

<https://www.revistardp.org.br>

doi>

<https://doi.org/10.25118/2763-9037.2024.v14.1263>

Tradução revisada e ampliada de:

<https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0994>

<https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1108>

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: fluxograma geral, pós-venção, prevenção e promoção: tradução revisada e ampliada

Brazilian Psychiatric Association guidelines for the management of suicidal behavior: general flowchart, postvention, prevention and promotion: revised and expanded translation

Directrices de la Asociación Brasileña de Psiquiatria para el manejo de la conducta suicida: diagrama de flujo general, postvención, prevención y promoción: traducción revisada y ampliada

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

[10](#) Thiago Marques Fidalgo - [ORCID](#) - [Lattes](#)

[11](#) Alexandre Paim Diaz - [ORCID](#) - [Lattes](#)

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

[13](#) Leandro Fernandes Malloy-Diniz - [ORCID](#) - [Lattes](#)

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

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

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

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

Filiação dos autores: **1, 8** [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; Faculdade de Medicina da Fundação do ABC, Santo André, São Paulo, Brasil]; **3** [Associação Brasileira de Psiquiatria, ABP, Rio de Janeiro, RJ, Brasil; Universidade de São Caetano do Sul, São Caetano do Sul, São Paulo, Brasil]; **4, 7, 12** [Associação Brasileira de Psiquiatria, ABP, Rio de Janeiro, RJ, Brasil]; **5** [Associação Brasileira de Psiquiatria, ABP, Rio de Janeiro, RJ, Brasil; Irmandade da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil]; **6** [Associação Brasileira de Psiquiatria, ABP, Rio de Janeiro, RJ, Brasil; Hospital Universitário Clemente de Faria, Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, MG, Brasil]; **9** [Departamento de Psiquiatria, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, PUC Minas, Belo Horizonte, MG, Brasil; Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil]; **10** [Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, São Paulo, SP, Brasil]; **11, 15** [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]; **13** [Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil]; **14** [Associação Brasileira de Psiquiatria, ABP, Rio de Janeiro, RJ, Brasil; Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG,

Belo Horizonte, MG, Brasil]; **16** [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]; **17** [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: 08/07/2024

Como citar: Baldaçara L, Périco CAM, Pinto FI, Grudtner RR, Calfat ELB, Rocha GA, Porto DM, Leite VS, Robis KP, Fidalgo TM, Diaz AP, Meleiro A, Malloy-Diniz LF, Correa H, Quevedo J, Tung TC, da Silva AG. Diretrizes da Associação Brasileira de Psiquiatria para o manejo do comportamento suicida: fluxograma geral, pós-venção, prevenção e promoção: tradução revisada e ampliada. *Debates em Psiquiatria*, Rio de Janeiro. 2024;14:1-15. <https://doi.org/10.25118/2763-9037.2024.v14.1263>

RESUMO

O suicídio é um grave problema de saúde pública com profundos impactos emocionais, sociais e econômicos. Este artigo aborda três estratégias essenciais para enfrentar essa questão: pós-venção, prevenção e promoção da saúde mental. Pós-venção envolve intervenções após um suicídio, oferecendo suporte às pessoas afetadas para mitigar traumas e prevenir novos casos. Programas de apoio psicológico e grupos de ajuda mútua são eficazes na redução do impacto negativo em famílias e comunidades. Prevenção consiste na identificação e redução de fatores de risco antes das tentativas de suicídio. Isso inclui triagem de risco, intervenções psicoterapêuticas, tratamento farmacológico e campanhas educativas que promovem a conscientização e reduzem o estigma dos transtornos mentais. O treinamento de profissionais de saúde e educação é crucial para a detecção precoce e intervenção. Promoção da saúde mental visa fortalecer fatores protetores e melhorar o bem-estar psicológico. Políticas públicas eficazes, acesso a serviços de saúde mental de qualidade e a criação de ambientes sociais e educacionais que

promovam resiliência e apoio emocional são fundamentais. Iniciativas incluem programas de educação emocional nas escolas e campanhas comunitárias de conscientização. Este artigo enfatiza a necessidade de uma abordagem integrada que combine pós-venção, prevenção e promoção para o manejo eficaz do comportamento suicida, apresentando evidências e recomendações para a prática clínica e implementação em políticas públicas de saúde.

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

ABSTRACT

Suicide is a serious public health problem with profound emotional, social, and economic impacts. This article addresses three essential strategies to tackle this issue: postvention, prevention, and mental health promotion. Postvention involves interventions after a suicide, offering support to affected individuals to mitigate trauma and prevent new cases. Psychological support programs and mutual aid groups are effective in reducing the negative impact on families and communities. Prevention consists of identifying and reducing risk factors before suicide attempts occur. This includes risk screening, psychotherapeutic interventions, pharmacological treatment, and educational campaigns that promote awareness and reduce the stigma of mental disorders. Training for health and education professionals is crucial for early detection and intervention. Mental health promotion aims to strengthen protective factors and improve psychological well-being. Effective public policies, access to quality mental health services, and the creation of social and educational environments that promote resilience and emotional support are fundamental. Initiatives include emotional education programs in schools and community awareness campaigns. This article emphasizes the need for an integrated approach that combines postvention, prevention, and promotion for the effective management of suicidal behavior, presenting evidence and recommendations for clinical practice and implementation in public health policies.

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

RESUMEN

El suicidio es un grave problema de salud pública con profundos impactos emocionales, sociales y económicos. Este artículo aborda tres estrategias esenciales para abordar este problema: posvención, prevención y promoción de la salud mental. La posvención implica intervenciones después de un suicidio, ofreciendo apoyo a las personas afectadas para mitigar el trauma y prevenir nuevos casos. Los programas de apoyo psicológico y los grupos de ayuda mutua son eficaces para reducir el impacto negativo en las familias y comunidades. La prevención consiste en identificar y reducir los factores de riesgo antes de que se produzcan intentos de suicidio. Esto incluye detección de riesgos, intervenciones psicoterapéuticas, tratamiento farmacológico y campañas educativas que promuevan la conciencia y reduzcan el estigma de los trastornos mentales. La formación de profesionales de la salud y la educación es crucial para la detección e intervención tempranas. La promoción de la salud mental tiene como objetivo fortalecer los factores protectores y mejorar el bienestar psicológico. Son fundamentales políticas públicas efectivas, el acceso a servicios de salud mental de calidad y la creación de entornos sociales y educativos que promuevan la resiliencia y el apoyo emocional. Las iniciativas incluyen programas de educación emocional en las escuelas y campañas de concientización comunitaria. Este artículo enfatiza la necesidad de un enfoque integrado que combine posvención, prevención y promoción para el manejo efectivo de la conducta suicida, presentando evidencia y recomendaciones para la práctica clínica y la implementación en políticas de salud pública.

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

Introdução

Enfrentar os desfechos do comportamento suicida requer uma abordagem integrada que combine pós-venção, prevenção e promoção da saúde mental. A pós-venção refere-se às intervenções realizadas após um suicídio, com o objetivo de oferecer suporte às pessoas afetadas e prevenir novos casos. Esta estratégia é crucial para mitigar os efeitos traumáticos e reduzir o risco de novos eventos suicidas entre os sobreviventes e a comunidade [1, 2].

A prevenção, por sua vez, envolve a implementação de estratégias destinadas a identificar e reduzir fatores de risco antes que ocorram

tentativas de suicídio. Isso inclui programas de triagem, intervenções psicoterapêuticas, tratamento farmacológico adequado e campanhas educativas que promovam a conscientização e reduzam o estigma associado aos transtornos mentais e ao suicídio [1, 2].

A promoção da saúde mental é uma abordagem ampla e proativa que busca fortalecer os fatores protetores e melhorar o bem-estar psicológico da população. Isso pode ser alcançado por meio de políticas públicas eficazes, acesso facilitado a serviços de saúde mental de qualidade e a criação de ambientes sociais e escolares que promovam a resiliência e o apoio emocional [1, 2].

Este artigo tem como objetivo explorar as estratégias de pós-venção, prevenção e promoção, destacando a importância de uma abordagem holística e integrada para a gestão do comportamento suicida. Serão discutidas as evidências atuais sobre a eficácia dessas estratégias e as recomendações para sua implementação em políticas públicas de saúde. Ao final apresentaremos um fluxograma geral para a abordagem do comportamento suicida [Figura 1].

Pós-venção

Uma pós-venção é uma intervenção realizada após um suicídio ou como os clínicos gerenciam o pós-ocorrência de um suicídio. Sabe-se que fortalece a prevenção do suicídio, desestigmatiza a tragédia, operacionaliza o confuso pós-evento e promove a recuperação do cuidador [3]. No entanto, estudos sobre sua eficácia são mínimos. Relativamente à eficácia das pós-venções, existem poucas evidências, pois há muitas diferenças em termos, modelos, níveis e foco. Portanto, no [Quadro 1](#), apresentamos algumas sugestões sem apresentar um nível de evidência.

Em relação aos modelos, há relatos sobre intervenção escolar [6] e dois programas intensivos de psicoterapia de luto [7, 8], incluindo luto complicado [8]. A intervenção escolar [6] e um fórum de suporte online [9] foram associados à melhoria das queixas de saúde mental. Em outro estudo, foi relatada a redução do suicídio através de intervenção comunitária e de um programa intensivo de terapia de luto [8].

O apoio intensivo pode ser fornecido aos enlutados que estão enfrentando altos níveis de luto ou sintomas que sugerem doença mental

descompensada. Cha et al. [6] distinguiram o suporte educacional para todos os enlutados e uma abordagem psicoterapêutica reservada para aqueles com sintomas mais intensos relacionados ao luto.

Comans et al. [10] diferenciaram a proposta de fornecer suporte inicial a todos os indivíduos enlutados por suicídio versus encaminhamento para tratamento conforme necessário. Por outro lado, Supiano, Haynes e Pond [7] e Zisook et al. [8] ofereceram terapia intensiva de luto a indivíduos com níveis mais altos de sintomas.

Outros dados, embora qualitativos, relatam o uso de fóruns de discussão online⁹ e de um programa comunitário [11], alertando sobre a importância de reconhecer o sofrimento, compartilhar experiências e fornecer e receber suporte de pares. Além disso, os efeitos favoráveis observados durante um tratamento residencial podem estar relacionados ao apoio que o indivíduo recebe durante sua estadia residencial [12].

Em relação ao foco, algumas diretrizes descreveram seu modelo teórico de pós-intervenção [13 – 15], dando importância à noção de continuidade da sobrevivência (ou seja, as necessidades de cuidados dos indivíduos enlutados podem diferir dependendo da intensidade dos sintomas causados pelo suicídio). As diretrizes nacionais de pós-intervenção dos EUA foram baseadas na disposição usada pela Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio dos EUA [13, 16], compreendendo estratégias amplas. As diretrizes de Suporte após o Suicídio do Reino Unido também apontam para o modelo de saúde pública desenvolvido pela estratégia nacional de prevenção do suicídio do Reino Unido [14]. Elas delineiam alguns tipos de assistência que estão disponíveis para todos os enlutados por suicídio, aqueles que precisam de suporte social, aqueles que são muito afetados e aqueles que necessitam de psicoterapia específica. As Diretrizes de Pós-Intervenção da Austrália adotaram um modelo de prestação de serviços similar de quatro níveis [15]. Sabe-se que o número de indivíduos enlutados é maior no nível mais baixo (ou seja, aqueles que precisarão de intervenções gerais) e menor no nível mais alto (aqueles que precisarão de intervenções especializadas).

Prevenção e Promoção

Como os estudos sobre este tópico são poucos e difíceis de comparar, ainda não é possível estabelecer níveis de evidência para este item. Portanto, o [Quadro 2](#) lista apenas sugestões de nosso painel de especialistas.

Pompili et al. observaram que a comunicação suicida (CS) estava relacionada a razão de chances para suicídio de 4,66 (IC95% 3,00-7,25), com precisão diagnóstica satisfatória apenas se grupos de adolescentes fossem removidos da amostra [17]. Os dados disponíveis sugerem que a CS ocorre de forma privada em metade dos casos de suicídio; no entanto, é possível que esses dados estejam subestimados, dado as diferentes formas de definir e detectar CS. Atualmente, a CS parece ser insuficientemente precisa em relação ao suicídio subsequente, embora mais pesquisas sobre o assunto sejam necessárias [4].

Portanto, a ausência e a presença de verbalização do planejamento suicida não podem ser usadas como o único fator para prever um evento suicida. É necessário confiar em múltiplos fatores de risco e proteção, nos sintomas completos do paciente, histórico anterior e acompanhamento [4].

Alguns lugares se tornam conhecidos como "pontos críticos" para suicídio por salto. Intervenções estruturais (por exemplo, barreiras e redes de segurança) foram implementadas em alguns desses locais. No entanto, estudos que examinaram a eficácia dessas intervenções forneceram dados insuficientes [4]. Mesmo assim, intervenções estruturais em "pontos críticos" parecem prevenir suicídios nesses locais. Um aumento no suicídio foi observado em locais próximos; no entanto, houve uma redução líquida total no número de suicídios por salto [4, 18].

Em uma análise de 18 estudos, intervenções que restringiram o acesso foram associadas à redução do número de suicídios, assim como intervenções que incentivaram a busca de ajuda [19]. Por outro lado, intervenções de contato breve (contatos telefônicos; cartões de emergência ou crise; contatos por cartão postal ou carta) não tiveram efeito significativo na automutilação repetida, tentativas de suicídio ou suicídio. Portanto, elas ainda não podem ser recomendadas para uma ampla aplicação clínica. Recomendamos uma avaliação mais aprofundada de seus possíveis benefícios em estudos bem desenhados em populações clínicas [20].

O WHO BIC foi avaliado em países de baixa e média renda como parte do Estudo de Intervenção Multissite sobre Comportamentos Suicidas. A abordagem incluiu uma sessão educacional sobre prevenção do suicídio seguida por contato regular com um profissional treinado (por telefone ou

pessoalmente) por até 18 meses. Não há evidências de que outras intervenções psicossociais complexas reduzam o risco de suicídio [21].

A triagem universal mais intervenção pode ser usada para a prevenção do suicídio. Embora sua escolha dependa do valor dado ao resultado pelos tomadores de decisão, os resultados sugerem que a implementação de tal prevenção pode levar a economias significativas de custos. Intervenções de contato ativo e acompanhamento foram eficazes na prevenção de suicídio repetido dentro de 12 meses. No entanto, o efeito em 24 meses não foi confirmado [22].

As iniciativas de saúde pública voltadas para a prevenção do suicídio requerem a avaliação e o manejo do uso indevido de substâncias e abordagens terapêuticas associadas à avaliação da suicidabilidade. Ideação suicida (IS) e tentativa de suicídio (TS) foram relatadas por 9,9 e 5,4% da amostra, respectivamente. A prevalência de IS e TS foi de 20,8 e 12,4%, respectivamente, entre indivíduos com transtornos por uso de álcool (TUAs); 31,5 e 16,5%, respectivamente, entre usuários de cannabis; e 40,0 e 20,8%, respectivamente, entre usuários de cocaína [23].

Por fim, apesar do grande crescimento de vários recursos tecnológicos, tem-se sugerido que intervenções digitais para o autogerenciamento da ideação suicida ou autolesão têm resultados negativos ou inconclusivos [24].

Conclusão

Na segunda parte desta diretriz, discutimos a importância da triagem, intervenção, pós-venção e intervenções de prevenção/promoção no combate ao comportamento suicida. O foco particular é dado à triagem universal mais intervenção. Embora mais estudos ainda sejam necessários, já há evidências suficientes para apoiar algumas abordagens técnicas para intervenção, planejamento e incorporação em políticas públicas de saúde.

Referências

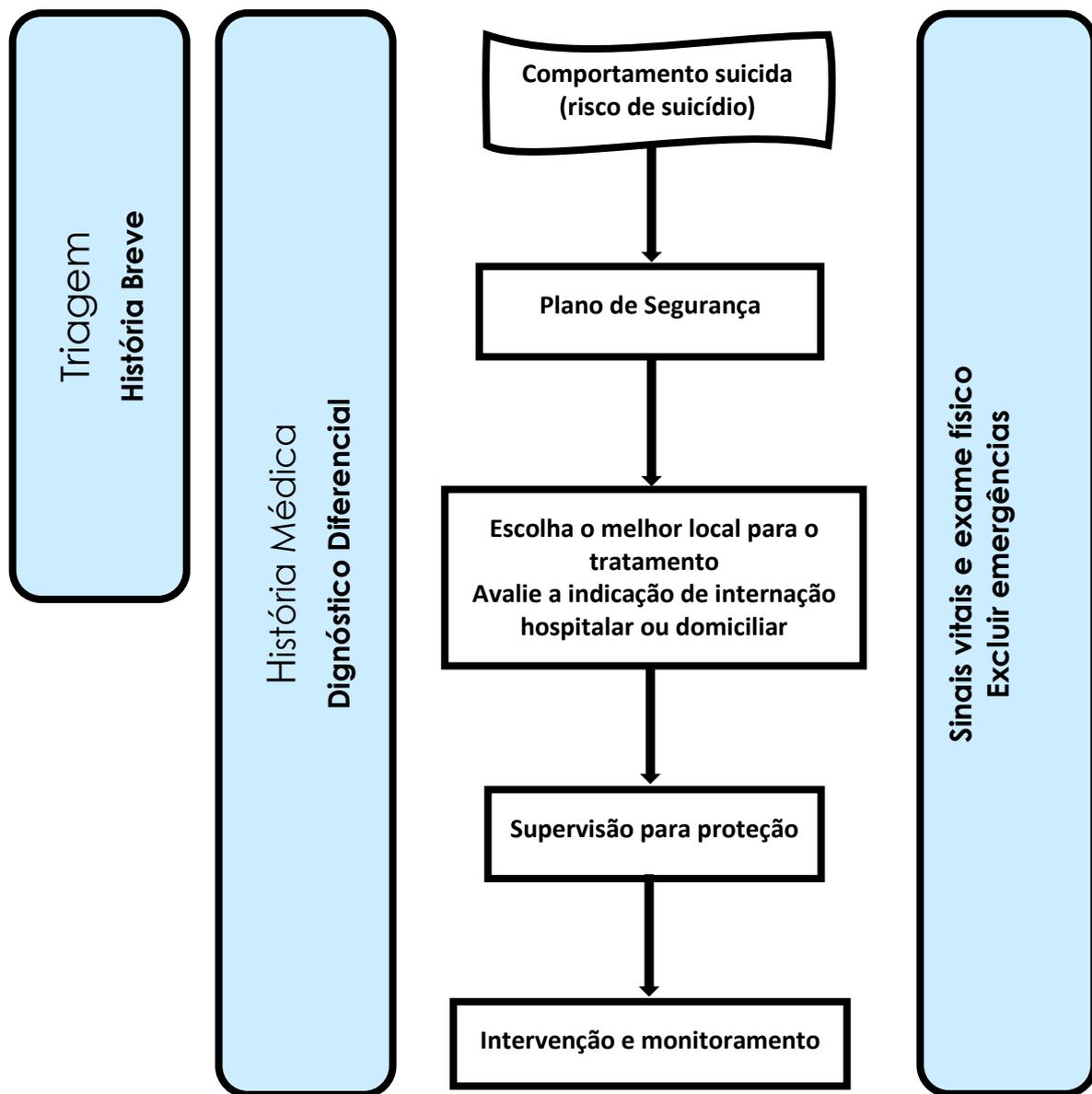
1. Weber CAT. A internacionalização da campanha Setembro Amarelo. *Debates Psiquiatr.* 2023;13:1-6.
<https://doi.org/10.25118/2763-9037.2023.v13.1050>
2. Baldaçara L, Grudtner RR, Leite VS, Porto DM, Robis KP, Fidalgo TM, Rocha GA, Diaz AP, Meleiro A, Correa H, Tung TC, Malloy-Diniz L, Quevedo J, Silva 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 - PMCID:PMC8555636
3. Erlich MD, Rolin SA, Dixon LB, Adler DA, Oslin DW, Levine B, Berlant JL, Goldman B, Koh S, First MB, Pabbati C, Siris SG. Why we need to enhance suicide postvention: evaluating a survey of psychiatrists' behaviors after the suicide of a patient. *J Nerv Ment Dis.* 2017;205(7):507-11.
<https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000000682> PMID:28590263 PMCID:PMC5962958
4. 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 - PMCID:PMC8555636
5. Baldaçara L, Cordeiro DC, Calfat EB, Cordeiro Q, Tung TC. *Emergências psiquiátricas.* 2. ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan; 2018.
6. Cha JM, Kim JE, Kim MA, Shim B, Cha MJ, Lee JJ, Han DH, Chung US. Five months follow-up study of school-based crisis intervention for Korean high school students who experienced a peer suicide. *J Korean Med Sci.* 2018;33(28):e192.
<https://doi.org/10.3346/jkms.2018.33.e192> PMID:29983694 PMCID:PMC6033103

7. Supiano KP, Haynes LB, Pond V. The transformation of the meaning of death in complicated grief group therapy for survivors of suicide: A treatment process analysis using the meaning of loss codebook. *Death Stud.* 2017;41(9):553-61. <https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1320339> PMID:28426330
8. Zisook S, Shear MK, Reynolds CF, Simon NM, Mauro C, Skritskaya NA, Lebowitz B, Wang Y, Tal I, Glorioso D, Wetherell JL, Iglewicz A, Robinaugh D, Qiu X. Treatment of complicated grief in survivors of suicide loss: a HEAL report. *J Clin Psychiatry.* 2018;79(2):17m11592. <https://doi.org/10.4088/jcp.17m11592> PMID:29617064
9. Kramer J, Boon B, Schotanus-Dijkstra M, van Ballegooijen W, Kerkhof A, van der Poel A. The mental health of visitors of web-based support forums for bereaved by suicide. *Crisis.* 2015;36(1):38-45. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000281> PMID:25410257
10. Comans T, Visser V, Scuffham P. Cost effectiveness of a community-based crisis intervention program for people bereaved by suicide. *Crisis.* 2013;34(6):390-7. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000210> PMID:23942387
11. Peters K, Staines A, Cunningham C, Ramjan L. The lifekeeper memory quilt: evaluation of a suicide postvention program. *Death Stud.* 2015;39(6):353-9. <https://doi.org/10.1080/07481187.2014.951499> PMID:25915445
12. Scocco P, Zerbinati L, Preti A, Ferrari A, Totaro S. Mindfulness-based weekend retreats for people bereaved by suicide (Panta Rhei): a pilot feasibility study. *Psychol Psychother.* 2019;92(1):39-56. <https://doi.org/10.1111/papt.12175> PMID:29512287
13. Suicide Prevention Resource Center. Responding to grief, trauma, and distress after a suicide: U.S. National Guidelines. Norman: Suicide Prevention Resource Center; 2015. <http://www.sprc.org/resources-programs/responding-grief-trauma-and-distress-after-suicide-us-national-guidelines>

14. Public Health England. Support after a suicide: a guide to providing local services: a practice resource. London: Public Health England; 2016.
http://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/590838/support_after_a_suicide.pdf
15. Australian Institute for Suicide Research and Prevention; Postvention Australia. Postvention Australia guidelines: a resource for organisations and individuals providing services to people bereaved by suicide. Brisbane: Australian Institute for Suicide Research and Prevention, 2017.
http://www.griffith.edu.au/_data/assets/pdf_file/0038/359696/Postvention_WEB.pdf
16. Office of the Surgeon General (US); National Action Alliance for Suicide Prevention (US). 2012 national strategy for suicide prevention: goals and objectives for action: a report of the U.S. surgeon general and of the national action alliance for suicide prevention. Washington: US Department of Health & Human Services; 2012. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK109917/>
17. 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
18. Pirkis J, Spittal MJ, Cox G, Robinson J, Cheung YT, Studdert D. The effectiveness of structural interventions at suicide hotspots: a meta-analysis. *Int J Epidemiol.* 2013;42(2):541-8.
<https://doi.org/10.1093/ije/dyt021> PMID:23505253
19. Pirkis J, Too LS, Spittal MJ, Krysinska K, Robinson J, Cheung YT. Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry.* 2015;2(11):994-1001.
[https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(15\)00266-7](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(15)00266-7) PMID:26409438
20. Milner AJ, Carter G, Pirkis J, Robinson J, Spittal MJ. Letters, green cards, telephone calls and postcards: systematic and meta-analytic review of brief contact interventions for reducing self-harm,

suicide attempts and suicide. Br J Psychiatry. 2015;206(3):184-90. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.147819> PMID:25733570

- 21. Riblet NBV, Shiner B, Young-Xu Y, Watts BV. Strategies to prevent death by suicide: meta-analysis of randomised controlled trials. Br J Psychiatry. 2017;210(6):396-402. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.187799> PMID:28428338
 - 22. Inagaki M, Kawashima Y, Kawanishi C, Yonemoto N, Sugimoto T, Furuno T, Ikeshita K, Eto N, Tachikawa H, Shiraishi Y, Yamada M. Interventions to prevent repeat suicidal behavior in patients admitted to an emergency department for a suicide attempt: a meta-analysis. J Affect Disord. 2015;175:66-78. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.048> PMID:25594513
 - 23. Abdalla RR, Miguel AC, Brietzke E, Caetano R, Laranjeira R, Madruga CS. Suicidal behavior among substance users: data from the Second Brazilian National Alcohol and Drug Survey (II BNADS). Braz J Psychiatry. 2019;41(5):437-40. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0054> PMID:30785535
PMCID:PMC6796807
 - 24. Witt K, Spittal MJ, Carter G, Pirkis J, Hetrick S, Currier D, Robinson J, Milner A. Effectiveness of online and mobile telephone applications ('apps') for the self-management of suicidal ideation and self-harm: a systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry. 2017;17(1):297. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1458-0> PMID:28810841 - PMCID:PMC5558658
-



🏠 **Figura 1.** Fluxograma para manejo do comportamento suicida

Psicoterapia
Intervenção escolar
Fórum de suporte on-line
Programa de tratamento residencial
ALERTA: Se a experiência de luto for mais intensa ou estiverem presentes sintomas de transtorno mental encaminhar para tratamento

📌 **Quadro 1.** Pós-venção: o que fazer [4, 5]

Método	Alerta
Triagem	Tenha cuidado com a comunicação suicida
Intervenções estruturais (por exemplo, barreiras e redes de segurança)	
Intervenção Breve e Contato da Organização Mundial da Saúde	
Intervenções que incentivam a procura de ajuda	
Triagem universal mais intervenção (Plano de Segurança)	Requer acesso a um psiquiatra
Avaliação e gestão do uso indevido de substâncias	

📌 **Quadro 2.** Prevenção e promoção