

Originais em inglês: Baldaçara L, Rocha GA, Leite VDS, Porto DM, Grudtner RR, Diaz AP, Meleiro A, Correa H, Tung TC, Quevedo J, da Silva AG. Brazilian Psychiatric Association guidelines for the management of suicidal behavior. **Part 1.** Risk factors, protective factors, and assessment. Braz J Psychiatry. 2021 Sep-Oct;43(5):525-537. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0994>

e

Baldaçara L, Grudtner RR, Leite VS, Porto DM, Robis KP, Fidalgo TM, Rocha GA, Diaz AP, Meleiro A, Correa H, Tung TC, Malloy-Diniz L, Quevedo J, da Silva AG. Brazilian Psychiatric Association guidelines for the management of suicidal behavior. **Part 2.** Screening, intervention, and prevention. Braz J Psychiatry. 2021;43(5):538-49. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1108>

Diretrizes da Associação Brasileira de Psiquiatria para o manejo do comportamento suicida: triagem e avaliação: tradução revisada e ampliada

Brazilian Psychiatric Association guidelines for the management of suicidal behavior: screening and assessment: revised and expanded translation

Directrices de la Asociación Brasileña de Psiquiatría para el manejo de la conducta suicida: detección y evaluación: traducción revisada y ampliada

-
- 1 Leonardo Baldaçara  [ORCID](#) - [Lattes](#)
 - 2 Elie Leal de Barros Calfat - [ORCID](#) - [Lattes](#)
 - 3 Cíntia de Azevedo-Marques Périco - [ORCID](#) - [Lattes](#)
 - 4 Flávia Ismael Pinto - [ORCID](#) - [Lattes](#)
 - 5 Gislene Alves da Rocha - [ORCID](#) - [Lattes](#)
 - 6 Verônica da Silveira Leite - [ORCID](#) - [Lattes](#)
 - 7 Deisy Mendes Porto - [ORCID](#) - [Lattes](#)
 - 8 Roberta Rossi Grudtner - [ORCID](#) - [Lattes](#)
 - 9 Alexandre Paim Diaz - [ORCID](#) - [Lattes](#)

[10](#) Alexandrina Maria Augusto da Silva Meleiro - [ORCID](#) - [Lattes](#)

[11](#) Humberto Correa da Silva Filho - [ORCID](#) - [Lattes](#)

[12](#) Teng Chei Tung - [ORCID](#) - [Lattes](#)

[13](#) João Quevedo - [ORCID](#) - [Lattes](#)

[14](#) Antônio Geraldo da Silva - [ORCID](#) - [Lattes](#)

Filiação dos autores: **1, 6** [Universidade Federal do Tocantins, UFT, Palmas, TO, Brasil; Associação Brasileira de Psiquiatria, ABP, Rio de Janeiro, RJ, Brasil]; **2** [Associação Brasileira de Psiquiatria, ABP, Rio de Janeiro, RJ, Brasil; Irmandade da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil]; **3, 4** [Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil] **5** [Associação Brasileira de Psiquiatria, ABP, Rio de Janeiro, RJ, Brasil; Hospital Universitário Clemente de Faria, Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, MG, Brasil]; **7, 8, 10** [Associação Brasileira de Psiquiatria, ABP, Rio de Janeiro, RJ, Brasil]; **9, 13** [Translational Psychiatry Program, Faillace Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, McGovern Medical School, The University of Texas Health Science Center at Houston, UTHealth, Houston, TX, USA]; **11** [Associação Brasileira de Psiquiatria, ABP, Rio de Janeiro, RJ, Brasil; Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil]; **12** [Associação Brasileira de Psiquiatria, ABP, Rio de Janeiro, RJ, Brasil; Instituto de Psiquiatria (IPq), Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil]; **14** [Presidente, Associação Brasileira de Psiquiatria, ABP, Rio de Janeiro, RJ, Brasil]

Conflito de interesses: declaram não haver

Fonte de financiamento: declaram não haver

Parecer CEP: não se aplica

Recebido em: 29/05/2024

Aprovado em: 31/05/2024

Publicado em: 07/07/2024

Como citar: Baldaçara L, Calfat ELB, Périco CAM, Pinto FI, Rocha GA, Leite VS, Porto DM, Grudtner RR, Diaz AP, Meleiro AMAS, Correa H, Tung TC, Quevedo J, da Silva AG. Diretrizes da Associação Brasileira de Psiquiatria para o manejo do comportamento suicida: triagem e avaliação: tradução revisada e ampliada. *Debates em Psiquiatria*, Rio de Janeiro. 2024;14:1-12. <https://doi.org/10.25118/2763-9037.2024.v14.1260>

RESUMO

Este artigo detalha as diretrizes para a triagem e avaliação do comportamento suicida. A triagem envolve o uso de instrumentos ou protocolos para identificar indivíduos com comportamentos suicidas, podendo ser aplicada de forma independente ou como parte de uma avaliação de saúde mais ampla. Esta pode ser realizada de maneira manual ou eletrônica e aplicada seletivamente ou de forma universal a toda a população alvo. A avaliação do risco de suicídio deve ser conduzida por um médico e incluir questionários estruturados e conversas abertas com o paciente, familiares e amigos para obter uma visão completa do comportamento, fatores de risco e proteção, e histórico de cuidados de saúde mental. A eficácia da triagem e avaliação é aumentada quando combinada com estratégias de intervenção, como o Plano de Segurança, que integra a avaliação de riscos e a criação de um plano terapêutico individualizado.

Palavras-chave: suicídio, suicídio consumado, tentativa de suicídio, transtornos mentais, diretrizes

ABSTRACT

This article details the guidelines for the screening and assessment of suicidal behavior. Screening involves the use of instruments or protocols to identify individuals with suicidal behaviors, which can be applied independently or as part of a broader health assessment. This can be done manually or electronically and can be applied selectively or universally to the entire target population. The assessment of suicide risk should be conducted by a physician and include structured questionnaires and open-ended conversations with the patient, family, and friends to obtain a comprehensive view of behavior, risk and protective factors, and mental health care history. The effectiveness of screening and assessment is enhanced when combined with intervention strategies, such as the Safety Plan, which integrates risk assessment and the creation of an individualized therapeutic plan.

Keywords: suicide, completed suicide, suicide attempt, mental disorders, guidelines

RESUMEN

Este artículo detalla las pautas para la detección y evaluación de la conducta suicida. El cribado implica el uso de instrumentos o protocolos para identificar individuos con conductas suicidas, que pueden aplicarse de forma independiente o como parte de una evaluación de salud más amplia. Esto se puede hacer de forma manual o electrónica y se puede aplicar de forma selectiva o universal a toda la población objetivo. La evaluación del riesgo de suicidio debe ser realizada por un médico e incluir cuestionarios estructurados y conversaciones abiertas con el paciente, familiares y amigos para obtener una visión integral del comportamiento, los factores de riesgo y de protección, y el historial de atención de salud mental. La eficacia del cribado y la evaluación se potencia cuando se combinan con estrategias de intervención, como el Plan de Seguridad, que integra la evaluación de riesgos y la creación de un plan terapéutico individualizado.

Palabras clave: suicidio, suicidio consumado, intento de suicidio, trastornos mentales, pautas

Introdução

O risco de suicídio é uma emergência médica frequentemente secundária ao agravamento de um transtorno ou doença mental. Portanto, a avaliação especializada e precisa é essencial para o dimensionamento do estado do paciente e a tomada de decisão. A avaliação do comportamento suicida envolve uma combinação de anamnese, exame psíquico e análise de fatores de risco e proteção, os quais são identificados através de estudos epidemiológicos, caso-controle e de coorte [1 - 4].

Neste contexto, a Associação Brasileira de Psiquiatria desenvolveu diretrizes abrangentes para o manejo de pacientes com comportamento suicida, abordando fatores de risco, fatores de proteção, triagem, intervenção e prevenção [1, 2, 5, 6]. O artigo revisa técnicas de triagem e avaliação de pacientes com comportamento suicida, destacando a importância de uma abordagem integrada que inclui a implementação de um plano de segurança, triagem universal e intervenção [2, 5].

Triagem

O uso de um instrumento ou protocolo para avaliar indivíduos com comportamento suicida é chamado de triagem. O rastreamento da tendência suicida pode ser feito de forma independente ou como parte de um rastreamento de saúde mais amplo. Pode ser autoaplicável, por meio de anotações em papel ou por dispositivos eletrônicos (tablets ou computadores) ou ainda com o examinador fazendo perguntas; e pode ser aplicado de forma seletiva ou a um grupo (por exemplo, todos os alunos de uma escola, independentemente de estarem em maior risco do que indivíduos saudáveis) [2, 5, 7].

A avaliação do suicídio deve ser realizada por um médico, para identificar o risco imediato para o paciente e definir qual a melhor intervenção a ser tomada. A avaliação pode envolver questionários estruturados; mas também deve incluir uma conversa mais aberta com o paciente, familiares ou acompanhantes para obter informações sobre o comportamento do paciente, fatores de risco e proteção e histórico prévio de cuidados médicos e de saúde mental. Outro aspecto útil da avaliação é desenvolver planos de intervenção individualizados e monitorizar o seu progresso [2, 5, 7].

Contudo, não existe um fator único capaz de prever o comportamento suicida. Os instrumentos existentes também demonstram eficácia limitada; portanto, a avaliação deve ser ampla (Nível de evidência 3) [8], utilizando instrumentos como ferramenta complementar na avaliação clínica. Considerando a complexidade desta avaliação e o fato de não ser possível realizá-la em larga escala, sugerimos que a qualquer sinal de que uma pessoa deseje, pense ou tenha risco de se ferir ou acabar com a vida seja utilizado um instrumento existente como triagem [2, 5].

A prevalência geral de comunicação suicida (CS) anterior ao suicídio é de 44,5% (embora haja considerável viés de publicação) [9]. A prevalência de CS varia de acordo com os diferentes estudos, inclusive no que diz respeito à sua qualidade metodológica⁹. A CS foi relacionada a risco relativo de 4,66 para suicídio, com precisão diagnóstica satisfatória apenas quando os estudos em adolescentes foram retirados, com base em sete estudos de caso-controle [9]. As evidências sugerem que os familiares, as autoridades policiais e os profissionais de saúde devem encaminhar qualquer indivíduo que comunique intenção suicida para cuidados em saúde mental apropriados (Nível de evidência 3).

Na primeira parte destas diretrizes, sugerimos que uma avaliação minuciosa é ainda mais eficaz se for combinada com estratégias de intervenção, conforme observado em pesquisas anteriores [2, 10 – 12]. Em seguida, sugerimos, sob o nome de Plano de Segurança, uma forma de abordagem que une (como nestes trabalhos) a avaliação, incluindo fatores de risco e proteção, já em sequência com plano terapêutico.

Avaliação

Não há um modelo eficaz capaz de prever o comportamento suicida, e sua causa é multifatorial. A avaliação precisa ser a mais ampla possível. Por outro lado, o comportamento suicida é uma situação de saúde comum, que pode sobrecarregar o sistema se modelos de longo prazo forem escolhidos. Além disso, o suicídio é uma emergência médica e requer uma avaliação rápida e eficaz. Por esse motivo, recomenda-se uma avaliação estruturada focada em informações essenciais [2, 5].

Uma descoberta importante sugere que 11 e 50% dos indivíduos com comportamento suicida que foram tratados em um serviço de emergência recusaram ou abandonaram o tratamento ambulatorial, respectivamente [12]. Portanto, uma avaliação cuidadosa com foco no desenvolvimento de uma aliança terapêutica desde o primeiro contato é essencial.

O primeiro passo recomendado por esta diretriz, que é ignorado em vários documentos, é descartar outras emergências médicas que exijam cuidados imediatos, como trauma e envenenamento. Os profissionais de saúde muitas vezes podem negligenciar tais situações em favor da supervalorização dos sintomas psíquicos e do comportamento suicida. Em vez disso, o cuidado do paciente suicida deve começar como em qualquer outra emergência médica [2, 5].

Durante a avaliação, o psiquiatra obtém informações sobre o histórico médico psiquiátrico e outro do paciente e o estado mental atual. Essas informações permitem que o psiquiatra identifique fatores de risco e proteção para o suicídio, o que pode exigir intervenções agudas [3, 4, 13]. Também permite que as preocupações imediatas com a segurança do paciente sejam abordadas e ajuda a determinar o cenário mais apropriado para o tratamento, bem como desenvolver um diagnóstico diferencial para orientar o planejamento do tratamento [1, 3, 4, 13]. A amplitude e a profundidade da avaliação psiquiátrica destinada especificamente a avaliar

o risco de suicídio variam de acordo com o ambiente, a capacidade do paciente de fornecer informações e a disponibilidade de informações de outras fontes [13]. Embora as escalas de avaliação do comportamento suicida estejam disponíveis, elas não têm a validade preditiva necessária para uso na prática clínica de rotina e devem ser consideradas apenas complementares [13].

Recomendamos que a avaliação prioritária seja baseada na Diretriz de Prática para Avaliação e Tratamento de Pacientes com Comportamentos Suicidas [13].

Apresentação atual e passada de comportamento suicida

Especificamente, os profissionais de saúde devem perguntar sobre pensamentos, planos e comportamento suicidas, métodos específicos considerados para o suicídio (incluindo sua letalidade e a expectativa do paciente sobre a letalidade, bem como se as armas de fogo são acessíveis), evidências de desesperança, impulsividade, anedônia, ataques de pânico ou ansiedade, razões para viver e planos para o futuro, uso de álcool ou outras substâncias associados à apresentação atual e pensamentos, planos ou intenções de violência em relação aos outros. Esta informação detalhada deve ser obtida a cada tentativa [13].

Doença psiquiátrica

Os profissionais de saúde devem determinar a presença ou ausência de sinais e sintomas associados a diagnósticos psiquiátricos específicos e identificar sintomas psiquiátricos específicos que possam influenciar o risco de suicídio [13].

História passada

Os profissionais de saúde devem revisar o histórico psiquiátrico (por exemplo, diagnósticos anteriores e comorbidos, hospitalizações anteriores e outros tratamentos, ideação suicida passada), histórico de tratamento médico (por exemplo, identificar tentativas de suicídio clinicamente graves e diagnósticos médicos passados ou atuais), bem como avaliar a força e a estabilidade das relações terapêuticas atuais e passadas [13].

História da família

Os profissionais de saúde devem perguntar sobre o histórico familiar de suicídio e tentativas de suicídio e hospitalizações psiquiátricas ou doença mental, incluindo transtornos por uso de substâncias; determinar as

circunstâncias dos suicídios em parentes de primeiro grau, incluindo o envolvimento do paciente e as idades do paciente e do parente no momento; e determinar a infância e o ambiente familiar atual, incluindo histórico de conflito ou separação familiar, problemas legais dos pais, uso familiar de substâncias, violência doméstica e abuso físico e/ou sexual [13].

Situação psicossocial

Os profissionais de saúde devem considerar crises psicossociais agudas ou estressores psicossociais crônicos que podem aumentar o risco de suicídio (por exemplo, dificuldades financeiras ou legais, conflitos ou perdas interpessoais, estressores em jovens gays, lésbicas ou bissexuais, problemas de moradia, perda de emprego e fracasso educacional) [13, 14].

Pontos fortes e vulnerabilidades individuais

Os profissionais de saúde devem considerar como as habilidades de enfrentamento, traços de personalidade, estilo de pensamento e necessidades psicológicas e de desenvolvimento podem afetar o risco de suicídio do paciente e a formulação do plano de tratamento [13].

Algumas entrevistas estruturadas e simplificadas podem ajudar na avaliação de fatores de risco e proteção, que por sua vez podem ajudar no planejamento de intervenções. Por exemplo, D'Onofrio et al. [15] desenvolveu uma abordagem de 10 a 15 minutos que inclui triagem, breve intervenção e encaminhamento para tratamento [12]. Outro modelo semelhante é a chamada intervenção de planejamento de segurança (SPI). É indicado para pacientes em departamentos de emergência, centros de trauma, linhas telefônicas de ajuda, unidades de internação psiquiátrica e outros ambientes de cuidados agudos. O SPI consiste em uma lista de estratégias de enfrentamento e fontes de apoio que os pacientes podem usar para aliviar uma crise suicida [12].

A Avaliação de Segurança do Departamento de Emergência e Avaliação de Acompanhamento (ED-SAFE) avaliou a triagem e a intervenção em um único estudo. Os autores concluíram que a triagem universal mais a intervenção foi mais eficaz na prevenção de suicídios em comparação com a triagem universal adicionada ao tratamento como de costume e ao tratamento como de costume sozinho [10]. Em resposta, propomos, sob o nome de "Plano de Segurança", uma abordagem na qual a avaliação

(incluindo fatores de risco e proteção) é conduzida em sequência com medidas terapêuticas. Essa avaliação focada pode ser mais eficaz e economizar tempo e custos [[10](#) – [12](#)].

Escalas

Nenhum dos instrumentos disponíveis para avaliação do suicídio atingiu os padrões predeterminados (80% de sensibilidade e 50% de especificidade) para o resultado do suicídio [[16](#)]. Como a maioria das escalas é incapaz de avaliar e prever uma futura tentativa ou completa de suicídio com boa precisão, nenhuma escala ou medida única pode ser recomendada para substituir uma avaliação abrangente realizada por um psiquiatra [[2](#), [5](#)]. Tais instrumentos têm apenas valor complementar e devem ser precedidos por uma história completa, exame físico e psicológico e avaliação de fatores de risco e proteção. Escalas sugeridas para uso complementar estão listadas no [Quadro 1](#).

Conclusão

As diretrizes enfatizam a importância de um processo de triagem e avaliação abrangente, que utiliza uma combinação de instrumentos e técnicas para identificar e gerenciar adequadamente pacientes em risco de suicídio. Esta abordagem integrada é essencial para garantir a eficácia das intervenções e a prevenção do comportamento suicida.

Referências

1. Baldaçara L, Meleiro A, Quevedo J, Vallada H, Silva AG. Epidemiology of suicides in Brazil: a systematic review. *Glob Psychiatry Arch*. 2022;5(1):10-25.
<https://doi.org/10.52095/gp.2022.4377.1035>
2. Baldaçara L, Rocha GA, Leite VS, Porto DM, Grudtner RR, Diaz AP, Meleiro A, Correa H, Tung TC, Quevedo J, Silva AG. Brazilian Psychiatric Association guidelines for the management of suicidal behavior. Part 1. Risk factors, protective factors, and assessment. *Braz J Psychiatry*. 2021;43(5):525-37.
<https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0994> PMID:33111773
PMCID:PMC8555650

3. Baldaçara L, Silva AG. Suporte em emergências psiquiátricas (SEP). Belo Horizonte: Editora Ampla; 2021.
4. Baldaçara L, Cordeiro DC, Calfat EB, Cordeiro Q, Tung TC. Emergências psiquiátricas. 2. ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan; 2018.
5. Baldaçara L, Grudtner RR, Leite VS, Porto DM, Robis KP, Fidalgo TM, Rocha GA, Diaz AP, Meleiro A, Correa H, Tung TC, Malloy-Diniz L, Quevedo J, Silva AG. Brazilian Psychiatric Association guidelines for the management of suicidal behavior. Part 2. Screening, intervention, and prevention. *Braz J Psychiatry*. 2021;43(5):538-49. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1108> PMID:33331533 PMID:PMC8555636
6. Baldaçara L, Weber CAT, Gorender M, Grudtner RR, Peu S, Teles ALS, Passos IC, Quevedo J, da Silva AG. Brazilian Psychiatric Association guidelines for the management of suicidal behavior. Part 3. Suicide prevention hotlines. *Braz J Psychiatry*. 2023;45(1):54-61. <https://doi.org/10.47626/1516-4446-2022-2536> PMID:35809251 PMID:PMC9976911
7. Suicide Prevention Resource Center. Suicide screening and assessment. Norman: Suicide Prevention Resource Center; 2014. https://sprc.org/wp-content/uploads/2023/01/RS_suicide-screening_91814-final.pdf
8. Lindh AU, Dahlin M, Beckman K, Stromsten L, Jokinen J, Wiktorsson S, Renberg ES, Waern M, Runeson B. A comparison of suicide risk scales in predicting repeat suicide attempt and suicide: a clinical cohort study. *J Clin Psychiatry*. 2019;80(6):18m12707. <https://doi.org/10.4088/jcp.18m12707> PMID:31747488
9. Pompili M, Belvederi Murri M, Patti S, Innamorati M, Lester D, Girardi P, Amore M. The communication of suicidal intentions: a meta-analysis. *Psychol Med*. 2016;46(11):2239-53. <https://doi.org/10.1017/s0033291716000696> PMID:27239944

10. Boudreaux ED, Miller I, Goldstein AB, Sullivan AF, Allen MH, Manton AP, Arias SA, Camargo CA Jr. The emergency department safety assessment and follow-up evaluation (ED-SAFE): method and design considerations. *Contemp Clin Trials*. 2013;36(1):14-24. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2013.05.008> PMID:23707435
PMCID:PMC3979300
11. Dunlap LJ, Orme S, Zarkin GA, Arias SA, Miller IW, Camargo CA Jr, Sullivan AF, Allen MH, Goldstein AB, Manton AP, Clark R, Boudreaux ED. Screening and intervention for suicide prevention: a cost-effectiveness analysis of the ED-SAFE interventions. *Psychiatr Serv*. 2019;70(12):1082-7. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800445> PMID:31451063
12. Stanley B, Brown GK, Currier GW, Lyons C, Chesin M, Knox KL. Brief intervention and follow-up for suicidal patients with repeat emergency department visits enhances treatment engagement. *Am J Public Health*. 2015;105(8):1570-2. <https://doi.org/10.2105/ajph.2015.302656> PMID:26066951
PMCID:PMC4504270
13. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *Am J Psychiatry*. 2003;160(11 Suppl):1-60. PMID:14649920
14. Maino MP, Morales S, Echávarri O, Barros J, García A, Moya C, Szmulewicz T, Fischman R, Núñez C, Tomicic A. Suicide risk configuration system in a clustered clinical sample: a generalized linear model obtained through the LASSO technique. *Braz J Psychiatry*. 2019;41(2):112-21. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2017-0028> PMID:30328960 - PMCID:PMC6781676
15. D'Onofrio G, Pantaloni MV, Degutis LC, Fiellin DA, O'connor PG. Development and implementation of an emergency practitioner-performed brief intervention for hazardous and harmful drinkers in the emergency department. *Acad Emerg Med*. 2005;12(3):249-56. <https://doi.org/10.1197/j.aem.2004.10.021> PMID:15741590
PMCID:PMC1414059
16. Runeson B, Odeberg J, Pettersson A, Edbom T, Jildevik Adamsson I, Waern M. Instruments for the assessment of suicide risk: a systematic review evaluating the certainty of the evidence.

PLoS One. 2017;12(7):e0180292.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180292> PMID:28723978

PMCID:PMC5517300

Escala	Indicação	Nível de evidência
<i>Para avaliação de tentativa de suicídio</i>		
Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)	Pacientes com transtorno depressivo	3
SAD PERSONS Scale (SPS)	Pacientes nos cuidados de emergências	2
Manchester Self-Harm Rule (MSHR)	Pacientes após automutilação ou tentativa de suicídio	2
Early Recollections Rating Scale (ERRS)	Pacientes após automutilação ou tentativa de suicídio	3
Recent self-harm in the past year - Alone or homeless, Cutting used as a method of harm, Treatment for a psychiatric disorder (ReACT)	Pacientes após automutilação ou tentativa de suicídio	3
Södersjukhuset self-harm rule (SOS-4)	Pacientes após automutilação ou tentativa de suicídio	2
<i>Complete suicide</i>		
Beck Hopelessness Scale (BHS)	Transtorno depressivo/ansioso	3
Scale for Suicide Ideation-Worst (SSI-W)	Transtorno depressivo/ansioso	3
ReACT	Pacientes após automutilação ou tentativa de suicídio	3

📌 **Quadro 1.** Escalas para avaliação do comportamento suicida [16]