem literal, etapas curtas, formato visual, previsibilidade, redução de ambiguidade e consideração de sobrecarga sensorial. A revisão de Brown et al. (2024) destaca a necessidade de intervenções adaptadas e a escassez de estudos específicos para autismo, o que exige cuidado para não aplicar ferramentas padronizadas como se fossem igualmente acessíveis para todas as pessoas.

- ❑ Um bom plano de segurança deve responder a uma pergunta simples: "esta pessoa conseguiria usar isso em crise?". Se a resposta for incerta, o plano ainda precisa ser trabalhado.





8. Encaminhar sem continuidade pode aumentar desamparo

Encaminhar pode ser uma conduta correta. Há situações em que o paciente precisa de psiquiatria, emergência, internação, equipe multiprofissional, serviço territorial, avaliação médica, rede familiar ou cuidado mais intensivo. O problema não é encaminhar. O risco está em encaminhar como forma de encerramento, especialmente quando a pessoa está em sofrimento suicida e sem capacidade prática de sustentar a transição sozinha. **Nesses contextos, o encaminhamento pode favorecer descontinuidade e ser vivido como abandono ou desamparo**, ainda que essa não seja a intenção do profissional (NICE, 2022; Stanley et al., 2018).

Stanley e Brown (2012) criticam o padrão "avaliar e encaminhar" quando ele não é acompanhado de intervenção breve ou estratégias concretas de segurança. Muitos pacientes atendidos em emergência ou crise não chegam ao atendimento ambulatorial recomendado, abandonam rapidamente ou não conseguem transformar a orientação em ação. Por isso, uma ponte entre avaliação e próximo cuidado é clinicamente importante (Stanley & Brown, 2012; Stanley et al., 2018).

No estudo de Stanley et al. (2018), a intervenção combinando plano de segurança e follow-up telefônico esteve associada a redução de comportamento suicida e maior engajamento em tratamento ambulatorial. O achado reforça que continuidade não é detalhe administrativo. Em crise suicida, a passagem entre serviços pode ser um ponto de vulnerabilidade. A pessoa pode sair com uma lista de contatos, mas sem energia, esperança, organização, transporte, dinheiro, comunicação ou confiança para buscar ajuda. Encaminhar com continuidade pode incluir:

01

Marcar retorno breve

Fazer contato com o serviço de destino e orientar a rede.

02

Combinar sinais de piora

Revisar acesso a meios letais e registrar instruções claras.

03

Definir quem acompanha

Construir plano de segurança antes da saída e checar barreiras práticas.

04

Documentar o raciocínio clínico

A depender do contexto, pode envolver contato ativo posterior, articulação multiprofissional ou acionamento de emergência.



No contexto brasileiro, é importante reconhecer que nem sempre os serviços de emergência, hospitais, convênios ou equipamentos do SUS funcionam com os mesmos fluxos descritos em estudos internacionais. Por isso, a discussão sobre encaminhamento e continuidade do cuidado não deve presumir que todo território terá os mesmos recursos, tempos de resposta ou possibilidades de follow-up. A pergunta clínica passa a ser: dentro da rede realmente disponível, qual é a ponte mais segura e viável que pode ser construída agora?

Essa ponte também precisa ser documentada. Em casos com ideação suicida, o registro clínico deve organizar, de modo claro e suficiente:

- o que foi avaliado
- quais fatores de risco e proteção foram identificados
- qual formulação orientou a decisão
- quais intervenções foram realizadas
- quais orientações foram dadas
- quais contatos entre sessões ocorreram
- quais encaminhamentos foram feitos
- quais articulações com rede, familiares ou outros profissionais foram consideradas ou realizadas

O objetivo do registro não é burocratizar o cuidado, mas preservar continuidade, explicitar o raciocínio clínico e permitir que decisões tomadas em contexto de incerteza possam ser compreendidas posteriormente. No contexto brasileiro, esse ponto deve ser revisado à luz do Código de Ética Profissional do Psicólogo e das normas do Conselho Federal de Psicologia sobre registro documental e elaboração de documentos psicológicos (Bryan & Rudd, 2024; Conselho Federal de Psicologia, 2005, 2009, 2019).

A pergunta ética é: o encaminhamento aumentou acesso ao cuidado ou apenas transferiu responsabilidade?

9. Invalidação, moralização e frases que parecem cuidado, mas podem ferir

Profissionais, familiares e equipes frequentemente dizem frases bem-intencionadas durante crises suicidas. Algumas podem ajudar dependendo do contexto, do vínculo e do momento. Outras podem ferir, aumentar culpa ou fazer a pessoa esconder sofrimento. Os exemplos abaixo não devem ser lidos como frases universalmente proibidas. Eles indicam riscos clínicos possíveis, que dependem do contexto, do vínculo, da história da pessoa e da função que aquela frase assume no encontro clínico. A ideia aqui não é criar uma lista de frases banidas, mas mostrar como sofrimento suicida exige validação, precisão e cuidado com a linguagem (Bryan & Rudd, 2024; NICE, 2022).

"Pense na sua família" pode funcionar para algumas pessoas como lembrança de conexão, mas também pode intensificar culpa e sensação de ser um peso. Na 3ST, conexão pode ser fator protetivo quando é vivida como vínculo real, mas a experiência de sobrecarga ou pertencimento frustrado pode piorar sofrimento. Uma alternativa é perguntar: "quando você pensa na sua família, isso te ajuda, piora ou mistura as duas coisas?" (Klonsky & May, 2015).

"Você tem tanta coisa boa" pode tentar ampliar perspectiva, mas muitas vezes soa como contestação da dor. A pessoa pode ouvir: "não faz sentido você sofrer". Uma alternativa é validar sem concordar com a conclusão suicida: "eu acredito que exista muita dor agora, mesmo que de fora algumas coisas pareçam estar funcionando. Vamos entender onde a dor ficou insuportável?" (Bryan & Rudd, 2024; NICE, 2022).





"Mas você não parece estar tão mal" pode ser especialmente problemático. Sofrimento suicida nem sempre aparece como choro, agitação ou desorganização visível. Em pessoas autistas, por exemplo, expressão facial, contato visual, fala monotônica ou estilo comunicacional podem não refletir a intensidade do sofrimento interno. Avaliar gravidade pela aparência pode subestimar risco e invalidar a pessoa (Brown et al., 2024; NICE, 2022).

"Promete que não vai fazer nada?" pode parecer cuidado, mas não substitui plano de segurança. A promessa pode virar alívio para o profissional, não recurso para a pessoa. Melhor seria: "vamos construir juntos os passos que você vai usar antes de ficar sozinho com essa vontade?" ou "o que precisa mudar hoje para você não ficar com acesso ao meio quando a crise vier?" (Stanley & Brown, 2012).

"Isso é só uma fase" pode tentar transmitir esperança, mas pode soar como minimização. A pessoa não precisa ouvir que a dor é pequena. Ela precisa sentir que a dor foi compreendida e que há próximos passos possíveis. Uma alternativa é: "eu não vou tratar isso como pequeno. Ao mesmo tempo, quero te ajudar a atravessar esta crise sem tomar uma decisão definitiva no pior momento da dor" (Bryan & Rudd, 2024; NICE, 2022).

- ❶ A validação clínica não significa concordar com a ideia de morrer. Significa reconhecer a realidade subjetiva da dor e, a partir dela, construir alternativas. Essa distinção é central em abordagens como a DBT, que trabalha o equilíbrio entre aceitação e mudança em contextos de desregulação emocional e comportamento suicida (Bryan & Rudd, 2024; Linehan, 2015).

10. Autismo e outras neurodivergências: quando o cuidado precisa ser adaptado

Neurodivergência é um termo amplo. Inclui diferentes formas de funcionamento neurocognitivo, como autismo, TDAH, deficiência intelectual, altas habilidades, entre outros perfis. Entretanto precisamos de cautela: o que vamos trazer de maior evidência concentra-se principalmente em autismo. Portanto, as afirmações mais fortes desta seção dizem respeito a pessoas autistas, enquanto outros perfis exigem literatura específica e extrapolação cuidadosa (Brown et al., 2024; NICE, 2022).

No autismo, a literatura recente indica prevalências elevadas de pensamentos e comportamentos suicidas, mas também grande heterogeneidade entre os estudos. Isso significa que não basta registrar “autismo” como um fator de risco em uma lista. O cuidado precisa considerar como características individuais, ambiente, suporte social, comunicação, experiências de invalidação, coocorrências psiquiátricas, barreiras de acesso ao cuidado e experiências de camuflagem podem participar da crise (Brown et al., 2024; Cassidy et al., 2018; Newell et al., 2023).

Algumas pessoas autistas podem ter sofrimento intenso sem expressá-lo da forma que profissionais esperam. O risco pode ser subestimado quando a avaliação depende demais de contato visual, expressão facial, espontaneidade verbal, demonstração emocional típica ou respostas rápidas a perguntas abstratas. Fala direta pode ser confundida com frieza; shutdown pode ser confundido com resistência; meltdown pode ser confundido com manipulação; baixa expressividade facial pode ser confundida com ausência de sofrimento. Esses erros de leitura podem invalidar a experiência da pessoa e reduzir a precisão da avaliação clínica (Brown et al., 2024; NICE, 2022).





A entrevista clínica pode precisar de adaptações simples, mas decisivas: linguagem literal, perguntas diretas, menos metáforas, mais tempo para resposta, possibilidade de responder por escrito, previsibilidade sobre o que será perguntado, redução de estímulos sensoriais, checagem explícita de compreensão e uso de exemplos concretos. Em vez de perguntar apenas “você está em risco?”, pode ser mais útil separar dimensões: vontade de morrer, vontade de desaparecer, vontade de se machucar, intenção de agir, plano, acesso a meios, sobrecarga sensorial, exaustão, perdas recentes, isolamento e capacidade de pedir ajuda (Brown et al., 2024; NICE, 2022).

O cuidado também precisa evitar erros de interpretação:

Shutdown

Pode ser confundido com resistência.

Meltdown

Pode ser confundido com manipulação.

Fala direta

Pode ser interpretada como frieza.

Baixo contato visual

Pode ser lido como evasão.

Expressão facial pouco variável

Pode levar à falsa conclusão de que a pessoa não está sofrendo.

Esses erros podem ser iatrogênicos quando invalidam a experiência, reduzem a precisão da avaliação ou dificultam a colaboração (Brown et al., 2024; NICE, 2022).

No plano de segurança, a adaptação pode ser ainda mais importante. Algumas pessoas podem se beneficiar de passos escritos, cartões visuais, scripts de mensagem, hierarquia clara de ações, identificação de sinais corporais concretos, estratégias sensoriais, redução de ambiguidade e instruções que possam ser usadas em shutdown, meltdown, dissociação ou exaustão. A pergunta não é apenas “a pessoa tem um plano?”, mas “este plano é compreensível, acessível e utilizável para esta pessoa quando ela está em crise?” (Brown et al., 2024; Stanley & Brown, 2012).

Para outras neurodivergências, como TDAH, deficiência intelectual e altas habilidades o princípio clínico é verificar acessibilidade caso a caso: a pessoa compreendeu a pergunta? Consegue transformar orientação em ação? Precisa de apoio visual, mais tempo, linguagem mais concreta, participação de rede, revisão de barreiras executivas ou adaptação do plano? Antes da versão final, recomenda-se revisar literatura específica para cada perfil neurodivergente. A ideia no geral, é entender que é necessário adaptar intervenções de maneira específica para o público neurodivergente. Por exemplo, um cuidado importante é entender que pessoa com TDAH podem ter menor controle dos impulsos e/ou dificuldade de seguir instruções em ambientes com muitos distratores. (NICE, 2022).



11. Desregulação emocional, crise e DBT

A desregulação emocional é uma via clínica relevante para compreender ideação suicida e comportamento suicida. Ela pode envolver emoções intensas, rápidas e difíceis de modular; vergonha extrema; raiva; medo de abandono; impulsividade sob estresse; dissociação; dificuldade de nomear estados internos; e uso de autolesão ou comportamento suicida como tentativa de interromper dor psíquica. Em alguns casos, o comportamento suicida funciona como estratégia desesperada de regulação, não como desejo estável e contínuo de morrer (Bryan & Rudd, 2024; Turecki et al., 2019).

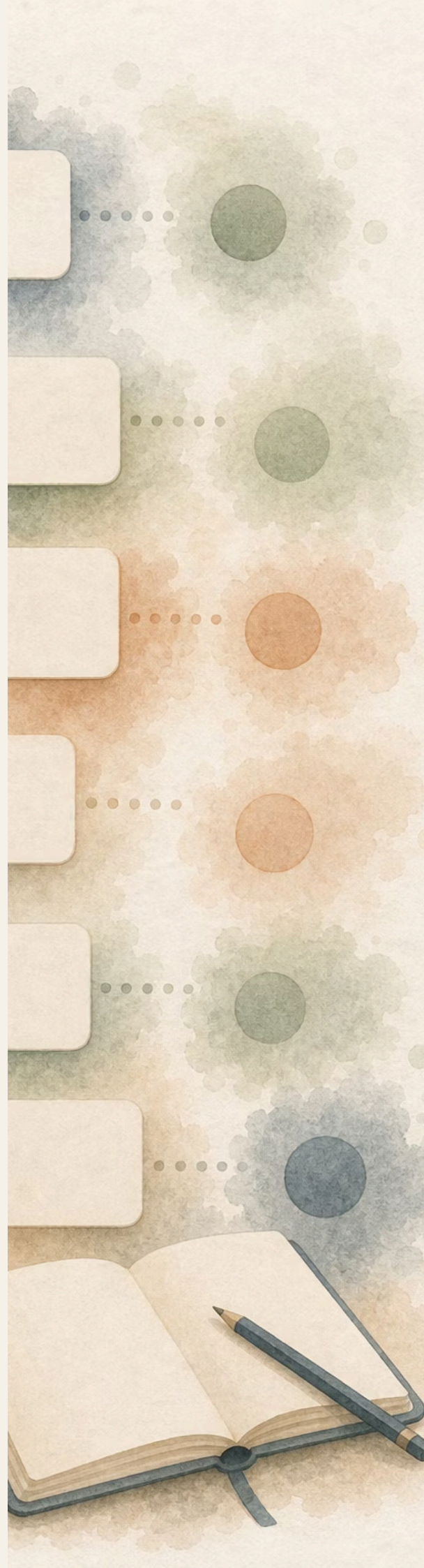
A DBT foi desenvolvida para contextos de alta desregulação emocional, autolesão e comportamento suicida recorrente, especialmente em pessoas com **transtorno de personalidade borderline**. O modelo equilibra aceitação e mudança, validação e resolução de problemas, análise em cadeia e treino de habilidades. Ensaios clínicos clássicos com DBT em pessoas com transtorno de personalidade borderline e comportamento suicida ou parassuicida indicaram redução de comportamentos autolesivos, tentativas de suicídio, hospitalizações ou desfechos relacionados, embora os resultados variem conforme população, comparação, formato e desfecho avaliado (Linehan et al., 1991, 2006; Linehan, 2015).

Ao mesmo tempo, é importante evitar simplificações. Dizer que "DBT funciona para suicídio" pode ser verdadeiro em alguns sentidos e impreciso em outros. A DBT apresenta evidências relevantes para redução de determinados desfechos relacionados a comportamento suicida e autolesivo em populações específicas, especialmente em pessoas com transtorno de personalidade borderline, mas seus efeitos variam por população, formato, fidelidade ao modelo, desfecho avaliado e comparação utilizada. Portanto, não se deve apresentar DBT como solução universal ou como garantia de manejo para qualquer caso (Bryan & Rudd, 2024; Linehan et al., 1991, 2006; Linehan, 2015).

A análise em cadeia é uma contribuição especialmente útil. Em vez de perguntar apenas "por que você fez isso?", ela investiga vulnerabilidades, evento precipitante, pensamentos, emoções, sensações, impulsos, ações, consequências e pontos de intervenção. Isso ajuda a transformar a crise em sequência compreensível, sem reduzir a pessoa a diagnóstico ou julgamento moral (Bryan & Rudd, 2024; Linehan, 2015).

Em crise, habilidades de tolerância ao mal-estar podem ajudar a ganhar tempo, reduzir a escalada emocional e criar uma janela mínima para que outras escolhas fiquem possíveis. No entanto, na DBT, o uso de habilidades não deve aparecer como uma orientação isolada do tipo "usa uma habilidade", desconectada da formulação do caso e do manejo de risco. Como comentamos no capítulo 4, protocolos estruturados, como o L-RAMP, ajudam a organizar a avaliação e o manejo do risco suicida dentro de uma lógica clínica mais ampla, considerando fatores de risco, fatores protetivos, ações do terapeuta, plano de manejo, consulta ou supervisão e justificativa das decisões clínicas.

- ❏ Habilidades de tolerância ao mal-estar podem compor o cuidado em crise, mas não substituem plano de segurança, avaliação de acesso a meios letais, rede de apoio, tratamento psiquiátrico quando indicado, psicoterapia estruturada, documentação e supervisão clínica (Bryan & Rudd, 2024; Linehan et al., 2012; Stanley & Brown, 2012).





12. O que pode proteger o cuidado

O cuidado diante da ideação suicida é mais protegido quando combina oito elementos:



Vínculo

Construir uma relação em que a pessoa possa falar sobre morte, vergonha, raiva, ambivalência e medo sem ser imediatamente reduzida a problema de risco.



Pergunta direta

Ajuda a nomear o que muitas vezes fica oculto.



Formulação

Transforma respostas em compreensão clínica.



Validação

Reduz vergonha e aumenta colaboração.



Plano concreto

Inclui ações possíveis antes e durante a crise.



Continuidade

Impede que o cuidado termine na orientação.



Adaptação

Essencial para não transformar equidade em discurso vazio.



Supervisão

Compartilhar decisões complexas com equipe e pares.

(Bryan & Rudd, 2024; Dazzi et al., 2014; DeCou & Schumann, 2018; Nuij et al., 2021; Stanley & Brown, 2012; Stanley et al., 2018)



Comentamos brevemente no capítulo 10, mas a adaptação é essencial para não transformar equidade em discurso vazio. Pessoas neurodivergentes, pessoas com deficiência, pessoas LGBTQIA+, pessoas racializadas, pessoas em pobreza, pessoas expostas à violência e pessoas com baixa confiança em serviços de saúde podem precisar de ajustes específicos de linguagem, acesso, rede, privacidade e ritmo. A diretriz NICE recomenda adaptar informação e suporte às necessidades individuais e reconhecer efeitos de discriminação, estigma e desigualdade no cuidado (NICE, 2022).

Instrumentos estruturados também podem proteger o cuidado quando são usados como apoio à formulação e à documentação, não como substitutos do raciocínio clínico.

Em caso de dúvida sobre sigilo, contato com familiares, comunicação com outros profissionais, registro em prontuário, atendimento online, situação de risco, documentos psicológicos ou responsabilidades éticas, o profissional deve considerar buscar orientação no Conselho Regional de Psicologia da sua região. Essa orientação pode ser especialmente importante quando há tensão entre autonomia, confidencialidade, proteção e continuidade do cuidado (Conselho Federal de Psicologia, 2005, 2009, 2019).



Outros cuidados

Atender pessoas com ideação suicida também exige cuidado com o próprio terapeuta. Esses casos podem ativar medo, urgência, culpa, sensação de responsabilidade total e dificuldade de desligar-se emocionalmente do trabalho. Quando o profissional se sente sozinho, sem supervisão, sem intervisão, sem equipe ou sem clareza sobre seus próprios limites, isso pode favorecer decisões defensivas, hipercontrole, evitação, encaminhamentos abruptos ou disponibilidade clínica insustentável. Por isso, o cuidado responsável inclui reconhecer quando uma decisão precisa ser compartilhada, quando é necessário buscar supervisão ou intervisão e quando a carga de casos com ideação suicida excede a disponibilidade real do profissional para oferecer atenção, continuidade e resposta proporcional (NICE, 2022).

Também é útil nomear o risco de fadiga de empatia, ou sofrimento empático. A questão não é “ter empatia demais” como defeito do terapeuta, mas sustentar, repetidamente e sem apoio suficiente, a ressonância com sofrimento intenso, medo, desesperança e risco de morte. A literatura diferencia empatia e compaixão: a empatia envolve compartilhar ou ressoar com o estado emocional do outro, enquanto a compaixão envolve preocupação com o sofrimento e motivação para ajudar. Quando o contato com a dor do outro se transforma principalmente em sofrimento empático, o clínico pode ficar mais vulnerável à exaustão, à culpa, à hiperresponsabilização ou ao afastamento emocional. Práticas de supervisão, limites realistas, apoio entre pares e cultivo de uma postura compassiva podem ajudar a sustentar cuidado sem transformar o sofrimento do paciente em colapso do terapeuta (Klimecki et al., 2014; Singer & Klimecki, 2014; Tone & Tully, 2014).

Isso não significa que o terapeuta deva evitar todos os casos com risco suicida, nem que exista um número universal de pacientes que cada profissional pode acompanhar. A questão é mais clínica do que numérica: quantos casos com ideação suicida consigo sustentar neste momento, considerando minha formação, minha agenda, minha supervisão, minha rede de apoio, os serviços disponíveis e minha capacidade de oferecer continuidade? Em alguns períodos, o limite pode ser menor. Em outros, com equipe, supervisão e estrutura, pode ser maior. Reconhecer esse limite não é abandono do paciente; pode ser uma condição para não oferecer um cuidado precário, isolado ou reativo (Bryan & Rudd, 2024; Linehan et al., 2012; NICE, 2022).

Por fim, o cuidado se protege quando o profissional abandona duas fantasias opostas: a fantasia de que pode controlar tudo e a fantasia de que nada pode ser feito. Entre onipotência e impotência existe prática clínica responsável.



13. Ficha final: sinais de alerta para o profissional

Esta ficha não é uma escala de risco e não substitui avaliação clínica, supervisão, diretrizes locais, documentação, articulação de rede ou serviços de urgência e emergência quando indicados. Ela serve como apoio reflexivo para o profissional revisar a própria condução.



13.1 — Estou usando uma escala para pensar ou para parar de pensar?

Instrumentos podem organizar informação, mas não devem substituir formulação. Se a escala virou a principal justificativa para alta, encaminhamento ou ausência de cuidado, há risco de falsa segurança (NICE, 2022; Zortea et al., 2020).

13.2 — Estou tratando a pessoa como sujeito em sofrimento ou como "um risco"?

Se a linguagem interna ou de equipe reduziu a pessoa a "alto risco", "manipulativa", "ameaçadora" ou "caso perigoso", vale retomar contexto, função, sofrimento, rede e necessidades de cuidado (Bryan & Rudd, 2024; NICE, 2022).

13.3 — Perguntei sobre suicídio de forma clara?

Evitar o tema por medo de indução não é sustentado pela literatura. A pergunta deve ser direta, respeitosa e acompanhada de acolhimento e continuidade (Dazzi et al., 2014; DeCou & Schumann, 2018).

13.4 — Confundi contrato de não suicídio com plano de segurança?

Uma promessa não substitui passos concretos. O paciente precisa saber o que fazer quando a crise aumenta, quem acionar, como reduzir acesso a meios e qual é o próximo ponto de cuidado (Stanley & Brown, 2012).

13.5 — O plano de segurança é utilizável em crise?

O plano está específico? Tem nomes, horários, frases, serviços, meios de transporte e barreiras previstas? Está acessível para a pessoa quando ela está desregulada, dissociada, em sobrecarga sensorial ou exausta? (Brown et al., 2024; Stanley & Brown, 2012).



13.6 — Encaminhei ou construí ponte?

Encaminhamento sem continuidade pode favorecer descontinuidade e ser vivido como desamparo. Houve articulação, retorno, follow-up, contato com rede ou instrução clara? (NICE, 2022; Stanley et al., 2018).

13.7 — Minha linguagem validou ou moralizou?

Frases como "pense na sua família", "você tem tanta coisa boa" ou "isso é só uma fase" podem ajudar em alguns contextos, mas também podem invalidar. A validação deve reconhecer a dor sem confirmar a morte como solução (Bryan & Rudd, 2024; Klonsky & May, 2015).

13.8 — Considerei neurodivergência e acessibilidade?

A entrevista, o plano e os encaminhamentos foram adaptados à comunicação, ao processamento, à sensorialidade, à literalidade e ao suporte necessário? (Brown et al., 2024; NICE, 2022).

13.9 — Estou sozinho em uma decisão que deveria ser compartilhada?

Casos complexos podem exigir supervisão, equipe, psiquiatria, rede, familiares ou serviços de emergência. Pedir apoio não é sinal de fracasso clínico; pode ser parte do cuidado responsável (Bryan & Rudd, 2024; NICE, 2022).

13.10 — Minha documentação mostra raciocínio clínico?

Um bom registro não deve apenas dizer "baixo risco" ou "alto risco". Deve documentar dados relevantes, formulação, decisão, alternativas consideradas, plano, rede, orientação, encaminhamentos, contatos clinicamente relevantes entre sessões e motivos clínicos, respeitando sigilo, necessidade, finalidade e normas profissionais aplicáveis (Bryan & Rudd, 2024; Conselho Federal de Psicologia, 2005, 2009, 2019).

- ✔ Esta ficha é um convite à reflexão clínica contínua. Não é uma lista de erros, mas um mapa de atenção para o cuidado responsável diante da ideiação suicida.

Referências

- Brown, C. M., Newell, V., Sahin, E., & Hedley, D. (2024). Updated systematic review of suicide in autism: 2018-2024. *Current Developmental Disorders Reports*, 11, 225-256. <https://doi.org/10.1007/s40474-024-00308-9>
- Bryan, C. J., Mintz, J., Clemans, T. A., Leeson, B., Burch, T. S., Williams, S. R., Maney, E., & Rudd, M. D. (2017). Effect of crisis response planning vs. contracts for safety on suicide risk in U.S. Army soldiers: A randomized clinical trial. *Journal of Affective Disorders*, 212, 64-72. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.028>
- Bryan, C. J., & Rudd, M. D. (2024). *Terapia cognitivo-comportamental breve para prevenção do suicídio* (S. M. M. da Rosa, Trad.; N. J. Botega, Rev. téc.). Artmed. (Obra original publicada em 2018)
- Conselho Federal de Psicologia. (2005). *Código de ética profissional do psicólogo*. CFP.
- Conselho Federal de Psicologia. (2009). *Resolução CFP nº 001/2009: Dispõe sobre a obrigatoriedade do registro documental decorrente da prestação de serviços psicológicos*. CFP.
- Conselho Federal de Psicologia. (2019). *Resolução CFP nº 06/2019: Institui regras para a elaboração de documentos escritos produzidos pela(o) psicóloga(o) no exercício profissional*. CFP.
- Dazzi, T., Gribble, R., Wessely, S., & Fear, N. T. (2014). Does asking about suicide and related behaviours induce suicidal ideation? What is the evidence? *Psychological Medicine*, 44(16), 3361-3363. <https://doi.org/10.1017/S0033291714001299>
- DeCou, C. R., & Schumann, M. E. (2018). On the iatrogenic risk of assessing suicidality: A meta-analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48(5), 531-543. <https://doi.org/10.1111/sltb.12368>
- Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015). The Three-Step Theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the ideation-to-action framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114-129. <https://doi.org/10.1521/ijct.2015.8.2.114>
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48(12), 1060-1064. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810360024003>
- Linehan, M. M. (2015). *DBT skills training manual* (2nd ed.). Guilford Press.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., & Ward-Ciesielski, E. F. (2012). Assessing and managing risk with suicidal individuals. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 218-232. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2010.11.008>
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., Korslund, K. E., Tutek, D. A., Reynolds, S. K., & Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63(7), 757-766. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.7.757>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2022). *Self-harm: Assessment, management and preventing recurrence* (NICE guideline NG225). NICE.
- Nuij, C., van Ballegooijen, W., de Beurs, D., Juniar, D., Erlangsen, A., Portzky, G., O'Connor, R. C., Smit, J. H., Kerkhof, A., & Riper, H. (2021). Safety planning-type interventions for suicide prevention: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 219(2), 419-426. <https://doi.org/10.1192/bjp.2021.50>
- Stanley, B., & Brown, G. K. (2012). Safety planning intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 256-264. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.001>
- Stanley, B., Brown, G. K., Brenner, L. A., Galfalvy, H. C., Currier, G. W., Knox, K. L., Chaudhury, S. R., Bush, A. L., & Green, K. L. (2018). Comparison of the Safety Planning Intervention with follow-up vs usual care of suicidal patients treated in the emergency department. *JAMA Psychiatry*, 75(9), 894-900. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.1776>

Referências (continuação)

Cassidy, S., Bradley, L., Shaw, R., & Baron-Cohen, S. (2018). Risk markers for suicidality in autistic adults. *Molecular Autism*, 9, Article 42. <https://doi.org/10.1186/s13229-018-0226-4>

Klimecki, O. M., Leiberg, S., Ricard, M., & Singer, T. (2014). Differential pattern of functional brain plasticity after compassion and empathy training. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 9(6), 873-879. <https://doi.org/10.1093/scan/nst060>

Newell, V., Phillips, L., Jones, C., Townsend, E., Richards, C., & Cassidy, S. (2023). A systematic review and meta-analysis of suicidality in autistic and possibly autistic people without co-occurring intellectual disability. *Molecular Autism*, 14, Article 12. <https://doi.org/10.1186/s13229-023-00544-7>

Samaritans. (2020). *Media guidelines for reporting suicide*. Samaritans.

Singer, T., & Klimecki, O. M. (2014). Empathy and compassion. *Current Biology*, 24(18), R875-R878. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2014.06.054>

Tone, E. B., & Tully, E. C. (2014). Empathy as a "risky strength": A multilevel examination of empathy and risk for internalizing disorders. *Development and Psychopathology*, 26(4pt2), 1547-1565. <https://doi.org/10.1017/S0954579414001199>

Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J., & Stanley, B. H. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature Reviews Disease Primers*, 5, Article 74. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0121-0>

Wetherall, K., Cleare, S., Zortea, T. C., & O'Connor, R. C. (2020). Present status of the Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behaviour. In D. de Leo & V. Postuvan (Eds.), *Reducing the toll of suicide: Resources for communities, groups, and individuals* (1st ed., pp. 169-184). Hogrefe.

Zortea, T. C., Cleare, S., Melson, A. J., Wetherall, K., & O'Connor, R. C. (2020). Understanding and managing suicide risk. *British Medical Bulletin*, 134(1), 73-84. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldaa013>