

**Original em inglês:** 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>

## **Diretrizes da Associação Brasileira de Psiquiatria para o manejo do comportamento suicida: *Hotlines* para a prevenção de suicídio: tradução revisada e ampliada**

*Brazilian Psychiatric Association guidelines for the management of suicidal behavior: suicide prevention hotlines: revised and expanded translation*

*Directrices de la Asociación Brasileña de Psiquiatria para el manejo de la conducta suicida: líneas directas de prevención del suicidio: traducción revisada y ampliada*

1 Leonardo Baldaçara  [ORCID](#) - [Lattes](#)

2 Roberta Rossi Grudtner - [ORCID](#) - [Lattes](#)

3 César Augusto Trinta Weber - [ORCID](#) - [Lattes](#)

4 Miriam Elza Gorender - [ORCID](#) - [Lattes](#)

5 Sandra Paula Peu da Silva - [ORCID](#) - [Lattes](#)

6 Ana Luiza Silva Teles - [ORCID](#) - [Lattes](#)

7 Ives Cavalcante Passos - [ORCID](#) - [Lattes](#)

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

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

**Filiação dos autores:** **1** [Universidade Federal do Tocantins, UFT, Palmas, TO, Brasil; Associação Brasileira de Psiquiatria, ABP, Rio de Janeiro, RJ, Brasil]; **2, 3, 5** [Associação Brasileira de Psiquiatria, ABP, Rio de Janeiro, RJ, Brasil]; **4** [Associação Brasileira de Psiquiatria, ABP, Rio de Janeiro,

RJ, Brasil; Universidade Federal da Bahia, UFB, Salvador, Bahia, Brasil]; **6** [Centro Universitário de Brasília, Brasília, DF, Brasil]; **7** [Associação Brasileira de Psiquiatria, ABP, Rio de Janeiro, RJ, Brasil; Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil]; **8** [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]; **9** [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, Grudtner RR, Weber CAT, Gorender ME, Silva SPP, Teles ALS, Passos IC, Quevedo J, da Silva AG. Diretrizes da Associação Brasileira de Psiquiatria para o manejo do comportamento suicida: *hotlines* para a prevenção de suicídio: tradução revisada e ampliada. Debates em Psiquiatria, Rio de Janeiro. 2024;14:1-23.

<https://doi.org/10.25118/2763-9037.2024.v14.1264>

---

## 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**

2 Debates em Psiquiatria, Rio de Janeiro. 2024;14:1-23

<https://doi.org/10.25118/2763-9037.2024.v14.1264>



**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

O suicídio é uma das principais causas de morte em todo o mundo e abrange vários estados contínuos [1 – 3]. De acordo com as Estimativas de Saúde Global da Organização Mundial da Saúde (OMS) 2000-2019, 703.000 pessoas morrem por suicídio todos os anos em todo o mundo [4, 5]. A taxa global de suicídio padronizada por idade em 2019 foi de 9,0 por 100.000 habitantes, e a taxa de suicídio é 2,3 vezes maior em homens do que em mulheres. Quando discriminadas por idade e nível de rendimento do país, a maioria das mortes por suicídio ocorre em países de baixo e médio rendimento, onde vive a maior parte da população mundial [4 – 6].

---

4 Debates em Psiquiatria, Rio de Janeiro. 2024;14:1-23  
<https://doi.org/10.25118/2763-9037.2024.v14.1264>



Mais de metade dos suicídios globais ocorreram na população com menos de 50 anos. O suicídio é a quarta principal causa de morte entre jovens dos 15 aos 29 anos de ambos os sexos, depois dos acidentes rodoviários, da tuberculose e da violência interpessoal [3, 5]. Dada essa importância, o DSM-5 [7] e o CID-11 [8] incluíram, cada um, capítulos para avaliar o comportamento suicida como objetivo prioritário, a fim de propor um formato para estabelecer estudos científicos que se baseiem no mesmo construto.

No entanto, a onipresença do suicídio e as variabilidades culturais e regionais neste fenómeno precisam de ser abordadas para conceber planos de prevenção viáveis e eficazes, específicos para cada população. A taxa global de suicídio padronizada por idade diminuiu 36% entre 2000 e 2019, com declínios variando de 17% na região do Mediterrâneo Oriental a 47% na região europeia e 49% na região do Pacífico Ocidental [5]. O único aumento nas taxas de suicídio padronizadas por idade ocorreu na Região das Américas (17% no mesmo período) [9]. Em 2019, o Brasil tinha uma taxa padronizada por idade de 6,4 suicídios por 100.000 habitantes em 2019 [1 - 5, 10]. Embora abaixo da taxa global, deve ser vista com cautela, pois o Brasil é um país populoso com alto número absoluto de suicídios. (14.540 só em 2019). Comparando os anos de 2011 e 2017, houve um aumento de 10% na taxa de suicídio na população de 15 a 29 anos [9].

As organizações internacionais concordam com a necessidade de uma resposta coordenada, abrangente, intersetorial e multidisciplinar. Esta estratégia é essencial para garantir que o trágico acontecimento do suicídio não continue a ceifar vidas e a impactar milhões de pessoas através da perda de familiares ou entes queridos. No entanto, não há consenso sobre o tipo de resposta necessária. Além disso, já foram tentadas diversas iniciativas, abrangendo uma vasta gama de ações [11]. A maioria dessas ações é composta por campanhas públicas, instalações de prevenção remota e treinamento de pessoal de emergência. A triagem baseada na Internet e a vigilância passiva por smartphones para identificar pacientes de alto risco são pouco estudadas [12]. Portanto, as investigações de intervenções que envolvam assistência remota por meio de um sistema de comunicação direta – por exemplo, linhas diretas para suicídio – são escassas quando comparadas à dimensão do problema no contexto da saúde pública. As publicações sobre o modo de funcionamento destas intervenções revelam características distintas tanto sobre o momento como sobre as circunstâncias da intervenção, sobre a formulação de

requisitos técnico-operacionais para o funcionamento destas estruturas de cuidados de saúde mental e até sobre as características da população-alvo [3].

Considerando a gravidade do suicídio como um problema de saúde pública, por exemplo, a cada 40 segundos no mundo e a cada 45 minutos no Brasil alguém morre por suicídio, e cada suicídio impactará a vida de pelo menos outras seis pessoas, este estudo procura criar um protocolo para o manejo de pacientes em risco de suicídio por meio de um serviço de resposta remota, como linhas diretas, como forma de contribuir para a redução das taxas de suicídio. O principal objetivo deste trabalho é verificar se uma intervenção remota sob a forma de linha direta pode reduzir a mortalidade por suicídio, confirmando assim a sua eficácia ou a necessidade de prosseguir novas vias de investigação. Portanto, realizamos uma revisão sistemática da eficácia dos serviços remotos existentes que abordam comportamentos suicidas na redução do número de suicídios consumados e de tentativas de suicídio.

Os objetivos secundários eram verificar: Qual a melhor definição para um centro remoto de crise para prevenção do suicídio? Quais são as principais necessidades de pessoal para um centro remoto de crise para prevenção do suicídio? Qual o tempo de resposta recomendado (tempo de chamada para atendimento e duração da intervenção)? e Quais são as ferramentas de avaliação de risco utilizadas num centro de crise remoto para prevenção do suicídio? Por fim, é proposto um protocolo, considerando os resultados da revisão [3]. Ao final são apresentados dos Fluxogramas para essa modalidade de atendimento nas [Figuras 1](#) e [2](#).

### **Uma intervenção breve remota ou um sistema de comunicação direta (por exemplo, por telefone), como a modalidade linha de apoio/linha direta/linha de apoio, reduz as tentativas de suicídio ou a mortalidade por suicídio?**

Os aspectos metodológicos e as medidas de resultados dos poucos estudos selecionados foram heterogêneos. Foram observadas três principais medidas de resultados com resposta satisfatória: pensamentos suicidas, tentativas de suicídio e suicídio. Encontramos três tipos principais de intervenção: linhas diretas [13], 12 linhas diretas ou outras intervenções remotas com acompanhamento [14 – 20], e acompanhamento remoto após alta do departamento de emergência (DE) [21 – 27].

Especificamente, encontramos evidências de que as linhas diretas de crise previnem o suicídio (pensamentos, planos ou tentativas) e a intenção de morrer, a desesperança e a dor psicológica [17] (Nível de evidência 3); as linhas diretas de crise tiveram resultados positivos na redução de pensamentos suicidas [13, 18] (Nível de evidência 3); e, em idosos, a teleajuda foi mais promissora na prevenção do suicídio [14] (Nível de evidência 3).

A implementação de um protocolo para acompanhamento telefônico precoce após uma tentativa de suicídio poderia ajudar a prevenir tentativas futuras [16]. Após a alta do PS, o acompanhamento por telefone foi capaz de reduzir a proporção de tentativas de suicídio [16, 21] (Nível de evidência 2). Após a alta, as tentativas de suicídio por auto-envenenamento deliberado não apresentaram diferenças relacionadas à intervenção, exceto no grupo de acompanhamento telefônico após 1 mês, que não teve mortes por suicídio [24].

Outro ensaio randomizado controlado observou redução nas tentativas de suicídio com ligações telefônicas como parte de um protocolo de acompanhamento [22] (Nível de evidência 2). A Intervenção de Planejamento de Segurança (SPI) associada ao acompanhamento telefônico mostrou redução nas tentativas de suicídio, mortes por suicídio e outros comportamentos suicidas, incluindo tentativas interrompidas [23] (Nível de evidência 3). Linhas diretas com intervenção psicológica preveniram novas tentativas de suicídio [20] (Nível de evidência 3).

Intervenções breves também podem ajudar a prevenir eventos de comportamento suicida quando realizadas através de serviços remotos [22]. Evidências foram observadas para Intervenção Breve e Contato (BIC) (Nível de evidência 2), Treinamento Aplicado em Habilidades de Intervenção em Suicídio (ASIST) [25] (Nível de evidência 3), SPI [15, 23] (Nível de evidência 3) e psicológico não especificado intervenção [20] (Nível de evidência 3).

## Conclusão

A prevenção do comportamento suicida, especialmente do suicídio e das tentativas de suicídio, pode ser alcançada através da implementação de um serviço de assistência remota como complemento a outras intervenções do sistema de saúde. Contudo, é importante ressaltar que os estudos da literatura reportam modelos diferentes e são suscetíveis à

heterogeneidade amostral. Portanto, a implementação deste tipo de serviço requer um acompanhamento adicional para avaliar o seu impacto. As intervenções breves são outra ferramenta valiosa que deve ser procurada, com formação adequada.

### **Definição de suporte telefônico direto (hotline, lifeline ou outros)**

As linhas diretas tradicionais, de acordo com Brody, Star e Tran [28], conectam os chamadores aos centros de atendimento por meio de uma chamada telefônica. As linhas diretas [26 – 28] normalmente funcionam 24 horas por dia, 7 dias por semana, e são comumente usadas para serviços como dicas sobre crimes, apoio em crises de suicídio, apoio a vítimas de violência sexual e estupro, vítimas de bullying, crianças fugitivas e vítimas de tráfico humano [26 – 28]. As linhas diretas estão em uso há mais de 50 anos e foram originalmente projetadas para conectar pessoas em crise com serviços de suporte ao vivo, confidenciais e anônimos fora do horário comercial normal [27 – 29]. O desenvolvimento de linhas diretas foi um passo crítico na ligação de indivíduos aos serviços em situações em que o acesso a serviços presenciais não era possível devido à distância, à disponibilidade do prestador, às experiências de estigma e vergonha, à necessidade de confidencialidade ou ao momento do atendimento crise [26 - 28].

As linhas diretas de prevenção do suicídio funcionam de duas maneiras: garantem a segurança imediata dos chamadores suicidas e conectam aqueles que podem estar em perigo de suicídio (por exemplo, pessoas com doenças mentais ou sem-abrigo) com recursos adequados e disponíveis. As linhas directas de prevenção do suicídio “oferecem assistência por telefone a indivíduos que estão em risco de suicídio ou preocupados com alguém em risco de suicídio”, de acordo com um relatório do Departamento de Saúde Mental da Califórnia, Gabinete de Prevenção do Suicídio. Pessoas suicidas também podem ligar para o 911 ou entrar em contato com outros serviços de emergência, como violência doméstica ou linhas diretas de controle de envenenamento. Lifeline é uma rede de 164 centros de crise em 49 estados, sendo 11 na Califórnia [30].

Tyson et al. usaram o termo linha de apoio telefônico para descrever uma abordagem para ajudar pessoas que são suicidas ou que se autoflagelam. Os autores afirmam que esta técnica tem várias vantagens sobre os métodos convencionais de intervenção terapêutica, incluindo facilidade e

imediatismo de acesso, confidencialidade do cliente, relação custo-eficácia e acessibilidade ao serviço para aqueles que estão geograficamente e fisicamente separados [31].

A palavra "linhas diretas" é usada por Kalafat et al. como sinônimo de "Centros de Crise". Por mais de 40 anos, ele definiu os serviços telefônicos de crise (TCS) como um suporte para vários comportamentos inadequados, como intervenção e encaminhamento em crises de álcool, violência interpessoal ou serviços de conduta suicida [32].

O Tele-Help/Tele-Check, um serviço telefônico inicialmente desenvolvido para ajudar os idosos com apoio domiciliário, também é utilizado para a gestão de crises. O Tele-Help/Tele-Check utiliza um sistema de alarme portátil e proporciona aos clientes contatos ativos por pessoas qualificadas que podem fornecer informações, suporte e ação imediata em caso de problemas médicos e psicológicos [14]. Cebrià et al. [21] utilizam o termo programa de intervenção telefônica para acompanhamento após a alta.

Gould et al. [17] usam o termo linhas diretas de crise, mas não o conceituam claramente. Num outro artigo [13], utilizam o termo "centro de crise com linha de vida" para se referir aos conselheiros telefônicos que atendem chamadas da linha de vida.

Outro esforço é a rede National Suicide Prevention Lifeline, que fornece apoio emocional gratuito e confidencial a pessoas em crise suicida ou sofrimento emocional nos Estados Unidos, 24 horas por dia, 7 dias por semana. A Lifeline é uma rede nacional de mais de 180 centros de crise locais que fornecem tratamento e serviços locais personalizados, ao mesmo tempo que aderem aos padrões e melhores práticas nacionais [33]. De acordo com Labouliere et al. [15], a Lifeline garante que os chamadores em crise possam ligar para este número gratuito 24 horas por dia, de qualquer local nos Estados Unidos, e ser conectados a um conselheiro local treinado que possa fornecer avaliação de risco, desescalada, intervenção em crises e encaminhamento para serviços de saúde mental [16]. O termo "linha de salvação" tem sido utilizado noutros locais para se referir a uma rede de várias linhas diretas e centros de crise [15, 34].

## Conclusão

A definição deste tipo de serviço varia de autor para autor, e a sua finalidade específica também varia. "Lifeline" é utilizado para se referir a

uma rede de linhas diretas, centros de crise ou linhas de apoio com acesso compartilhado. “Linhas diretas” é o termo preferido para serviços remotos específicos para prevenir mortes, tentativas e outros comportamentos suicidas.

### **Quais são as principais necessidades de pessoal das linhas diretas?**

Os psiquiatras foram relatados como parte essencial da equipe central das linhas diretas por alguns autores [16, 20, 21, 24, 25], assim como os psicólogos [20, 22, 25], enfermeiros [19, 21, 25], pessoas próximas ao paciente [22], conselheiros treinados [15, 17, 32, 34], e funcionários treinados [14]. Um autor afirmou que conselheiros treinados podem ser utilizados no Plano de Segurança. Os conselheiros de crise indicaram que o SPI seria possível e benéfico em chamadas de crise imediatamente após a formação, que a formação em SPI era valiosa e que tinham um elevado grau de autoeficácia para empregar o SPI em futuras chamadas de crise [15]. Durante um período pós-formação de 9 meses, os conselheiros de crise relataram a utilização do SPI com pessoas suicidas, tanto em chamadas recebidas de crise como em chamadas de acompanhamento, e que o SPI teve sucesso em ambos os tipos de chamadas. A maior autoeficácia imediatamente após o treinamento foi associada ao aumento do uso de SPI durante o período de 9 meses pós-treinamento, e as percepções de viabilidade e utilidade imediatamente após o treinamento previram relatórios de eficácia de SPI cerca de 9 meses depois [15]. No entanto, um psiquiatra consultor pode ajudar durante a entrevista inicial do paciente [16].

O SPI, bem como o acompanhamento telefônico após a alta do pronto-socorro, foi administrado por assistentes sociais profissionais ou psicólogos supervisionados por um membro sênior da equipe [23]. Estudantes de mestrado em psicologia, ciências sociais ou ciências da saúde que se formaram foram utilizados em um estudo. O tempo total de treinamento por assistente de pesquisa foi de cerca de 100 horas (nove sessões de treinamento com duração de 6 a 8 horas cada, mais 2 a 4 horas de trabalhos de casa preliminares) [35].

Na verdade, pesquisas comparativas sugeriram que, em comparação com voluntários leigos treinados, os especialistas em saúde mental podem ser menos eficientes na prestação de ajuda telefônica a pacientes suicidas

[36]. Embora não haja acordo sobre quem são os especialistas necessários, a formação é um factor importante [19].

## **Conclusão**

Em nossa opinião, a equipe precisa ser composta por profissionais devidamente treinados. Sugerimos a presença de médico psiquiatra para coordenação da equipe, planejamento e avaliações mais complexas, além de médicos, psicólogos e enfermeiros. Embora a literatura relate a utilização de conselheiros e voluntários, é importante salientar que os serviços de linha direta requerem não apenas a prestação de apoio durante a crise, mas também a triagem técnica e a capacidade de distinguir casos que podem ser acompanhados em ambulatório de aqueles que devem ser imediatamente encaminhados para um serviço de emergência.

## **Qual o tempo de resposta recomendado (tempo de chamada para atendimento e duração da intervenção)?**

A literatura não traz informações sobre o tempo de resposta ideal para atender a ligação de um paciente com comportamento suicida. Por outro lado, as intervenções variaram de 5 a 45 minutos [13, 21, 22, 30, 31]. Não foram consideradas chamadas com maior tempo, por não atenderem ao objetivo de serviço de suporte remoto para avaliação de risco. Um estudo incluiu: (i) informações coletadas sobre tratamento, adesão aos serviços de saúde mental e fatores estressantes da vida atual; (ii) acompanhamento telefônico padrão de 5 a 10 minutos em 1, 3, 6 e 12 meses, coletando as mesmas informações sobre a situação atual do paciente e detectando se ocorreram alterações significativas; (iii) uma intervenção de 15 a 45 minutos para situações de crise, adaptada às características clínicas e circunstâncias pessoais do paciente. Uma chamada típica durava de 5 a 10 minutos. As ligações foram feitas para telefones fixos e celulares [21].

## **Conclusão**

Como não há consenso na literatura, em nossa opinião, os chamados devem ser atendidos o mais breve possível. O tempo máximo de espera deverá ser de 2 minutos, e a conversa deverá durar de 5 a 10 minutos, o que é suficiente para uma breve triagem. O diálogo e a intervenção podem ser alargados caso a caso.

## **Quais são as ferramentas de avaliação de risco utilizadas nos serviços de linha direta?**

É necessário um profissional de saúde treinado para avaliar se o paciente está em perigo iminente e escolher o melhor curso de ação. Questionários estruturados podem ser utilizados nas avaliações; entretanto, uma interação mais aberta com o paciente, família ou amigos pode fornecer informações sobre o comportamento do paciente, fatores de risco e proteção e histórico de cuidados médicos e de saúde mental. As avaliações também podem ser usadas para criar programas de intervenção personalizados e acompanhar o seu sucesso [37].

Por outro lado, conforme afirmado no artigo anterior desta série, nenhum fator isolado pode prever o comportamento suicida e as ferramentas existentes carecem de evidências de eficácia; portanto, a avaliação deve ser ampla [38]. Estas ferramentas devem ser utilizadas como complemento do processo de avaliação. Dadas as complexidades desta avaliação e a impossibilidade de realizá-la em larga escala, propomos que qualquer sinal ou sintoma que sugira um desejo, pensamento ou esforço para se autoagredir ou tentar acabar com a vida seja considerado um rastreo positivo.

Num estudo, foram utilizadas chamadas telefônicas para encorajar a continuação da terapêutica prescrita pelo DE, conforme avaliado pelo psiquiatra de referência no pós-alta e em consultas futuras. Nas demais situações, o acompanhamento com médico primário foi organizado de acordo com o plano de tratamento traçado pelo psiquiatra encaminhador. Quando um risco elevado de suicídio foi reconhecido, uma visita de emergência ao hospital foi agendada. Como resultado, a intervenção experimental incluiu uma variedade de estratégias para aumentar a adesão à terapia normal, bem como intervenções rápidas em circunstâncias de crise [21].

Fleischmann et al. [25] usaram um questionário [39] para realizar uma avaliação completa de todos os que tentaram suicídio recrutados, que foi traduzido para o idioma local de cada local de estudo, adaptado para levar em conta as diferenças culturais e testado-piloto para avaliar a validade aparente e de conteúdo. O questionário baseou-se no Cronograma de Entrevistas do Estudo Europeu de Parasuicídio (EPSIS), que foi utilizado no Estudo Multicêntrico de Comportamento Suicida da OMS/EURO. Inclui informações sociodemográficas, informações sobre a tentativa de suicídio mais recente, algumas características clínicas (por exemplo, estado de

saúde física e mental, eventos traumáticos, uso de álcool e drogas) e múltiplas medidas de autorrelato. Um questionário de uma página foi usado para documentar os contatos de acompanhamento com os pacientes. As perguntas incluíam se o paciente ainda estava vivo e, caso contrário, qual a causa da morte [27].

Miller et al. empregaram o método Coping Long Term with Active Suicide Program for Emergency Departments (CLASP-ED), que incluía até sete ligações telefônicas curtas (10 a 20 minutos) para o participante e até quatro ligações para uma pessoa significativa designada. pela pessoa, se acessível. As chamadas centraram-se na identificação de factores de risco de suicídio, na definição de objectivos e metas, na garantia da segurança e no planeamento futuro, no apoio ao envolvimento/adesão ao tratamento e na facilitação da resolução de problemas dos pacientes [22]. Gould et al. [17] utilizaram o Status de Risco de Suicídio, Feedback do Cliente na Chamada, Plano de Ação e Conformidade, Utilização e Conformidade do Serviço e, em outro estudo, ASIST [13]. Shaw e Chiang [40] utilizaram a Escala Modificada de Avaliação do Estado Mental e a Escala Modificada de Risco de Suicídio.

Sugerimos diversas avaliações que podem auxiliar na identificação dos pacientes na primeira parte desta série. No entanto, os métodos de avaliação da tendência suicida não alcançaram uma precisão aceitável para o resultado do suicídio [41]. Como a maioria das escalas são incapazes de avaliar e prever com precisão uma futura tentativa ou consumação de suicídio, nenhuma escala ou medida única pode ser recomendada para substituir um exame completo realizado por um psiquiatra. Essas ferramentas são apenas de uso complementar e devem ser acompanhadas de anamnese completa, avaliação física e psicológica e avaliação de fatores de risco e proteção [2]. Assim, o uso de escalas deve ser considerado meramente adjuvante.

As avaliações precisam buscar sinais de alerta e fatores de risco, o envolvimento do paciente com o suporte, a possibilidade de aplicação de triagem e acompanhamento universal, bem como classificar os pacientes em risco baixo, moderado e elevado, para decidir se o chamado deve ser atendido por triagem universal contínua ou encaminhamento para um pronto-socorro.

## Conclusão

A avaliação da linha direta deve ser breve, orientada para objetivos e realizada por um profissional de saúde treinado. Podem ser utilizados instrumentos ou escalas, mas, em nossa opinião, uma entrevista empática é indispensável. Não devem ser omitidos os seguintes dados: avaliação dos fatores de risco e proteção, questionamento sobre comportamento suicida, história pregressa e acesso ao tratamento. O objetivo do atendimento remoto é principalmente proporcionar conforto ao paciente, mas também deve identificar pacientes de maior risco e encaminhá-los para tratamento. Em casos potencialmente graves, o encaminhamento para serviços de emergência é essencial.

---

## Referências

1. 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
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, Weber CAT, Gorender M, Grudtner RR, Peu S, Teles ALS, Passos IC, Quevedo J, 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 PMCID:PMC9976911

4. 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>
5. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2021.  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>
6. World Health Organization. Mental health. Geneva: World Health Organization; 2021.  
[https://www.who.int/gho/mental\\_health/suicide\\_rates/en/](https://www.who.int/gho/mental_health/suicide_rates/en/)
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington: American Psychiatric Association; 2013.  
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
8. World Health Organization. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. Geneva: World Health Organization; 2024.  
<https://icd.who.int/en>
9. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Perfil epidemiológico dos casos notificados de violência autoprovocada e óbitos por suicídio entre jovens de 15 a 29 anos no Brasil, 2011 a 2018. Brasília: Ministério da Saúde; 2019. (Boletim Epidemiológico; vol. 50, no. 24).  
<https://www.ifen.com.br/site/files/198/Nucleo-Especifico---Atuacao-Clinica-Situacoes-Suicidio/247/BE-suic--dio-24-final.pdf>
10. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. (Boletim Epidemiológico; vol. 52, no. 33). [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim\\_epidemiologico\\_svs\\_33\\_final.pdf/view](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf/view)
11. World Health Organization. LIVE LIFE: an implementation guide for suicide prevention in countries. Geneva: World Health Organization; 2021.  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629>

12. Mann JJ, Michel CA, Auerbach RP. Improving suicide prevention through evidence-based strategies: a systematic review. *Am J Psychiatry*. 2021;178(7):611-24.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20060864> PMID:33596680  
PMCID:PMC9092896
13. Gould MS, Cross W, Pisani AR, Munfakh JL, Kleinman M. Impact of applied suicide intervention skills training on the national suicide prevention lifeline. *Suicide Life Threat Behav*. 2013;43(6):676-91.  
<https://doi.org/10.1111/sltb.12049> PMID:23889494  
PMCID:PMC3838495
14. De Leo D, Carollo G, Dello Buono M. Lower suicide rates associated with a tele-help/tele-check service for the elderly at home. *Am J Psychiatry*. 1995;152(4):632-4.  
<https://doi.org/10.1176/ajp.152.4.632> PMID:7694919
15. Labouliere CD, Stanley B, Lake AM, Gould MS. Safety Planning on crisis lines: feasibility, acceptability, and perceived helpfulness of a brief intervention to mitigate future suicide risk. *Suicide Life Threat Behav*. 2020;50(1):29-41.  
<https://doi.org/10.1111/sltb.12554> PMID:31112330  
PMCID:PMC7507118
16. Exbrayat S, Coudrot C, Gourdon X, Gay A, Sevos J, Pellet J, Trombert-Paviot B, Massoubre C. Effect of telephone follow-up on repeated suicide attempt in patients discharged from an emergency psychiatry department: a controlled study. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):96. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1258-6>  
PMID:28320345 - PMCID:PMC5359948
17. Gould MS, Kalafat J, Harrismunfakh JL, Kleinman M. An evaluation of crisis hotline outcomes. Part 2: suicidal callers. *Suicide Life Threat Behav*. 2007;37(3):338-52.  
<https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.338> PMID:17579545
18. Gould MS, Lake AM, Galfalvy H, Kleinman M, Munfakh JL, Wright J, McKeon R. Follow-up with callers to the national suicide prevention lifeline: evaluation of callers' perceptions of care. *Suicide*

Life Threat Behav. 2018;48(1):75-86.

<https://doi.org/10.1111/sltb.12339> PMID:28261860

19. Messiah A, Notredame CE, Demarty AL, Duhem S, Vaiva G; AlgoS investigators. Combining green cards, telephone calls and postcards into an intervention algorithm to reduce suicide reattempt (AlgoS): P-hoc analyses of an inconclusive randomized controlled trial. PLoS One. 2019;14(2):e0210778.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210778> PMID:30707710

PMCID:PMC6358079

20. Tong Y, Conner KR, Wang C, Yin Y, Zhao L, Wang Y, Liu Y. Prospective study of association of characteristics of hotline psychological intervention in 778 high-risk callers with subsequent suicidal act. Aust N Z J Psychiatry. 2020;54(12):1182-91.

<https://doi.org/10.1177/0004867420963739> PMID:33050732

21. Cebrià AI, Parra I, Pàmias M, Escayola A, García-Parés G, Puntí J, Laredo A, Vallès V, Cavero M, Oliva JC, Hegerl U, Pérez-Solà V, Palao DJ. Effectiveness of a telephone management programme for patients discharged from an emergency department after a suicide attempt: controlled study in a Spanish population. J Affect Disord. 2013;147(1-3):269-76.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.11.016>

PMID:23219058

22. Miller IW, Camargo CA Jr, Arias SA, Sullivan AF, Allen MH, Goldstein AB, Manton AP, Espinola JA, Jones R, Hasegawa K, Boudreaux ED; ED-SAFE Investigators. Suicide prevention in an emergency department population: the ED-SAFE study. JAMA Psychiatry. 2017;74(6):563-70.

<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0678> PMID:28456130

PMCID:PMC5539839

23. Stanley B, Brown GK, Brenner LA, Galfalvy HC, Currier GW, Knox KL, Chaudhury SR, Bush AL, Green KL. Comparison of the safety planning intervention with follow-up vs usual care of suicidal patients treated in the emergency department. JAMA Psychiatry. 2018;75(9):894-900.

<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.1776> PMID:29998307

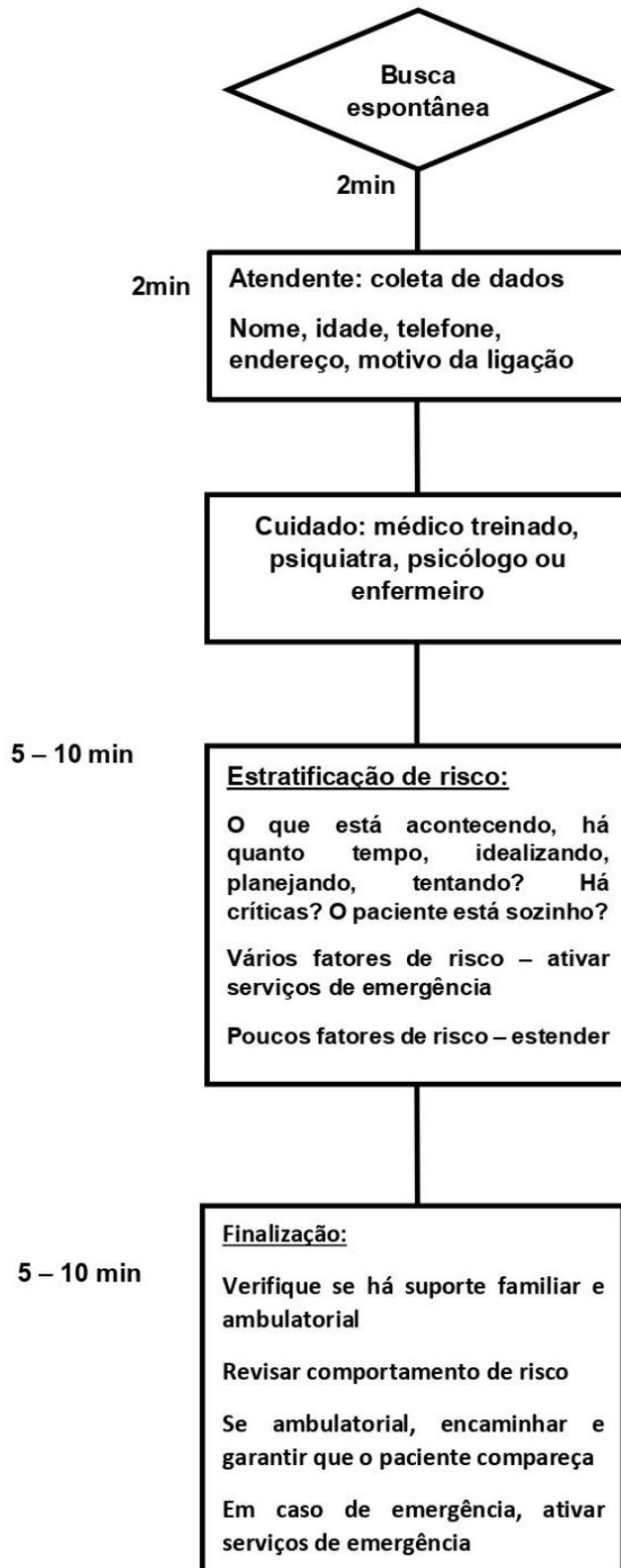
PMCID:PMC6142908

24. Vaiva G, Vaiva G, Ducrocq F, Meyer P, Mathieu D, Philippe A, Libersa C, Goudemand M. Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study. *BMJ*. 2006;332(7552):1241-5.  
<https://doi.org/10.1136/bmj.332.7552.1241> PMID:16735333  
PMCID:PMC1471935
25. Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D, De Leo D, Bolhari J, Botega NJ, De Silva D, Phillips M, Vijayakumar L, Värnik A, Schlebusch L, Thanh HT. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bull World Health Organ*. 2008;86(9):703-9.  
<https://doi.org/10.2471/blt.07.046995> PMID:18797646  
PMCID:PMC2649494
26. Rosenbaum A, Calhoun JF. The use of the telephone hotline in crisis intervention: a review. *J Community Psychol*. 1977;5(4):325-39. [https://doi.org/10.1002/1520-6629\(197710\)5:4%3C325::aid-jcop2290050405%3E3.0.co;2-d](https://doi.org/10.1002/1520-6629(197710)5:4%3C325::aid-jcop2290050405%3E3.0.co;2-d) PMID:10305500
27. World Health Organization. Preventing suicide: a resource for establishing a crisis line. Geneva: World Health Organization; 2018.  
<https://iris.who.int/handle/10665/311295>
28. Brody C, Star A, Tran J. Chat-based hotlines for health promotion: a systematic review. *Mhealth*. 2020;6:36.  
<https://doi.org/10.21037/mhealth-2019-di-13> PMID:33437833  
PMCID:PMC7793018
29. Mishara BL, Chagnon F, Daigle M, Balan B, Raymond S, Marcoux I, Bardon C, Campbell JK, Berman A. Comparing models of helper behavior to actual practice in telephone crisis intervention: a silent monitoring study of calls to the U.S. 1-800-SUICIDE network. *Suicide Life Threat Behav*. 2007;37(3):291-307.  
<https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.291> PMID:17579542
30. Ramchand R, Jaycox LH, Ebener PA. Suicide prevention hotlines in california: diversity in services, structure, and organization and

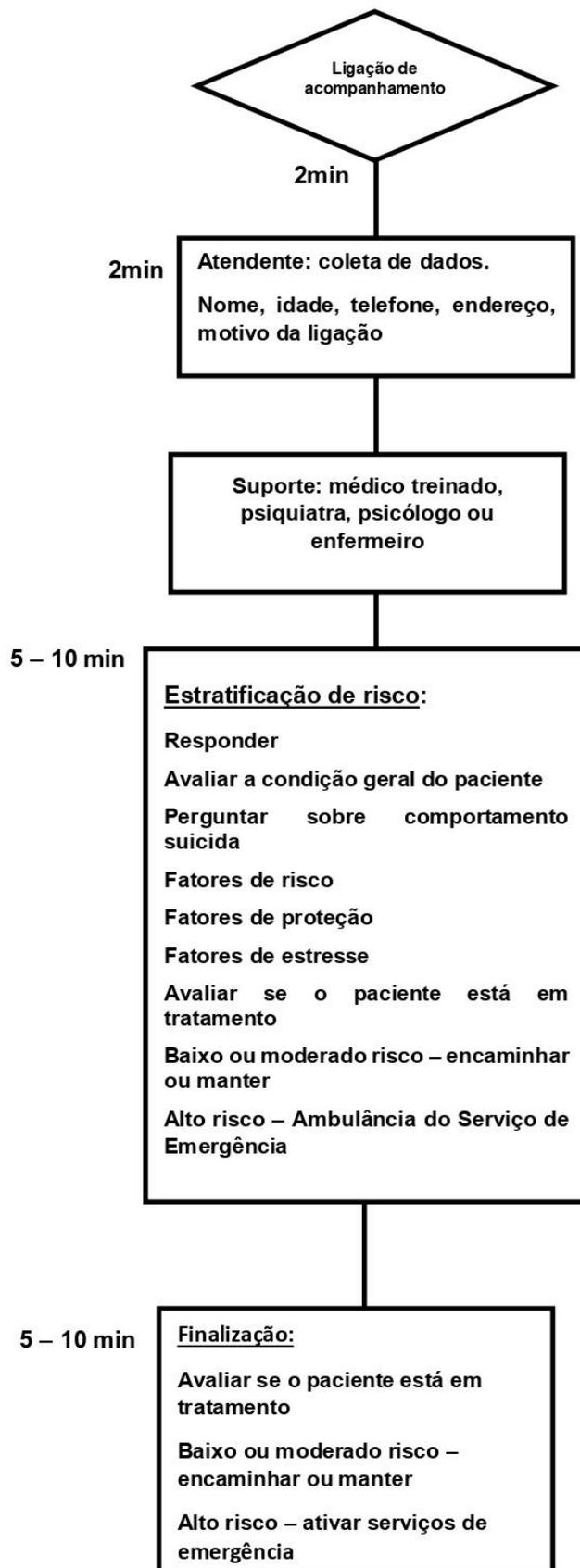
the potential challenges ahead. *Rand Health Q.* 2017;6(3):8.  
PMID:28845360 - PMCID:PMC5568153

- 31. Tyson P, Law C, Reed S, Johnsey E, Aruna O, Hall S. Preventing suicide and self-harm. *Crisis.* 2016;37(5):353-60.  
<https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000390> PMID:27278572
- 32. Kalafat J, Gould MS, Munfakh JL, Kleinman M. An evaluation of crisis hotline outcomes. Part 1: nonsuicidal crisis callers. *Suicide Life Threat Behav.* 2007;37(3):322-37.  
<https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.322> PMID:17579544
- 33. Draper J, Murphy G, Vega E, Covington DW, McKeon R. Helping callers to the National Suicide Prevention Lifeline who are at imminent risk of suicide: the importance of active engagement, active rescue, and collaboration between crisis and emergency services. *Suicide Life Threat Behav.* 2015;45(3):261-70.  
<https://doi.org/10.1111/sltb.12128> PMID:25270689  
PMCID:PMC4491352
- 34. Gould MS, Munfakh JLH, Kleinman M, Lake AM. National suicide prevention lifeline: enhancing mental health care for suicidal individuals and other people in crisis. *Suicide Life Threat Behav.* 2012;42(1):22-35. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278x.2011.00068.x> PMID:22320194
- 35. Mokkenstorm JK, Eikelenboom M, Huisman A, Wiebenga J, Gilissen R, Kerkhof AJFM, Smit JH. Evaluation of the 113Online suicide prevention crisis chat service: outcomes, helper behaviors and comparison to telephone hotlines. *Suicide Life Threat Behav.* 2017;47(3):282-96. <https://doi.org/10.1111/sltb.12286>  
PMID:27539122
- 36. Mishara BL, Daigle M, Bardon C, Chagnon F, Balan B, Raymond S, Campbell J. Comparison of the effects of telephone suicide prevention help by volunteers and professional paid staff: results from studies in the USA and Quebec, Canada. *Suicide Life Threat Behav.* 2016;46(5):577-87. <https://doi.org/10.1111/sltb.12238>  
PMID:26946110 - PMCID:PMC5069583
- 37. Suicide Prevention Resource Center. Norman: Suicide Prevention Resource Center; c2020. <https://sprc.org/>

- 38. 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
- 39. Pan American Health Organization. Multisite intervention study on suicidal behaviours SUPRE-MISS: components and instruments. Washington: Pan American Health Organization; 2000. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/45518>
- 40. Shaw FF, Chiang WH. An evaluation of suicide prevention hotline results in Taiwan: caller profiles and the effect on emotional distress and suicide risk. *J Affect Disord*. 2019;244:16-20. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.050> PMID:30292022
- 41. 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



🏠 **Figura 1.** Fluxograma da procura espontânea de ajuda. A chamada deve ser mais longa, se necessário



- O resgate deve ser sempre chamado se:
- Há planejamento de suicídio
  - Paciente com várias chamadas anteriores com ideação e um plano
  - Paciente psicótico
  - Paciente com histórico de ser vítima de violência ou agressão
  - Paciente com comportamento suicida, claramente intoxicado durante a chamada

↑ **Figura 2.** Fluxograma de acompanhamento telefônico dos chamadores após a ligação inicial. A chamada deve ser mais longa, se necessário