

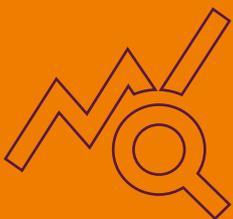
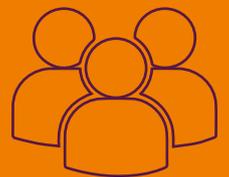
ORDEM  
DOS  
PSICÓLOGOS



08.2025

# AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NO SUICÍDIO

CIÊNCIA E PRÁTICA PSICOLÓGICAS



DOCUMENTOS DE APOIO À PRÁTICA PROFISSIONAL

Documento de Apoio à Prática Profissional: Avaliação e Intervenção Psicológica no Suicídio, publicado pela Ordem dos Psicólogos Portugueses.

A informação que consta deste documento, elaborado em Agosto de 2025, e na qual se baseia foi obtida a partir de fontes que os autores consideram fiáveis. Esta publicação ou partes dela podem ser reproduzidas, copiadas ou transmitidas com fins não comerciais, desde que o trabalho seja adequadamente citado, conforme indicado abaixo.

**Sugestão de citação:**

Ordem dos Psicólogos Portugueses (2025). Avaliação e Intervenção Psicológica no Suicídio. Lisboa.

**Para mais esclarecimentos contacte Ciência e Prática Psicológicas:**

andresa.oliveira@ordemdospsicologos.pt

**Ordem dos Psicólogos Portugueses**

Av. Fontes Pereira de Melo 19 D, 1050-116 Lisboa

+351 213 400 250  
ordemdospsicologos.pt

# Enquadramento

O suicídio é um fenómeno complexo e, ainda que pouco frequente, é responsável por mais de **700 000 mortes anuais em todo o mundo**, constituindo **uma das principais causas de morte entre jovens** com idades entre os 15 e os 29 anos (Lovero et al., 2023). Também é mais prevalente entre pessoas em situações de vulnerabilidade, por exemplo, pessoas que vivem em situação de pobreza, pessoas refugiadas e migrantes, pessoas LGBTQI+ ou na população prisional (WHO, 2025). Sabe-se ainda que, **por cada suicídio consumado, existe um número de tentativas 25 vezes superior** (WHO, 2025).

**Em Portugal**, o número de mortes por suicídio continua a ser **mais elevado** do que em qualquer outro país do sul da União Europeia (Dattani et al., 2023). Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística, em 2022, registaram-se 9,9 suicídios por 100 000 habitantes, numa ocorrência média de cerca de **3 suicídios por dia**. As estatísticas nacionais indicam a existência de 4,9 suicídios por 100 000 jovens, com idades entre os 15 e os 24 anos – sendo esta a maior taxa dos últimos 20 anos (Amorim, 2024). Apesar disso, é importante referir que as taxas de suicídio em Portugal tendem a aumentar progressivamente com o aumento da idade (Alte da Veiga, 2013).

**As estatísticas sobre a morte por suicídio não refletem, com exatidão, a dimensão deste fenómeno.** Em quase todo o mundo, os dados publicados são, em maior ou menor grau, **imprecisos e pouco fiáveis**. **O suicídio é um fenómeno subnotificado** – i.e., os números oficialmente registados de morte por suicídio são provavelmente inferiores à realidade (Snowdon & Choo, 2020).

Entre as diferentes **razões para a subnotificação** do suicídio, destacamos: as **dificuldades médico-legais em determinar se a causa de morte foi o suicídio**, sendo a morte classificada, frequentemente, como tendo “causa indeterminada”, “acidental” ou “intenção indeterminada”; **pressões socioculturais** (e.g., vergonha, estigma, religião ou crenças religiosas) podem levar a mascarar casos de morte por suicídio, classificando-os como morte por acidente, por exemplo; ou, ainda, um **desinvestimento em autópsias e na investigação forense** rigorosa, aumentando a probabilidade de os suicídios não serem identificados como tal (Kapusta et al., 2011; Snowdon & Choo, 2020). **Em Portugal, os suicídios “mascarados” são particularmente elevados**, sendo muitas vezes atribuídos a mortes violentas indeterminadas e acidentais (Gusmão et al., 2021).

As mortes por suicídio têm como consequência, além do **impacto psicológico nos/as sobreviventes**

**e comunidades** envolventes, **impactos económicos elevados**, relacionados com, por exemplo, maior utilização dos cuidados de Saúde e perda de produtividade. Não existem ainda dados para o impacto económico do suicídio em Portugal, mas, estimativas que remontam ao ano de 2015, apontam para **custos em torno dos 9,1€ mil milhões na União Europeia** (Łyszczarz, 2021).

**O suicídio é um problema de Saúde Pública**, multideterminado, que necessita de respostas urgentes e eficazes, nomeadamente ao nível da prevenção – a este propósito a OPP elaborou, em 2024, o documento [Prevenção do Suicídio: Intervenções e Políticas Públicas Efetivas](#).

Ao longo deste documento, procuramos compreender os comportamentos suicidários, enquanto fenómeno clínico, bem como o papel dos/as Psicólogos/as na avaliação e intervenção no suicídio, propondo algumas recomendações gerais e específicas para a prática profissional.

# 01. Os comportamentos suicidários enquanto fenómeno clínico

## 1.1. Tipos de comportamento suicidário

De forma a compreender o suicídio – ou seja, compreender porque algumas pessoas tentam (e/ou concretizam) terminar com a sua vida – é primeiramente necessário esclarecer que o suicídio se desdobra em diferentes tipos de **comportamento suicidário** (Klonsky et al., 2016):

- **Ideação suicida.** É caracterizada por pensamentos relacionados com a hipótese de terminar a própria vida. Estes pensamentos podem antecipar atos suicidas; no entanto, também podem referir-se a desejos ou a pensamentos sobre como cometer suicídio, sem que haja qualquer comportamento de passagem à ação.
- **Intenção suicida.** Pode descrever-se como a intenção que uma pessoa tem de agir sobre os seus pensamentos suicidas e a expectativa que tem de que os seus atos resultem no término da vida. Geralmente, traduz-se numa intensificação do desejo de morrer e numa maior elaboração do plano sobre como – meios (e.g., comprimidos; corda) e métodos (e.g., ingestão excessiva; enforcamento) –, quando e onde se tentará suicidar.
- **Tentativa de suicídio.** Corresponde a um comportamento potencialmente auto-lesivo em que há uma intenção implícita ou explícita de morrer como resultado desse comportamento – apesar de, por algum motivo (e.g., intervenção médica atempada; interrupção por terceiros), não ser fatal. Existem tentativas de suicídio impulsivas e outras planeadas, que implicam a concretização de um plano, mais ou menos elaborado ao longo do tempo.
- **Suicídio.** Quando alguém, intencionalmente, quer acabar com a sua vida e morre como resultado das suas ações nesse sentido.

Os comportamentos suicidários podem ser entendidos como **fenómenos clínicos com significado próprio** e não apenas como sintomas de outras perturbações mentais (O'Connor, 2021), correlacionando-se com diversos fatores individuais, sociais, socioculturais e clínicos – entre estes últimos, incluem-se problemas de Saúde Psicológica.

## 1.2. Fatores de risco e fatores protetores

A prevalência de comportamentos suicidários, bem com a influência de determinados fatores de risco e de proteção variam consoante características socio-demográficas e clínicas, existindo, assim, **diferenças entre grupos populacionais e perfis de maior vulnerabilidade**.

No que respeita a diferenças de género, sabe-se que, na Europa, os **homens morrem 2-3 vezes mais por suicídio do que as mulheres; no entanto, as mulheres apresentam mais tentativas de suicídio** (Eurostat, 2024; Freeman et al., 2017; Weaver et al., 2025). Tais dados, que à partida parecem paradoxais, parecem ser explicados pela letalidade dos métodos utilizados para tentar o suicídio.

**Os homens tendem a utilizar métodos mais letais (e.g., enforcamento; disparo de arma de fogo) comparativamente às mulheres (e.g., ingestão excessiva de medicamentos)**, existindo, no caso destas últimas, maior probabilidade de erro na execução do plano e de intervenção de terceiros, incluindo intervenção médica, que resulte em salvamento (Berardelli et al., 2022; Weaver et al., 2025).

Ainda no que confere à **letalidade das tentativas de suicídio**, as pessoas que vivem com dificuldades psicológicas mais graves (Joo et al., 2015), que consomem álcool e têm problemas financeiros (DeJong et al., 2010) parecem utilizar métodos mais letais. Por sua vez, as pessoas com perturbação da personalidade (e.g., *borderline*), com menores níveis de escolaridade e que viveram experiências de abuso na infância parecem recorrer a métodos menos letais, muitas vezes num **padrão de múltiplas tentativas não-fatais** (Blasco-Fontecilla et al., 2014).

### Fatores de Risco

Estes dados são congruentes com evidências sistematizadas sobre **fatores de risco**.

Numa revisão sistemática e meta-análise de estudos de **autopsia psicológica** (Cavanagh et al., 2003) – i.e., procedimento que consiste na reconstrução detalhada das circunstâncias, comportamentos e fatores associados à morte por suicídio através de entrevistas com familiares, amigos e análise de registos clínicos -, Favril e colegas (2022a) concluem que **viver com dificuldades graves de Saúde Psicológica** – sobretudo depressão, perturbação de personalidade *borderline* ou perturbação de stresse pós-traumático – **e ter comportamentos auto-lesivos** são os fatores mais fortemente associados à morte por suicídio.

Note-se que os **comportamentos auto-lesivos** se referem a atos intencionais de autoagressão sem intenção suicida, como cortar-se, saltar de locais relativamente elevados, ingerir fármacos em doses superiores às terapêuticas, consumir substâncias psicoativas com propósito autoagressivo ou ingerir substâncias/objetos não ingeríveis (e.g., lixívia, lâminas, pregos) (Carvalho et al., 2013).

Numa revisão de meta-análises (Favril et al., 2023), além dos acima mencionados, também a presença de **ideação suicida, tentativas de suicídio prévias, acontecimentos de vida adversos**, tais como estar envolvido/a em processos judiciais e/ou ter conflitos interpessoais, viver com doença física incapacitante, estar desempregado/a, ter crescido em instituições residenciais, algum dos progenitores ter morrido por suicídio e ter acesso a armas de fogo, são fortes fatores de risco associados à morte por suicídio na população geral.

Alguns estudos indicam que **1 em cada 5 pessoas que tentou o suicídio, tentará novamente** em algum momento da sua vida (de la Torre-Luque et al., 2023). Após uma tentativa não letal, **existem fatores de risco que aumentam a probabilidade de uma nova tentativa ocorrer**. Entre estes incluem-se a pessoa já ter realizado múltiplas tentativas, continuar com desejo de morrer após a tentativa, ter um consumo problemático de álcool e/ou de substâncias psicoativas, assim como ter vivido situações traumáticas na infância ou de forma repetida ao longo da vida (Pemau et al., 2024). Ainda, a persistência de um problema de Saúde Psicológica (e.g., stresse pós-traumático; perturbação de personalidade *borderline*) e o estigma sentido após uma tentativa também parecem ser fatores de risco para uma reincidência (Oexle et al., 2018).

No que respeita ao comportamento suicidário em **adolescentes e jovens adultos/as**, viver com problemas de Saúde Psicológica e ser vítima de violência interpessoal são fortes fatores de risco. Entre géneros, sabe-se que viver com alguma perturbação do comportamento alimentar, ser vítima de violência no namoro ou ter realizado um aborto são fatores de risco específicos associados à tentativa de suicídio no **género feminino**. Por sua vez, ter problemas de comportamento, a separação/divórcio dos progenitores e existirem comportamentos suicidários no grupo de pares são fatores mais associados à tentativa de suicídio no **género masculino** (Miranda-Mendizabal et al., 2019).

A evidência disponível sugere que as **pessoas mais velhas constituem um dos grupos com maior risco de suicídio**. Têm taxas de suicídio mais elevadas e envolvem-se em comportamentos auto-lesivos com maior intenção de morrer, maior letalidade e maior risco de suicídio efetivo (Connors et al., 2025; Weaver et al., 2025) Viver com doença física

crónica e com dor associada, ter dificuldades funcionais que limitam o quotidiano, sentir solidão e viver isolado/a, ter dificuldades interpessoais, assim como sentir discriminação em função da idade (i.e., idadeísmo), quando mediados por sintomas depressivos, apresentam-se como fatores de risco (Ki et al., 2024; Weaver et al., 2025).

Quanto a **pessoas pertencentes a minoria raciais ou étnicas**, a discriminação social, o fraco suporte e coesão familiar e o stresse associado ao processo de aculturação parecem ser fortes fatores de risco suicidário (Chu et al., 2018; Lai et al., 2017). Ainda, as **pessoas pertencentes a minorias de género** (i.e., LGBTQI+) apresentam maior risco de tentar o suicídio, comparando com a população geral (King et al., 2008). Sentir pouco suporte familiar e social em questões relativas à sexualidade, ter comportamentos de risco, ter sido vítima de violência sexual e/ou de vitimização no contexto escolar, assim como viver em situação de sem-abrigo representam fatores de risco (Gorse et al., 2020).

**A interseccionalidade é uma lente útil para compreender o agravamento dos fatores de risco em alguns grupos sociais**. A interseccionalidade é a forma como a intersecção de diferentes categorias sociais (e.g., sexo, género, classe, pertença comunitária, orientação sexual ou religiosa), cada uma correspondendo a um sistema específico de discriminação, produz **experiências cumulativas de discriminação** (Cole, 2009; Crenshaw, 1990). De acordo com Forrest e colaboradores (2023), a pertença simultânea a categorias socialmente marginalizadas está associada a uma maior prevalência de ideação suicida, intenção de morrer ou tentativa de suicídio.

**Alguns contextos ocupacionais e institucionais associam-se a um risco acrescido**. A nível ocupacional, os/as militares, ex-militares e as forças de segurança (e.g., PSP, GNR) **são expostos/as a um risco aumentado de suicídio**, com uma prevalência superior à da população geral (Nock et al., 2018).

No caso de **militares e ex-militares**, existem diversos fatores de risco, tais como: **tentativas de suicídio prévias** ao ingresso nas Forças Armadas; a **posse de arma** e experiência no seu manuseamento, aumentando a letalidade das tentativas; a presença de **problemas de Saúde Psicológica** (e.g., Perturbação Explosiva Intermitente, PTSD); a presença de **fatores stressores inerentes à profissão** (e.g., exposição a situações de guerra, luto por outros/as militares, lesões de guerra – como traumatismo crânio-encefálico e **stressores familiares** (e.g., separações/divórcios, problemas conjugais) (Nock et al., 2013, 2014, 2018).

As **forças de segurança** enfrentam também **níveis de risco suicidário elevados**, devido a fatores como **exposição a situações traumáticas no trabalho; problemas de Saúde Psicológica provocados**

**pela exposição a situações laborais traumáticas** (e.g., consumos problemáticos, PSPT, problemas de sono); **acesso a armas de fogo**, sendo, com grande frequência, a morte por suicídio levada a cabo com a arma de serviço; e **experiência militar prévia** (Dixon, 2021).

Os estabelecimentos prisionais são mais um contexto de risco para o suicídio, quer para os/as guardas prisionais que neles trabalham, quer para as pessoas reclusas que neles vivem, frequentemente, em condições de vulnerabilidade. As pessoas reclusas têm uma probabilidade três vezes maior de tentar o suicídio do que a população geral. Para compreender o risco de suicídio das pessoas reclusas, é necessário olhar para fatores de risco gerais como **presença de comportamentos auto-lesivos prévios à detenção, problemas de Saúde Psicológica, experiência de abusos na infância** e somá-los aos **fatores de risco específicos aos contextos prisionais** (e.g., cometer infrações disciplinares, estar em confinamento solitário, ausência de sentido de propósito) (Favril et al., 2022b).

De uma forma mais global, existem **fatores transversais a todos os grupos**, como as **crenças culturais** ou **religiosas sobre o suicídio**. Por exemplo, determinadas **crenças culturais** podem considerar o suicídio uma forma de preservar a honra ou como forma válida de evitar o sofrimento próprio ou da família, podendo reforçar a perceção do suicídio como uma opção socialmente validada, aumentando o risco (Chu et al., 2010).

## Fatores Protetores

Tal como existem fatores de risco para o comportamento suicidário, também existem **fatores protetores**, que contribuem para reduzir a probabilidade de ocorrência.

De acordo com revisões de literatura de estudos com pessoas mais velhas (Ki et al., 2024), com adolescentes (Richardson et al., 2024) e segundo a *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC, 2024), existem um conjunto de fatores protetores do suicídio que parecem **transversais à maioria dos grupos populacionais**.

Entre estes, podem destacar-se **fatores individuais**, como sentir propósito na vida e ter competências socioemocionais de resolução de problemas e conflitos; **fatores interpessoais e comunitários**, incluindo sentir o suporte de pessoas próximas e sentir-se pertencente aos contextos de vida (i.e., família, grupos de pares, grupos sociais, comunidade, escola) e, ainda; **fatores sociais**, nomeadamente, ter um restrito o acesso a meios (e.g., regulação do porte de arma e da venda pesticidas), ter acesso a

cuidados de Saúde Psicológica e viver em contextos culturais ou religiosos cujas normas e valores promovem a valorização da vida e desincentivam o suicídio (CDC, 2024; Lawrence et al., 2016).

## 1.3. Modelos explicativos dos comportamentos suicidários

Sendo que a **prevenção** (da tentativa ou de reincidências) é o **objetivo central das intervenções** no que se refere ao fenómeno do suicídio, é fundamental compreender porque é que certas pessoas desenvolvem ideação suicida e, entre estas, porque é que algumas acabam por se sentir motivadas a agir no sentido de tentar terminar com a sua vida.

De acordo com a literatura científica, nomeadamente com o **quadro teórico da ideação à ação** (*ideation-to-action framework*), a ideação suicida e a tentativa são processos distintos, sendo que os fatores que explicam porque dada pessoa pensa em suicidar-se não são necessariamente os mesmos que explicam porque esta age em conformidade e tenta o suicídio (Klonsky et al., 2018; Yöyen & Keleş, 2024).

Seguem-se **três modelos explicativos** consolidados que, dentro deste quadro e pelo seu foco em dimensões psicológicas, são especialmente úteis à prática profissional dos/as Psicólogos/as.

### Teoria Interpessoal do Suicídio

A Teoria Interpessoal do Suicídio (TIS) (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010) propõe que a ideação suicida surge quando duas experiências psicológicas ocorrem: 1) a **perceção de ser um fardo para os outros**, isto é, quando a pessoa acredita que a sua vida e os seus problemas apenas acarretam dificuldades e sofrimento para as pessoas à sua volta e; 2) a **ausência de sentimentos de pertença social**, ou seja, quando a pessoa experiencia solidão e isolamento, estando estes sentimentos associados à crença de não ser importante para as pessoas à sua volta.

De acordo com a TIS, **o desejo de morrer presente na ideação suicida, por si só, não é suficiente para explicar as tentativas de suicídio**. De facto, nem todas as pessoas com ideação suicida elaboram um plano e tentam efetivamente consumir a sua intenção de morrer. Por exemplo, alguns estudos indicam que **em cada 3 pessoas com ideação suicida, apenas 1 tenta suicidar-se** (Nock et al., 2008).

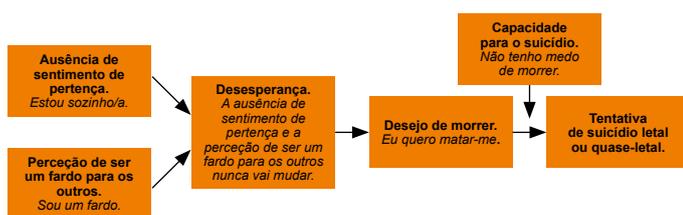
A ausência de sentimentos de pertença e a percepção de ser um fardo constituem a base da ideação suicida, inclusive do desejo de morrer. No entanto, **a transição para a ação apenas se inicia quando a pessoa sente desesperança e experiencia uma percepção de impotência** para mudar o que acredita e sente em relação a si e aos outros (e.g., que a sua vida não tem valor nem importância; que as outras pessoas estariam melhor se ele/a desaparecesse), começando a imaginar um **plano de suicídio**, ponderando sobre meios e métodos que acredita serem eficazes.

Neste sentido, uma pessoa apenas passa à ação, nomeadamente à execução do plano suicida e consequente tentativa, quando tem **capacidade para o suicídio** – uma vez que este é um ato tendencialmente ambivalente que contraria o instinto inato e biológico para a sobrevivência.

A capacidade para o suicídio refere-se à **diminuição do medo da morte e de morrer, bem como ao aumento da tolerância à dor física**. Além de uma componente genética, a capacidade para o suicídio parece desenvolver-se ao longo do tempo e pela **exposição repetida a eventos emocionalmente exigentes** (e.g., abuso físico, psicológico e/ou sexual; comportamentos auto-lesivos e/ou suicidários anteriores; experiências de luto; exposição a mortes por suicídio).

Assim, a tentativa de suicídio, letal ou não, apenas acontece quando a pessoa tem capacidade aumentada para o suicídio, ou seja, não tem medo de morrer e acredita ser capaz de se suicidar, executando o plano anteriormente elaborado.

#### Trajetos Hipotetizados pela Teoria Interpessoal do Suicídio



Adaptado de Van Orden et al. (2010)

A TIS apresenta validade explicativa e utilidade pragmática, sendo **sustentada por evidências** de revisões sistemáticas e meta-análises que incluem estudos com pessoas com problemas de Saúde Psicológica, pessoas mais velhas, adolescentes, pessoas a cumprir sentença prisional, estudantes universitários/as, minorias sexuais, profissionais das áreas da Saúde, da segurança, do ensino, entre outras (Chu et al., 2017; Robison et al., 2024).

## Teoria dos Três Passos para o Suicídio

Tentando estabelecer uma explicação mais parcimoniosa, a Teoria dos Três Passos (T3P) (Klonsky & May, 2015; Klonsky et al., 2021) propõe uma sequência de **três passos** que ajudam a compreender a trajetória dos comportamentos suicidários:

### • Passo 1: Desenvolvimento da ideação suicida

De acordo com a T3P, a ideação suicida surge da **combinação entre sentir dor intensa e sentir desesperança**. Ainda que a **dor psicológica** seja frequentemente central neste processo, qualquer tipo de dor pode contribuir para o desejo de terminar com a vida — incluindo **dor física** (e.g., dor crónica; doença oncológica; lesões incapacitantes) ou associada a circunstâncias de vida difíceis (e.g., rutura relacional; dificuldades económicas; exclusão social).

Independentemente da sua origem, quando a dor é vivida como persistente e insuportável, ativa-se na pessoa um **impulso natural para a evitar**.

No entanto, a dor, por si só, não explica o desejo de morrer. É a percepção de que essa dor não tem solução possível — isto é, a **ausência de esperança na possibilidade de diminuir ou cessar a dor** — que leva à formulação da ideação suicida. O suicídio começa, então, a ser considerado como uma forma de terminar com um sofrimento que parece interminável.

### • Passo 2: Intensificação do desejo de morrer

De acordo com evidências científicas, para a maioria das pessoas o desejo suicida manifesta-se de forma ligeira ou moderada (e.g., Kleiman et al., 2017; Nock et al., 2008). Neste sentido, a T3P propõe que **o desejo de morrer apenas se torna mais intenso quando a dor sentida excede ou ofusca aquilo que liga a pessoa à vida** – um conjunto de vínculos designado por *conexão à vida*.

O conceito de **conexão à vida** inclui tudo o que, de forma subjetiva, dá sentido à vida de uma pessoa. Por exemplo, podem ser **relações significativas** (e.g., amigos próximos; familiares; colegas de trabalho; animais de estimação), mas também **vínculos com a comunidade, com o lugar onde se vive, com uma vocação ou trabalho** (e.g., sentir que contribui para o bem comum; exercer uma profissão alinhada com os próprios valores), **com atividades satisfatórias** (e.g., fazer parte de uma equipa desportiva; de um grupo religioso) e, ainda, entre outros exemplos, desempenhar **papéis sociais por si valorizados** (e.g., ser pai/mãe; ativista; cuidador/a).

Neste sentido, **se a dor representa a força que empurra a pessoa para longe da vida, a conexão representa a força que a mantém ligada a ela.** Quando estes vínculos são percebidos e sentidos como mais fortes do que a dor, o desejo de morrer tende a manter-se esporádico ou menos intenso. No entanto, quando a dor se torna maior do que a percepção e o sentimento de conexão, o desejo suicida tende a intensificar-se.

O **desejo suicida intenso**, que resulta do desequilíbrio entre a dor sentida e a conexão à vida, **pode surgir de diferentes formas.** Em alguns casos, a pessoa já tem **baixos níveis de conexão** desde o início; nestas situações a presença da dor e desesperança é suficiente para desencadear o desejo suicidário. Noutros casos, a **dor atinge níveis tão intensos que supera vínculos** anteriormente protetores. Por fim, a dor extrema pode **anular temporariamente a capacidade da pessoa para aceder às suas conexões habituais** —como se a dor, física e/ou psicológica, retirasse a capacidade de sentir ou valorizar proximidade, pertença ou sentido.

- **Passo 3: Transição para a tentativa de suicídio**

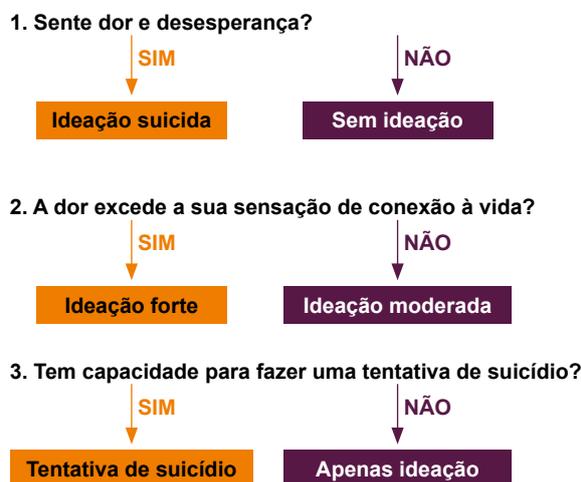
Tal como proposto na TIS (Joiner, 2005), também a T3P indica que **a tentativa de suicídio apenas ocorre quando, além de um desejo de morrer intenso, a pessoa tem capacidade para o suicídio** — isto é, tem a capacidade de concretizar um ato potencialmente letal.

De acordo com a T3P, a capacidade para o suicídio implica **três formas distintas de capacidade** – adquirida, predisposta e prática – que, quando suficientemente conjugadas, aumentam a probabilidade de alguém, perante um desejo intenso de morrer, passar à ação.

A **capacidade adquirida** aproxima-se do conceito original proposto por Joiner (2005), referindo-se à **diminuição do medo de se magoar e de morrer.** Esta pode desenvolver-se através de experiências de vida emocionalmente exigentes (e.g., automutilação; abuso físico ou sexual; consumo de substâncias por via injetável; exposição frequente à morte).

Por sua vez, a **capacidade predisposta diz respeito às características individuais**—genéticas, temperamentais ou de personalidade — **que tornam a pessoa mais ou menos sensível à dor e predisposta a ter comportamentos auto-lesivos.** Por exemplo, pessoas com menor sensibilidade à dor, sem repulsa ao sangue e com traços de personalidade de impulsividade podem ter maior probabilidade de agir sobre o desejo suicida.

Por fim, a **capacidade prática refere-se ao acesso e ao conhecimento de meios e métodos potencialmente letais**, bem como às condições que os facilitam. Neste sentido, saber como agir, ter acesso a meios (e.g., armas de fogo, medicação em quantidade) ou dispor de privacidade são fatores que aumentam a probabilidade de uma tentativa ocorrer. Esta forma de capacidade pode mudar, seja pela aprendizagem de novos métodos ou por mudanças no contexto.



Importa ainda salientar que **não é estritamente necessário todas as formas de capacidade estarem presentes.** Basta que, no conjunto, sejam suficientes para permitir a transição do desejo à ação. Por exemplo, o acesso a um meio letal e a existência de privacidade podem, por si só, possibilitar uma tentativa.

No que concerne à validade da T3P, existem evidências, provenientes de estudos com diferentes grupos populacionais, que permitem sustentar a sua validade explicativa e a utilidade preventiva, sendo que as evidências mais robustas encontram-se ao nível do desenvolvimento da ideação suicida (Klonsky et al., 2021).

## Modelo Motivacional-Volitivo Integrado

Mais recentemente, tendo por base **pressupostos dos modelos de diátese-stresse** (a vulnerabilidade individual interage com fatores de stresse ambientais, gerando psicopatologia; Van Heeringen, 2012) **e de comportamento planeado** (o comportamento resulta da intenção, a qual é determinada por atitudes, normas sociais e controlo percebido; Ajzen, 1991), surge o **Modelo Motivacional-Volitivo Integrado (MVI)** (O'Connor & Kirtley, 2018), que integra

fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais na explicação do comportamento suicidário.

Na sua estrutura, o MVI descreve **três fases** que ajudam a compreender porque algumas pessoas estão predispostas a ter ideação suicida e, entre estas, porque apenas algumas têm maior tendência para planear e tentar o suicídio:

### 1) Pré-motivacional

**Esta fase identifica vulnerabilidades e riscos precipitantes para o comportamento suicidário.**

É possível destacar **vulnerabilidades biológicas**, como uma predisposição genética para a desregulação nos circuitos de serotonina (neurotransmissor responsável pela regulação do humor, do sono e do controlo dos impulsos, correlacionando-se com a depressão), e **vulnerabilidades psicológicas**, sobretudo, características de perfeccionismo social (Smith et al., 2018) – o qual remete para a necessidade sentida de cumprir expectativas de excelência, por vezes irrealistas, para sentir-se aceite ou valorizado/a pelas pessoas importantes para si.

A influência de **acontecimentos de vida negativos**, em qualquer etapa do ciclo de vida, também contribui para um maior risco de comportamentos suicidários. Por exemplo, ter vivido **experiências adversas e potencialmente traumáticas na infância e/ou adolescência** (e.g., abuso físico, psicológico e/ou sexual; negligência) associa-se a dificuldades na regulação do stresse, bem como a padrões de vinculação inseguros/desorganizados – ambos fatores de risco da ideação suicida (Serafini et al., 2015; Turecki et al., 2019). Outras circunstâncias de vida, por exemplo, **ter dificuldades financeiras em momentos de crise económica**, também têm sido associadas ao aumento do risco (Chang et al., 2013).

Neste sentido, as vulnerabilidades individuais e experiências adversas, embora não conduzam inevitavelmente à ideação suicida, aumentam significativamente a probabilidade de esta emergir perante acontecimentos precipitantes.

### 2) Motivacional

**Esta fase foca-se nos processos psicológicos que conduzem à ideação e intenção suicida.**

De acordo com o MVI, **a ideação suicida surge quando a pessoa acredita estar numa situação de derrota da qual sente não ter escapatória** – definida como *encurralamento*. Esta perceção de derrota resulta, frequentemente, de eventos precipitantes: por exemplo, da perda de relações significativas, do

insucesso em objetivos valorizados (profissionais ou pessoais), do diagnóstico ou agravar de uma doença e/ou da rejeição de pessoas importantes para si.

Ainda, **a pessoa pode sentir-se encurralada em situações e acontecimentos internos**, como pensamentos e sentimentos insuportáveis (e.g., auto-crítica extrema, sentimentos intensos associados à tristeza, culpa ou vergonha) **e externos**, como circunstâncias de vida percebidas como inescapáveis (e.g., desemprego prolongado; relações abusivas; doença crónica; solidão).

**É precisamente esta perceção de encurralamento** – sentida como ausência de alternativas ou vias de escape – **que pode gerar dor psicológica intensa** (Shneidman, 1993). A **dor psicológica** é, neste âmbito, um fator central –, uma vez que **gera na pessoa a necessidade de encontrar soluções para cessar o sofrimento**, seja através da procura de apoio de pessoas próximas, da fuga da situação stressante (e.g., afastar-se de um relacionamento conflituoso; faltar ao trabalho), da utilização de álcool e/ou outras drogas, de comportamentos auto-lesivos (e.g., queimar-se; cortar-se) ou, inclusive, da busca de ajuda profissional.

No entanto, à medida que o encurralamento se intensifica e as soluções são percecionadas como ineficazes, **surge a ideação suicida**, e o **suicídio começa a ser considerado como uma alternativa viável para acabar com a dor psicológica**. Assim, instala-se uma “visão em túnel”, em que o pensamento se torna progressivamente mais restrito e as alternativas para lidar com o sofrimento vão sendo descartadas, sendo o suicídio percecionado pela pessoa como a única saída. Quando tal acontece, surgem pensamentos sobre eventuais planos que permitam consumir a sua intenção de morrer.

Ainda assim, **importa sublinhar que a progressão do sofrimento até à ideação suicida não é linear, nem inevitável**. Nem todas as pessoas que experienciam sentimentos de derrota e humilhação se sentem encurraladas, e nem todas as pessoas que se sentem encurraladas desenvolvem ideação suicida.

É necessário, portanto, reconhecer a existência de variáveis que modulam estes dois momentos-chave do processo: os **moderadores de ameaça ao self** e os **moderadores motivacionais**.

Os **moderadores de ameaça ao self** influenciam a **probabilidade de sentimentos de derrota e humilhação conduzirem a um estado de encurralamento**. Entre estes moderadores encontram-se dificuldades na resolução de problemas interpessoais, enviesamentos na memória autobiográfica (e.g., maior facilidade em recordar experiências de falha ou rejeição) e padrões de ruminação, particularmente ruminação autocrítica, que podem amplificar a

sensação de impossibilidade de mudança.

Por sua vez, os **moderadores motivacionais** atuam entre o encurralamento e a ideação suicida, funcionando como fatores de risco ou proteção. A existência de **fatores protetores** (e.g., ter razões para viver, capacidade de imaginar cenários futuros positivos e realistas, sentimentos de pertença) pode amortecer a transição para a ideação suicida. Em contraste, sentir-se um fardo para os outros, a ausência de suporte social e a redução da resiliência psicológica tornam mais provável que a dor psicológica sentida durante o encurralamento evolua para intenção suicida.

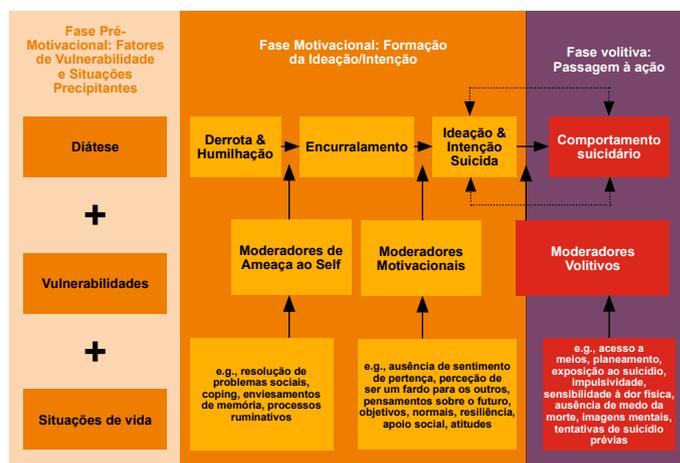
### 3) Volitiva

**Na última fase, explica-se porque algumas das pessoas que experienciam ideação suicida passam à ação, tentando o suicídio.**

Os **moderadores volitivos** são fatores importantes para compreender porque algumas pessoas que experienciam ideação suicida passam à ação, enquanto outras não. Entre os principais moderadores volitivos destaca-se a **capacidade adquirida para o suicídio** – conceito proposto na TIS (Joiner, 2005) –, nomeadamente a diminuição do medo da morte e o aumento da tolerância à dor física. Contudo, a passagem à ação também inclui moderadores psicológicos, ambientais, sociais e culturais (O'Connor & Kirtley, 2018).

No que se refere a **moderadores volitivos psicológicos**, características de personalidade de impulsividade parecem associadas a uma maior probabilidade de suicídio (Sanz-Gómez et al., 2024). Também a elaboração de planos concretos para o suicídio (i.e., conceber meios e métodos para terminar com a vida), assim como ter imagens mentais sobre o próprio suicídio ou sobre estar morto – que funcionam como ensaio cognitivo para o comportamento – parecem aumentar a probabilidade de tentativa de suicídio.

No que diz respeito a **moderadores volitivos ambientais**, destaca-se o acesso a meios letais (e.g., acesso facilitado a armas de fogo, medicamentos ou locais de risco), que aumentam significativamente a probabilidade de tentativa de suicídio. Ao nível de **moderadores volitivos sociais**, a exposição ao comportamento suicidário de outros (e.g., familiares, amigos/s ou figuras públicas) pode aumentar o risco, seja por processos de modelagem comportamental, seja por tornar o suicídio cognitivamente mais acessível como opção para cessar a dor psicológica.



Adaptado de O'Connor & Kirtley (2018)

Ainda, já ter tentado o suicídio é, igualmente, um moderador volitivo. **As pessoas que já tentaram suicídio apresentam maior probabilidade de repetirem o comportamento** – evidenciando uma relação dinâmica e cíclica entre ideação e tentativas de suicídio.

O MVI apresenta **evidências sistematizadas** que sustentam a sua utilidade na compreensão e prevenção do comportamento suicidário (Souza et al., 2024). Vários estudos (e.g., De Beurs et al., 2019), corroboram a utilidade preditiva tanto da percepção de ser um fardo, como de sentimentos de encurralamento.

Numa revisão de diferentes modelos explicativos do comportamento suicidário, Díaz-Oliván e colegas (2021) concluem que **ter vivido experiências traumáticas na infância é um dos fatores de vulnerabilidade mais comuns**, assim como a percepção de derrota e de encurralamento (associados ao MVI), que parecem ter um forte peso no intensificar do desejo de morrer. A capacidade para o suicídio é o moderador mais associado à tentativa de suicídio.

Embora os modelos anteriores apresentem explicações que se adequam à maioria dos casos, inclusivamente no período da adolescência (Kirshenbaum et al., 2024), **a evolução e trajetória dos comportamentos suicidários nem sempre é linear e clara** (Clay, 2022a). Ainda, **algumas pessoas passam da ideação à tentativa numa questão de horas**, indicando fluidez e imprevisibilidade na evolução dos comportamentos suicidários.

## 1.4. Impacto do suicídio nos/as sobreviventes

As pessoas próximas de alguém que cometeu suicídio são denominadas **sobreviventes**, podendo esta ser uma **experiência potencialmente traumática** (Santos et al., 2014; Campos et al., 2017). Reconhece-se que viver após este tipo de perda implica, fre-

quentemente, um período doloroso e prolongado de adaptação à perda, com dificuldades que diferem do luto associado a outras situações de morte.

Além da tristeza associada à perda, vivida frequentemente com incredulidade e negação do acontecimento, a experiência do luto de alguém que morreu por suicídio pode também ser marcada por **fortes sentimentos de raiva, confusão e culpa**, existindo uma dificuldade acentuada em compreender as motivações da pessoa – tanto quando os/as sobreviventes são familiares adultos, como quando são crianças ou adolescentes (Cerel et al., 2008; Rothes et al., 2013).

Ainda, por se tratar de um **acontecimento socialmente estigmatizado**, os/as sobreviventes podem experienciar vergonha, ocultar a causa de morte, isolar-se e, também pela dificuldade das pessoas próximas em comunicar sobre o sucedido, receber menos suporte da sua rede de apoio habitual. Por tais motivos, os/as sobreviventes encontram-se em risco acrescido de viver um **luto complicado** (Young et al., 2012).

De acordo com Jordan (2020), existem **duas particularidades da morte por suicídio que podem complicar o processo de luto**, tornando-o tendencialmente mais complexo e prolongado.

A primeira particularidade é uma **intencionalidade percebida** do comportamento suicidário, ou seja, o/a sobrevivente acredita que a pessoa terminou a sua vida de forma deliberada e consciente, como resultado de uma decisão livre, e não como consequência de circunstâncias, algumas fora do controlo da pessoa. Neste sentido, **o luto complica-se porque é difícil aceitar a eventual intencionalidade da pessoa em terminar a sua vida, existindo uma incapacidade de encontrar respostas para questões dolorosas** (e.g., *“Porque o fez?”*, *“Porque não me pediu ajuda?”*, *“Será que a nossa relação não foi suficiente para o/a salvar?”*, *“Ele/a não pensou em mim?”*). A ausência de respostas claras gera sentimentos de angústia e incompreensão, complicando o processo de adaptação à perda.

A segunda particularidade refere-se à **responsabilidade percebida**. Ao contrário de outras formas de perda, em que existem narrativas sociais para explicar as causas – por exemplo, em casos de morte por cancro pode atribuir-se a responsabilidade à genética e/ou aos comportamentos da pessoa; em casos de homicídio pode atribuir-se à maldade humana –, no caso do suicídio, os/as sobreviventes sentem-se muitas vezes perdidos/as na tentativa de encontrar uma explicação clara e/ou socialmente validada. Neste sentido, **o luto complica-se porque os/as sobreviventes tendem a assumir a responsabilidade pela morte** (e.g., *“Terá sido por não termos tido uma relação mais próxima?”*, *“Será que nunca expressei o quanto o/a amava?”*) e/ou **pela falha em**

**a prevenir** (e.g., *“E se tivesse estado atento/a aos sinais?”*, *“Como é que não percebi que precisava de ajuda?”*). O assumir da responsabilidade gera sentimentos profundos de culpa, vergonha, raiva/revolta e arrependimento, que dificultam o luto.

A responsabilidade pode também ser **direcionada para outros** — familiares, amigos/as ou até profissionais de Saúde — considerados como tendo contribuído diretamente (e.g., pedido de divórcio; negligência de sinais de sofrimento) e/ou falhado em prevenir a morte. Esta atribuição de culpa, muitas vezes injusta e desproporcionada, tende a agravar sentimentos de raiva, injustiça e ressentimento, e, por consequência, a dificultar o processo de aceitação e adaptação à perda. Ainda que menos frequente, os/as sobreviventes podem **culpar a própria pessoa que cometeu suicídio**; contudo, esta culpabilização acrescenta ambivalência emocional, tornando o luto ainda mais complexo.

As particularidades anteriormente descritas ajudam a compreender porque existe maior probabilidade de um luto complicado em casos de suicídio. Neste processo, o **auto-perdão** (i.e., aceitação dos próprios erros, movendo-se da raiva, culpa e ressentimento para pensamentos e sentimentos mais positivos em relação a si) parece diminuir as dificuldades associadas a este tipo de luto, nomeadamente a ruminação excessiva e a culpa (Levi-Belz & Gilo, 2020).

Quando não ocorre um processo de integração do acontecimento e de adaptação à perda, **os impactos do suicídio podem resultar em dificuldades de Saúde Psicológica**, quer diretamente associadas ao acontecimento traumático, quer decorrentes de um processo de luto complicado.

Tal como acontece com outras mortes violentas (e.g., homicídios; acidentes graves), em que há uma notícia inesperada e um confronto direto com cenas ou informações perturbadoras, **os/as sobreviventes podem desenvolver problemas de ansiedade, inclusive sintomas de stresse pós-traumático**, podendo reviver a experiência de forma intrusiva, evitar situações ou locais que lembrem a morte da pessoa e sentir-se em alerta constante (Mitchell & Terhorst, 2016).

Sabe-se também que, pela **persistência de luto complicado**, de outros sintomas incapacitantes e/ou pelo efeito do estigma, os/as sobreviventes – sobretudo familiares próximos – tendem a encontrar-se em **maior risco de desenvolver depressão, assim como de, futuramente, tentarem o suicídio** (Bellini et al., 2018; Levi-Belz & Birnbaum, 2022; Santos et al., 2014).

**Quando um/a pai/mãe morre por suicídio, as crianças ou adolescentes encontram-se em risco acrescido** de apresentar problemas do comportamento (e.g., oposição), perturbações do humor e, ainda, futuros comportamentos suicidários.

Vários fatores medeiam o impacto desta perda, como a proximidade ao progenitor/a falecido; a exposição ao acontecimento (e.g., ver o corpo); o acesso a cuidados de Saúde; a capacidade dos familiares em responder às necessidades da criança/adolescente (e.g., manutenção de rotinas; disponibilidade afetiva) antes e após o suicídio; assim como comunicarem adequadamente, ao longo do desenvolvimento, sobre a pessoa falecida e a causa da morte (Kuramoto et al., 2009).

Por sua vez, **quando é um/a filho/a que morre por suicídio, a responsabilidade percebida e culpa sentida pelos pais/mães tende a ser mais incapacitante** – uma vez que estes/as eram os principais cuidadores/as – provocando maior ostracização social, isolamento e dificuldades funcionais. Nestes casos, além de risco acrescido de problemas de Saúde Mental, podem ocorrer **disrupções no sistema familiar**, como conflitos interpessoais ou separações, sobretudo quando problemas desta ordem já existiam anteriormente ao suicídio (Cerel et al., 2008).

Ainda, a morte por suicídio impacta não apenas a família e amigos/as, mas estende-se para além do círculo próximo, podendo **impactar mais de uma centena de pessoas da comunidade alargada** com diferentes níveis de intensidade emocional (Cerel et al., 2019). Considerando as 700 000 mortes anuais por suicídio em todo o mundo, estima-se que o número de sobreviventes ascenda aos 60 milhões de pessoas por ano (Levi-Belz et al., 2023).

Reconhecendo esta realidade e a necessidade de promover uma resposta informada e empática, a OPP publicou o documento [Vamos Falar sobre Suicídio](#), dirigido à população em geral.

## 1.5. Impactos do suicídio de um/a cliente no/a Psicólogo/a

Os/as Psicólogos/as também são sobreviventes quando um/a cliente, que se encontrava em acompanhamento (ou tinha sido recentemente acompanhado/a), morre por suicídio.

Estima-se que, ao longo da carreira, **1 em cada 5 Psicólogos/as passe pela difícil experiência de um/a pessoa que acompanha morrer por suicídio** (Gutin, 2019a), seja em contextos clínicos e da Saúde ou noutros contextos sociais e comunitários como, por exemplo, em prisões ou em casas de acolhimento de crianças e jovens.

**Os impactos deste tipo de perda no/a profissional de Psicologia são pessoais e profissionais**, podendo ainda implicar o envolvimento em processos legais e judiciais.

**As reações psicológicas associadas à perda de**

**um/a cliente por suicídio são semelhantes às da perda de uma pessoa próxima**, inclusivamente, podem ser análogas às de perder um/a filho/a, uma vez que somos responsáveis pelo seu cuidado e proteção (Clay, 2022b). Tal como acontece com outros/as sobreviventes, o choque, a negação, a tristeza, a raiva, a ansiedade intensa ou o embotamento afetivo constituem algumas das respostas iniciais. Pela violência e imprevisibilidade, alguns profissionais experienciam esta perda como um **acontecimento traumático** (Goldblatt et al., 2020). **Estas reações emocionais consequentes têm, muitas vezes, um impacto imediato na capacidade do/a Psicólogo/a em exercer as suas funções profissionais.**

**O estigma em torno do suicídio também afeta os/as Psicólogos/as**, podendo ser alvo de críticas e de evitamento por parte de colegas ou da instituição que representam – algo que restringe a procura de apoio e reforça sentimentos de culpa e vergonha. Ainda, a angústia sentida pela eventual (ou factual) culpa atribuída por familiares, assim como o receio (ou início) de um **litígio judicial relativo a responsabilidades na causa de morte**, contribuem para maiores dificuldades funcionais, quer na vida pessoal, quer na prática profissional (Gutin et al., 2011).

Neste sentido, a **responsabilidade percebida pela morte do/a cliente pode ter impactos negativos e duradouros na identidade do Psicólogo/a enquanto profissional**, nomeadamente na perceção e crença em si mesmo/a enquanto um/a profissional capaz de melhorar a vida de outras pessoas ou, pelo menos, de reduzir o seu sofrimento e garantir a sua segurança (Gutin, 2019a). Ao nível pessoal, o espoletar de pensamentos intrusivos de autopunição pode traduzir-se num consumo abusivo de álcool ou outras drogas, isolamento social, sintomatologia depressiva e, ainda, ideação suicida ( Armour, 2006; Feigelman et al., 2009).

Após o acontecimento, os/as profissionais podem pensar em abandonar – ou podem mesmo abandonar – a profissão ou, então, mais frequentemente, deixam de trabalhar com populações de maior risco (Ellis & Patel, 2012). Por força de um luto complicado e/ou de respostas de evitamento associadas ao acontecimento traumático, algumas/alguns Psicólogos/as sobreviventes **veem as suas capacidades de responsividade empática e de raciocínio clínico afetadas** (Gutin et al., 2011) e, a longo prazo, desinvestem no seu desenvolvimento profissional (Goldblatt et al., 2020).

Existem vários **fatores que moderam o impacto da perda** quer no desenvolvimento de um luto complicado e/ou de sintomas de stresse pós-traumático, quer na continuação da prática profissional. Entre tais fatores incluem-se a **experiência e especialização profissional** (menos experiência, maior

probabilidade de a morte ser percebida como falha pessoal); o **suporte de supervisores/as e/ou mentores/as**; a longevidade e profundidade da **relação com o/a cliente**; questões **contra-transferenciais** (e.g., identificação com aspetos psicológicos da pessoa) ou, entre outros; o facto de o/a cliente ser menor de idade (Gutin, 2019a).

Um dos aspetos particulares que dificultam o processo de luto de Psicólogos/as sobreviventes relaciona-se com **questões éticas e legais associadas à confidencialidade** (Bongar, 2002). Devido a tais questões, o/a Psicólogo/a vê-se privado de falar abertamente sobre a pessoa falecida (e.g., coisas que a pessoa relevou em terapia), dificultando uma comunicação e expressão emocional desinibida junto de amigos, familiares ou colegas/as sobre o que pensava e sentia em relação ao/à cliente – algo essencial na integração da perda.

Esta particularidade condiciona o apoio e eventuais esclarecimentos prestados à família ou amigos da pessoa falecida. O/A Psicólogo/a pode debater-se com **dilemas éticos** sobre que informação partilhar sobre eventuais motivos do suicídio e sobre outros aspetos que podem facilitar o luto das pessoas próximas (Gutin, 2019a).

Tal como acontece com outros/as sobreviventes, após as fases de choque, que advém da notícia da perda, e de tumulto, que inclui dificuldades emocionais e de funcionamento pessoal e profissional, pode seguir-se uma **fase de crescimento** (Al-Mateen et al., 2018). Nesta fase, o/a Psicólogo/a é capaz de refletir sobre a sua experiência e decisões clínicas, traduzindo-se em novas crenças sobre a prática profissional (e.g., sobre a onipotência do/a profissional; a complexidade humana) e objetivos de formação e desenvolvimento (Gutin, 2019b).

## 02. O Papel dos/as Psicólogos/as no Âmbito do Suicídio

Os Psicólogos e as Psicólogas, enquanto profissionais de Saúde, detêm funções importantes no que concerne ao trabalho junto de pessoas que apresentam risco suicidário e junto daquelas que são afetadas pela perda de alguém por suicídio.

A intervenção dos/as Psicólogos/as é uma **medida custo-eficaz de prevenção do suicídio**. Investir na Saúde Psicológica, nomeadamente através de intervenções baseadas em evidências representa um benefício para os indivíduos e comunidades, tal

como um retorno significativo para a sociedade. Por exemplo intervenções psicológicas genéricas, implementadas entre os 10 e os 19 anos de idade, podem gerar, ao longo de um período de 80 anos, um retorno estimado de 24€ por cada 1€ investido (Stelmach et al., 2022). Já a **aplicação de intervenções específicas para a prevenção do suicídio**, como intervenções cognitivo-comportamentais breves, demonstrou ser mais eficaz do que intervenções genéricas: por cada 100 pessoas tratadas, estima-se a **prevenção de mais 23-25 tentativas de suicídio e de 1-3 mortes por suicídio** (Bernecker et al., 2019).

Em diferentes contextos profissionais, **o papel da/o Psicóloga/o inclui a identificação de pessoas em risco, a prevenção do comportamento suicidário e a intervenção em dificuldades experienciadas por sobreviventes**, através de intervenções em diferentes níveis de risco.

Em seguida, apresentam-se algumas das funções dos/as Psicólogos/as neste âmbito, recorrendo às evidências científicas existentes.

### 2.1. Avaliação do risco suicidário

A **avaliação do risco suicidário** tem como **objetivos**:

- 1) Identificar a presença, frequência e a intensidade de **ideação suicida, intenção** de morrer e de **planeamento** de tentativa;
- 2) Identificar **fatores de risco e protetores**, enquadrados num modelo explicativo, que indiquem a capacidade da pessoa para passar à ação;
- 3) Orientar o **planeamento da intervenção psicológica (ou encaminhamento)**, ajustando-a ao nível de risco identificado.

Antes de explorar as diferentes formas de avaliar o risco suicidário, é **importante salientar que perguntar diretamente sobre comportamentos ou pensamentos suicidários não aumenta o risco de suicídio, nem desencadeia ideação suicida**. Pelo contrário, pode **contribuir para a redução do sofrimento, validação emocional e acesso atempado a ajuda adequada** (Mathias et al., 2012)

Os Psicólogos e Psicólogas podem recorrer a diferentes métodos, mais ou menos explícitos, para avaliar este risco (Campos, 2024):

- **Observação clínica.** Identificando fatores de risco e preditores do comportamento suicidário (i.e., dor psicológica; sentimentos de encerramento; falta de esperança; percepção de ser um fardo; capacidade para o suicídio), através de sinais no discurso de ausência ou falta de razões para viver (e.g., “quero morrer”; “tudo seria melhor se eu desaparecesse”; “já não tenho esperança”; “já não tenho medo de nada”) e no comportamento (e.g., desfazer-se de pertences; alterações bruscas de humor; comprar armas/ produtos tóxicos; comportamentos auto-lesivos) da pessoa.
- **Questões de rastreio.** Questionando diretamente se a pessoa tem tido pensamentos suicidas e/ ou se tem um plano (“*Nos últimos dias, alguma vez pensou em pôr termo à sua vida?*”). Estas questões são fundamentais para avaliar se há risco (ou perigo iminente) junto de qualquer pessoa, sobretudo pessoas em situação de vulnerabilidade (e.g., tentativas prévias, viver com depressão; stresse pós-traumático; perturbação de personalidade; circunstâncias de vida adversas, consumo/abuso de substâncias).
- **Checklists e instrumentos estandardizados.** Se adequado e/ou possível, aplicando instrumentos (e.g., *checklists*; escalas; questionários; testes projetivos, entrevistas clínicas) estandardizados e validados para a população em questão, que permitam avaliar de forma mais rigorosa o risco de comportamentos suicidários. Existem diferentes instrumentos, validados para a população portuguesa, que podem ser utilizados quer na avaliação de fatores de risco, quer de fatores protetores e preditores (e.g., dor psicológica).
- **Registos clínicos.** Se existirem, é possível obter informação sobre fatores de risco, por exemplo, história de suicídio na família ou registos de tratamentos e/ou internamentos anteriores por comportamentos auto-lesivos/ tentativas de suicídio.

É importante reconhecer que todos os métodos são falíveis, assim como, em determinados contextos, a aplicação de instrumentos estandardizados pode encontrar-se dificultada. Quando possível, **a combinação de métodos é a estratégia de avaliação mais completa.**

**A avaliação psicológica é mais uma ferramenta de aproximação do que de precisão exata.** Mesmo os melhores instrumentos de avaliação não conseguem prever com exatidão o risco de suicídio. Uma boa avaliação envolve uma **compreensão contex-**

**tual da pessoa**, das suas experiências, do valor que atribui à vida e do que lhe retira sentido, não apenas os sinais de risco suicidário (Bryan, 2022).

**Além disso, a avaliação do risco necessita de monitorização contínua.** O risco de suicídio não é linear nem estanque, pelo contrário, **é dinâmico e flutuante**, podendo mudar rapidamente com base em múltiplos fatores (internos e externos). Assim, é fundamental que a avaliação capte variações no tempo ou padrões de comportamento não-lineares (e.g., mudanças bruscas na auto-regulação emocional ou comportamental). Para esse efeito, em vez de avaliar pontualmente, é mais eficaz fazer uma monitorização regular, usando medidas repetidas ao longo do tempo (Bryan, 2022).

## 2.2. Intervenções psicológicas breves

Os/as Psicólogos/as contribuem diretamente para a prevenção de comportamentos suicidários, sendo que a **intervenção psicológica imediata deve focar-se nos comportamentos suicidários** e não noutras condições clínicas que podem estar presentes (e.g., depressão) (Clay, 2022a).

Quando uma pessoa apresenta comportamentos suicidários e se encontra em risco considerável, é função do/a Psicólogo/a implementar **intervenções de primeira linha** que permitam à pessoa gerir a ideação suicida, evitar e/ou interromper a passagem à ação.

### Plano de Segurança

O **Plano de Segurança** (Bryan, 2022; Stanley & Brown, 2012), que consiste na elaboração de um plano que a pessoa pode seguir em momentos de crise e que é desenhado colaborativamente com o/a profissional, apresenta **evidências de efetividade** (Ferguson et al., 2022; O’Connor et al., 2024) e de mecanismos explicativos (Rogers et al., 2022).

**Este plano tem como objetivo ajudar a pessoa com risco suicidário a responder eficazmente a situações críticas e stressantes.** Esta intervenção breve tem **7 componentes** atualizáveis e que refletem os 7 passos do plano que a pessoa pode seguir de forma a gerir uma crise suicidária:

1. **Reconhecer sinais de alerta.** Em colaboração com o/a Psicólogo/a, a pessoa identifica sinais – pensamentos, emoções, comportamentos – que antecedem uma crise suicidária. A pessoa

pode referir: “Desde que estou desempregado, desejo morrer cada vez que faço algo de errado”, podendo a sua experiência incluir pensamentos (e.g., “Sou um peso para os outros”; “viver é insuportável”), emoções (e.g., desespero, raiva; apatia) e/ou comportamentos (e.g., isolamento; beber álcool) que intensificam o desejo suicida. O objetivo é a pessoa, por si mesma, reconhecer esses sinais e agir antes que a crise se intensifique.

2. **Usar estratégias de coping.** Em colaboração, exploram-se e definem-se as estratégias que a pessoa pode usar sozinha para se acalmar ou distrair-se quando identifica sinais de alerta. Estas estratégias devem ser específicas e acessíveis em qualquer lugar (e.g., caminhar; respirar lentamente; tomar um banho quente; ver uma série leve; ouvir uma *playlist* reconfortante). Importa validar estas estratégias e discutir se, na prática, a pessoa se sente capaz de as usar numa situação de crise. O objetivo é que a pessoa as use para se autorregular.
3. **Procurar distrações externas.** Em colaboração, reconhecem-se lugares seguros e pessoas com quem contar, mesmo que não fale do que está a sentir. Por exemplo, pode ligar a uma amiga para conversar, ir ao café preferido, visitar um parque, uma biblioteca ou ir ao cinema. Deve avaliar-se a acessibilidade e evitar locais de risco (e.g., bares; casas de jogo). O objetivo é a pessoa distrair-se, retirando a força da ideação suicida.
4. **Identificar razões para viver.** Explora-se com a pessoa o que dá sentido à sua vida ou que razões pode ter para continuar a viver. Este passo pode implicar (re)construir essas razões, sobretudo quando a pessoa afirma não as conseguir encontrar. Pode ser necessário recuar até momentos da vida em que sentia esperança, recorrer à memória de relações significativas ou pedir ajuda a alguém próximo para as (re)descobrir. As razões para viver podem incluir pessoas (e.g., filhos/as, amigos/as, companheiro/a), projetos, crenças pessoais ou espirituais, ou até simples desejos para o futuro. A identificação das razões pode ser reforçada escrevendo-as num cartão ou no telemóvel, para que possam ser relidas com regularidade, mesmo fora de momentos de crise.
5. **Contactar pessoas de confiança para pedir ajuda.** Importa definir-se, em colaboração, uma lista de contactos de familiares ou amigos/as com quem a pessoa se sente segura para partilhar o que está a viver. É importante identificar pessoas com quem exista uma relação de suporte. Idealmente, estas pessoas devem ser informadas de antemão e aceitar esse papel, de

forma a estarem disponíveis e preparadas. O objetivo é a pessoa encontrar suporte em pessoas próximas, aumentando a conexão e sentimentos de pertença.

6. **Contactar apoio profissional e serviços de emergência.** Se os passos anteriores não forem suficientes, esta etapa inclui contactos de profissionais (inclusive do/a próprio/a Psicólogo/a) e linhas de apoio (ex.: SNS24; INEM). Os números devem estar registados no plano e no telemóvel, para que sejam acessíveis. É ainda útil combinar com a pessoa quando e como os irá usar, antecipando eventuais barreiras. O objetivo é a pessoa saber quem contactar ou o que fazer quando o desejo e a intenção de morrer se intensificam.
7. **Tornar o ambiente seguro.** Envolve dialogar sobre eventuais planos suicidas e remover ou dificultar o acesso a meios letais. Este passo exige sensibilidade, combinando-se como, quando e onde a pessoa se pode proteger quando se sente tentada a passar à ação. Por exemplo, entregar medicamentos a alguém de confiança, evitar locais de risco como pontes ou dirigir-se diretamente às urgências. O objetivo não é impor restrições, mas construir um compromisso com segurança, que se traduza num plano concreto e realista.

A construção de um Plano de Segurança pode traduzir-se num documento no qual constam os diferentes passos (Stanley & Brown, 2012), ou ainda, ter o plano no *smartphone* de forma a encontrar-se acessível. Ainda, no fim, importa rever todo o plano e discutir barreiras ou outras reticências em relação a este. Tal como noutras intervenções psicológicas, a **promoção da esperança através de uma relação empática** que, no caso específico dos comportamentos suicidários, é essencial à adesão ao plano (O’Connor, 2021).

## Contactos de Cuidado

Outro tipo de intervenção psicológica breve, inicialmente utilizada após hospitalizações, é a intervenção por **Contactos de Cuidado** (Motto & Bostrom, 2001).

A intervenção consiste no **enviar de mensagens simples e regulares à pessoa em risco suicidário**, com o objetivo de reforçar o sentimento de ligação, suporte e pertença, assim como promover a esperança. Estas mensagens podem ser cartas, postais, mensagens de texto, e-mails ou chamadas breves — o importante é que sejam genuínas, breves, não intrusivas e demonstrem preocupação. O/A

Psicólogo/a pode combinar um contacto semanal, de duas em duas semanas ou mensal.

As mensagens abaixo são **exemplos ilustrativos** de contactos breves e empáticos que podem ser realizados após a alta hospitalar ou entre sessões:

- “Boa tarde, lembrei-me de si esta semana. Desejo que os seus dias possam estar a ser um pouco mais leves. Se sentir que gostaria de conversar, estou disponível para combinarmos.”
- “Olá, queria dizer-lhe que me lembro do esforço que fez na última sessão. Desejo que possa continuar com coragem e ao seu ritmo. Sempre que lhe fizer sentido, pode contar comigo.”

Os Contactos de Cuidado **não substituem o acompanhamento clínico/psicoterapêutico**, nem intervenções de primeira linha. No entanto, funcionam como lembretes de que a pessoa importa, que não está sozinha e que pode procurar ajuda. Esta intervenção pode ser especialmente **útil em fases de transição ou de hiato no acompanhamento** (e.g., entre sessões; em tempos de espera por consulta; após episódios críticos), funcionando como suporte emocional. A frequência e a forma de contacto devem ser **previamente acordadas e adaptadas**, respeitando os limites da relação terapêutica, a disponibilidade do/a Psicólogo/a e as preferências da pessoa (O’Connor, 2021).

Algumas evidências sistematizadas (Doupnik et al., 2020; Skopp et al., 2023) indicam que esta intervenção pode reduzir a frequência das tentativas de suicídio, diminuir futuras hospitalizações, assim como promover a adesão a outras intervenções mais longas.

### 2.3. Intervenções psicológicas longas

As/os Psicólogas/os, além de intervenções breves de primeira linha ou de suporte, podem prosseguir com o acompanhamento clínico, através de intervenções mais longas.

Independentemente da orientação teórica (e.g., cognitivo-comportamental; psicodinâmica; narrativa; focada nas emoções, etc.) que guia a sua prática, é importante que os/as Psicólogos/as **recorram aos modelos explicativos do comportamento suicidário** de forma a compreender o fenómeno clínico e a definir os objetivos da sua intervenção psicológica/psicoterapêutica.

## Collaborative Assessment and Management of Suicidality

No que respeita a evidências de modelos consolidados, destaca-se o **Collaborative Assessment and Management of Suicidality** (CAMS) (Jobes, 2012), que possui evidências de efetividade na redução da ideação suicida (Swift et al., 2021). O CAMS assenta na colaboração entre o/a Psicólogo/a e a pessoa em risco de suicídio, com foco direto e exclusivo na redução de comportamentos e ideação suicida. O Psicólogo/a assume a posição de parceiro/a, não de especialista, validando a experiência da pessoa e co-criando um plano terapêutico (Jobes, 2012).

A intervenção segue a seguinte estrutura: (1) avaliação inicial e definição da motivação para o suicídio, (2) colaboração para a definição de metas e plano de segurança, (3) intervenção com foco nas causas da dor psicológica e ideação suicida e (4) finalização da intervenção com base em critérios de recuperação definidos (Jobes, 2012).

Em todas as sessões do CAMS, é utilizado e preenchido o *Suicide Status Form*, que é um documento através do qual se realiza a avaliação e monitorização da dor psicológica, stresse, agitação, desesperança e ideação suicida; delinea-se o Plano de Segurança; e estabelecem os objetivos para a intervenção (Jobes, 2012).

Na **sessão inicial**, preenche-se o **Suicide Status Form** para avaliar o risco suicidário, planear o tratamento e documentar diversos aspetos do cuidado prestado. Com base neste recurso, a pessoa fica com “**Estado de Risco Suicidário**” (do inglês, *Suicide Status*). Nas **sessões seguintes**, volta-se a usar de forma repetida o *Suicide Status Form* para reavaliar, monitorizar e atualizar o plano de tratamento. Quando são **cumpridos os critérios** para a resolução do “Estado de Risco Suicidário” — por exemplo, três sessões consecutivas em que a pessoa apresenta uma capacidade eficaz de lidar com a ideação suicida ou outros resultados clínicos relevantes —, regista-se, no *Suicide Status Form*, a conclusão da intervenção e um eventual encaminhamento do caso (Jobes, 2012).

## Terapia Comportamental Dialética

A **Terapia Comportamental Dialética** (TCD) (Linehan & Wilks, 2015) apresenta evidências de redução de tentativas de suicídio em pessoas adultas (deCou et al., 2019) e da ideação suicida e comportamentos auto-lesivos em adolescentes (Kothgassner et al., 2021). **Parece indicada para pessoas com elevada impulsividade, instabilidade emocional**

**e um perfil de múltiplas tentativas** – frequente em pessoas que vivem com perturbação da personalidade *borderline* (Jobes & Rizvi, 2024).

A TCD combina momentos de **intervenção individual** (i.e., intervenção psicoterapêutica) com **intervenções em grupo de treino de competências**. As sessões psicoterapêuticas individuais e as intervenções em grupo são, geralmente, realizadas semanalmente durante um período de seis meses a um ano, e organizam-se em torno de quatro conjuntos principais de competências relacionadas com processos de autorregulação: atenção plena (*mindfulness*), eficácia interpessoal, tolerância à angústia e regulação emocional (Bryan, 2022; Jobes et al., 2015):

- **Atenção plena (*Mindfulness*)**. Capacidade de observar o que está a acontecer no momento presente, sem julgamento nem autocrítica.
- **Eficácia interpessoal**. Capacidade de interagir de forma eficaz com os outros, independentemente do tipo de relação.
- **Tolerância à Angústia**. Capacidade de suportar e lidar com o stresse e com estados emocionais negativos.
- **Regulação emocional**. Capacidade de identificar e reconhecer as próprias emoções, bem como de as alterar ou gerir.

De um ponto de vista prático, esta intervenção envolve psicoterapia individual (geralmente com a duração de uma hora por semana), grupos de treino de competências (com uma a duas horas por semana) e chamadas telefónicas entre sessões. O objetivo principal destas chamadas é reforçar a aplicação das competências aprendidas nas sessões, ajudando os/as utentes a transferir as aprendizagens das sessões para a vida real (Bryan, 2022).

## Terapia Cognitivo-Comportamental

A **Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)**, especificamente adaptada para a prevenção do suicídio, também tem evidências de eficácia na redução de comportamentos suicidários em pessoas adultas (Mewton & Andrews, 2016; Wu, 2022). Denominada de Terapia Cognitiva Comportamental para a Prevenção do Suicídio, esta é uma intervenção que partilha muitos dos componentes da TCD, mas com uma duração, regra geral, mais curta (Bryan, 2022).

A **TCC para a Prevenção do Suicídio** foca-se no treino de competências para a autorregulação e alteração do estilo de tomada de decisão. Com esta

abordagem pretende-se a aquisição de competências que influenciem e transformem os sistemas de crenças, pressupostos e pensamentos que contribuem para os comportamentos suicidários, nomeadamente aqueles relacionados com desesperança, ódio de si próprio/a, perceção de ser um fardo e encurralamento (Bryan, 2022).

Com o reforço da capacidade de reavaliar cognitivamente os pensamentos e crenças negativas, as/os Psicólogas/os ajudam os/as clientes a identificar crenças mais equilibradas, que reforçam a perceção do valor da vida, enfraquecendo o valor atribuído ao comportamento suicidário.

## Terapia Baseada na Mentalização

A estes modelos terapêuticos, junta-se a **Terapia Baseada na Mentalização (TBM)**, com **algumas evidências na redução de comportamentos auto-lesivos** e da incidência de tentativas de suicídio em adultos (Briggs et al., 2019) e em adolescentes (Witt et al., 2021). No entanto, a **robustez científica da TBM** para os problemas relacionados com comportamento suicidário **permanece, por agora, mais limitada** quando comparada com os modelos anteriores (Bryan, 2022).

A TBM ajuda a aumentar a capacidade de **mentalização** – a capacidade de interpretar o próprio comportamento e o das outras pessoas à luz dos estados mentais subjacentes. As dificuldades de regulação emocional e os comportamentos auto-lesivos podem ser entendidas como a **capacidade de mentalização comprometida**. Esta abordagem está manualizada e integra elementos das teorias psicodinâmicas, da vinculação e da cognição (Gross et al., 2024).

Na **intervenção TBM para pessoas adultas**, durante 18 meses, as/os clientes têm duas sessões semanais (uma individual e outra de grupo), onde são trabalhadas as competências de mentalização. Por outro lado, a **TBM para adolescentes** tem a duração de 12 meses e inclui as sessões individuais e de grupo, podendo, no entanto, ser complementadas por sessões de intervenção familiar semanais ou mensais (Gross et al., 2024).

Ainda que associadas a modelos terapêuticos distintos, **as diferentes intervenções psicológicas** (e.g., reestruturação cognitiva; modelagem da capacidade de mentalização; resolução de problemas; treino de competências emocionais e relacionais; etc.) **procuram, essencialmente e através de diferentes focos** (e.g., distorções cognitivas; padrões de relacionamento; capacidade de mentalização e/ou de regulação de emoções), **modificar os preditores da ideação suicida** (e.g., desesperança; dor psico-

lógica; sentimentos de encurralamento; percepção de ser um fardo; ausência de vínculos significativos) e/ou da **passagem à ação** (e.g., acesso a meios letais; imagens mentais suicidas; capacidade para suportar dor física e não ter medo da morte).

Neste sentido, o fortalecimento das relações interpessoais, o desenvolvimento de competências de autorregulação, assim como a reconstrução do sentido de conexão com a vida e do sentido de valor próprio são **ganhos individuais** que reduzem o risco de comportamentos suicidários.

## 2.4. Encaminhamento para outros serviços de Saúde

É fundamental o **trabalho em rede** e a **articulação multidisciplinar**, envolvendo diferentes profissionais de Saúde e estruturas comunitárias, de forma a assegurar uma resposta integrada. Sabendo-se que os comportamentos suicidários resultam de uma interação complexa de fatores biológicos, psicológicos e sociais, **a intervenção psicológica pode, por si só, não ser suficiente para diminuir o risco de suicídio.**

É também função dos/as Psicólogos/as, perante uma avaliação que indicia risco suicidário, e além da intervenção psicológica, colaborar com a pessoa no sentido de esclarecer a necessidade de **encaminhamento para serviços de Psiquiatria** e, conseqüentemente, obter intervenção farmacológica – ainda que se possa ou deva manter o acompanhamento psicológico.

Existem evidências científicas suficientes para afirmar que **determinados antidepressivos, como o lítio, a clozapina e a cetamina são psicofármacos que contribuem para a mitigação de comportamentos suicidários** (Melhem et al., 2023; Turecki et al., 2019). Ainda, alguns estudos indicam uma sinergia positiva na combinação de psicofármacos com intervenção psicológica na redução da ideação suicida (Khazanov et al., 2021) e na prevenção de tentativas de suicídio (Zainal, 2024).

Em situações de **perigo iminente** (i.e., quando há intenção suicida, um plano elaborado e capacidade para o suicídio), a/o Psicólogo/a pode ter de colaborar com a pessoa no sentido de a **encaminhar diretamente para Serviços de Urgência**, salvaguardando a sua segurança. Após este encaminhamento, a articulação entre profissionais de Saúde e a implementação de intervenções psicológicas, breves e longas, pode ser de maior relevância.

## 2.5. Pósvenção

Além de funções que visam a prevenção, os/as Psicólogos/as também intervêm na pósvenção, ou seja, **junto de pessoas que perderam alguém próximo por suicídio ou que foram afetadas por esta morte**, incluindo vizinhos/as, colegas de escola ou de trabalho, profissionais de Saúde ou membros de grupos e da comunidade aos quais a pessoa falecida pertencia.

Especificamente junto das pessoas enlutadas, a intervenção das/os Psicólogas/os na pósvenção tem com principais objetivos (Linde et al., 2017):

- **Apoiar o processo de luto.** Quer através da validação emocional, do fortalecimento da rede de apoio, quer da promoção de narrativas válidas (e.g., “foi a forma que encontrou para tentar fugir ao sofrimento”; “é difícil prever quando alguém tenta terminar com a vida”) que sejam alternativas a narrativas culpabilizantes (e.g., “foi um ato egoísta”; “se fosse forte, não o faria”), reduzindo a possibilidade do luto se complicar.
- **Diminuir o estigma através da literacia sobre suicídio.** De forma adequada à sensibilidade do momento, é possível desconstruir preconceitos (e.g., “a família nunca mais vai estar bem”), normalizar a dor do luto por suicídio e contribuir, através de espaços seguros, para que se possa falar sobre o suicídio e a perda, reduzindo a vergonha e a culpa que frequentemente envolve o processo de luto.
- **Vigiar comportamentos suicidários.** Tanto nas pessoas próximas da pessoa falecida, que se encontram em maior risco de desenvolver comportamentos suicidários futuros (Levi-Belz & Birnbaum, 2022), como noutras pessoas da comunidade próxima (através da articulação com profissionais das Escolas, locais de trabalho ou Serviços de Saúde), aumentando a vigilância social para eventuais efeitos de contágio.
- **Encaminhar para cuidados especializados.** Sempre que considerado necessário, nomeadamente quando se evidencia o desenvolvimento de sintomas psicopatológicos (e.g., sintomas de stresse pós-traumático), facilitando o acesso a acompanhamento psicológico e/ou a apoio psiquiátrico adequados.

A intervenção psicológica em pósvenção deve ser **ajustada à etapa do desenvolvimento, ao vínculo com a pessoa falecida e ao contexto sociocultural**. Apesar de poder assumir diversas formas — sessões individuais e/ou familiares, grupos de suporte —, a intervenção procura validar a dor associada

à perda e reconstruir, progressivamente, narrativas sobre a pessoa falecida que permitam reconstruir o sentido e reforçar os laços com a vida.

Algumas evidências indicam que as intervenções psicológicas, individuais ou em grupo, junto de pessoas em processo de luto por suicídio, podem **diminuir o risco de depressão ou problemas de ansiedade, de sintomas de stresse pós-traumático e o abuso de substâncias**, assim como promover o ajustamento social na adaptação à vida após a perda (Andriessen et al., 2019).

## 03. Recomendações para a prática profissional

As/os Psicólogas/os exercem a sua prática profissional em consonância com os princípios éticos e normas deontológicas consagradas no [Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses](#), o qual orienta a prática e se encontra publicado em Diário da República (2.ª série, n.º 157, de 14 de Agosto de 2024).

Além deste instrumento, apresentam-se, de seguida, algumas recomendações gerais e específicas para a prática profissional.

### 3.1. Recomendações gerais

#### *Como estar preparado/a para intervir no âmbito do suicídio?*

- **Reconhecer a complexidade do suicídio**

Os comportamentos suicidários não só são difíceis de prever, também são voláteis – é possível ter pensamentos e desejo de morrer em determinados momentos da vida, mas, com a superação de eventos de vida adversos, estes desaparecerem espontaneamente. Ainda, algumas pessoas podem elaborar um plano suicida, mas um acontecimento de vida inesperado (e.g., novo emprego; gravidez) ser suficiente para evitar a passagem à ação.

É também essencial reconhecer que múltiplos fatores se intersejam — incluindo género, idade, condição socioeconómica, identidade sexual ou de género, pertencer a grupos minoritários ou ter vivido situações de exclusão ou discriminação – e fazem variar o modo como o sofrimento é expresso, como se concebe o suicídio enquanto alternativa para o sofrimento e como se procura ajuda.

- **Ter uma rede de contactos, incluindo conhecer Linhas de Apoio e de Urgência**

Cabe ao/à Psicólogo/a reconhecer se detém o conhecimento e as competências – Princípio 3 do Código Deontológico – para intervir junto de pessoas em risco de suicídio, garantindo que intervém de forma adequada e, sempre que necessário, facilite o encaminhamento para outro/a profissional com maior especialização ou para outros serviços de Saúde.

É importante que o/a Psicólogo/a possua uma rede profissional de contactos (i.e., outros Psicólogos/as, Médicos/as psiquiatras, Serviços de Psiquiatria) para encaminhar adequadamente as pessoas que necessitem. Ainda, há que conhecer Linhas de Apoio e de Urgência, para eventuais situações de crises suicidárias e/ou perigo iminente. Nomeadamente:

- Número Europeu de Emergência: **112**
- Serviço de Aconselhamento Psicológico do SNS24: **808 24 24 24**
- SOS Voz Amiga Lisboa (15h30 às 00h30): **213 544 545 - 912 802 669 - 963 524 660**
- Conversa Amiga (15h às 22h): **808 237 327 - 210 027 159**
- Vozes Amigas de Esperança de Portugal (16h às 22h): **222 030 707**
- Telefone da Amizade (16h às 23h): **228 323 535**
- Voz de Apoio (21h às 24h): **225 506 070**
- SOS Estudante Linha de Apoio emocional e prevenção do suicídio (20h à 1h; exceto férias escolares): **915246060 - 969554545 - 239484020**

- **Estabelecer uma relação de colaboração e responsabilidade partilhada com os/as clientes**

A colaboração é uma componente-chave da prevenção e intervenção individual. Alguém revelar ter pensamentos ou planos suicidas pode ser difícil, seja porque sente vergonha ou porque se encontra alienada, procurando sozinha soluções para o sofrimento num momento da vida em que acredita estar encurralada e/ou ser um problema para os outros.

A colaboração envolve fomentar uma responsabilidade partilhada para encontrar soluções – *“Estou aqui consigo para encontramos juntos soluções para o que está a viver”* – estabelecendo uma relação interpessoal protetora. Ainda, visa promover a agência da pessoa, incluindo-a nos processos de decisão – *“Parece que o suicídio é o seu plano A para terminar com o sofrimento, e se tentarmos encontrar outros planos A, B, C (...), sem descartar que o suicídio possa ser o plano Z?”* –, inclusive em casos de encaminhamento para serviços de Psiquiatria – *“Não sei se já alguma vez considerou ajuda psiquiátrica... e se procurássemos também essa opção?”* – ou para

serviços de urgência – “*Preocupa-me que possa tentar suicidar-se quando sair daqui, e se chamarmos o INEM enquanto encontramos soluções para se manter seguro/a?*”.

## 3.2. Recomendações específicas para a avaliação psicológica

### Como avaliar a presença e a gravidade de comportamentos suicidas?

- **Estar atento a diferentes sinais de alarme**

Muitas vezes, os sinais de alarme são os primeiros indicadores de uma crise suicidária, por exemplo: (Campos, 2024; Sarkhel et al., 2023):

1. **Sinais verbais explícitos:** “*quero morrer*”; “*às vezes penso na minha morte*”; “*passa-me pela cabeça que talvez fosse melhor morrer*”; “*penso em pôr fim à minha vida*”; “*Perdi o medo à morte*”; “*às vezes imagino-me morto*”, entre outros.
2. **Sinais verbais implícitos:** “*sinto uma dor insuportável dentro de mim*”; “*apetece-me desaparecer*”; “*sinto que não tenho futuro*”; “*sinto-me preso/a, não existem saídas para a minha situação*”; “*parece que não pertença a lugar nenhum*”; “*sou um problema para as pessoas à minha volta*”; “*Já não tenho medo de nada*”, entre outros.
3. **Sinais comportamentais:** envolver-se, de forma imprudente, em situações perigosas (e.g., conduzir alcoolizado/a; confrontos físicos); aumentar o consumo de álcool e/ou outras drogas; isolar-se; entregar, sem motivos evidentes, pertences pessoais a pessoas próximas ou a instituições; escrever mensagens/ publicações *online* de despedida; comprar armas ou produtos tóxicos; magoar-se propositalmente, entre outros.
4. **Sinais psicológicos:** agitação; agressividade no discurso e/ou comportamento; dificuldades em dormir ou dormir demasiadas horas; mudanças drásticas no humor; alucinações/ “vozes” de comandado, entre outros.

Ainda, existirem registos clínicos recentes de internamentos por comportamentos auto-lesivos ou tentativas de suicídio, ou a pessoa incluir na sua narrativa histórias de suicídio na família, também devem

ser considerados sinais de alarme.

- **Usar questões de rastreio como um procedimento padrão**

Todas as pessoas em sofrimento significativo podem encontrar-se em risco de suicídio, independentemente de viverem ou não com problemas de Saúde Psicológica.

Neste sentido, podem utilizar-se questões de rastreio sempre que exista sofrimento significativo, sobretudo quando se identificam sinais de alarme e/ou fatores de risco (e.g., sintomas depressivos ou trauma; eventos de vida adversos e recentes, como perdas financeiras e/ou relacionais; comportamentos auto-lesivos; história de suicídio na família).

**Questões de Rastreio | Risco de Suicídio** (National Institute of Mental Health, 2024; Rudd & Bryan, 2021)

1. Nas últimas semanas, alguma vez desejou ter morrido?
2. Nas últimas semanas, sentiu que você ou a sua família estariam melhor se tivesse morrido?
3. Durante a última semana, alguma vez pensou em matar-se?
4. Alguma vez tentou matar-se? Se sim, como? Quando?
5. Sente-se indigno/a de ser amado/a?
6. Sente que nada nem ninguém o/a pode ajudar a resolver os seus problemas?
7. Sente que já não consegue lidar com os seus problemas?
8. Sente que ninguém conseguiria aguentar a sua dor?
9. Sente que não há nada de bom em si?
10. Sente que o suicídio é a única forma de acabar com a sua dor?

Outras questões são colocadas se houver pelo menos uma resposta afirmativa às anteriores, permitindo avaliar se existe risco de uma tentativa:

11. Está, neste momento, a pensar em suicidar-se?
12. Tem um plano para tentar suicidar-se? Se sim, qual? Se não, como tentaria?
13. Tem meios (e.g., armas/produtos tóxicos/medicamentos/cordas) em casa?

14. De 0 (nenhum) a 10 (mesmo muito), qual é o seu medo da morte?

É recomendado que as questões sejam integradas no diálogo entre o/a profissional e a pessoa, não sendo necessário que sejam realizadas num modo de “questionário verbal”. Ainda, as questões podem ser repetidas ao longo do acompanhamento e adaptadas à etapa do desenvolvimento do/a cliente – por exemplo, linguagem adaptada e privacidade garantida face à presença dos pais/mães, no caso de adolescentes.

No entanto, **a forma como o/a Psicólogo/a formula as questões também importa**. Por exemplo, usar questões que sugerem uma resposta negativa – “*Não está a pensar matar-se, pois não?*” – podem levar a pessoa a responder o que julga ser socialmente mais aceitável ou o que acredita que o/a profissional quer ouvir, ocultando o que pensa e sente (Ford et al., 2021).

- **Combinar diferentes métodos de avaliação, caso seja possível**

É importante reconhecer que o suicídio é difícil de prever, não só porque é um fenómeno raro, mas porque algumas pessoas ocultamos comportamentos suicidários, seja por vergonha ou receio, ou, ainda, porque nem todas as pessoas passam pela ideação suicida.

Quando os sinais de alarme parecem evidentes, mas as questões de rastreio não indicam risco, pode ser necessário combinar a observação clínica com instrumentos standardizados (e.g., escalas; questionários; provas projetivas), registos clínicos e/ou informação de pessoas próximas, evitando falsos negativos (i.e., quando a avaliação sugere ausência de risco, mas existe risco efetivo).

- **Identificar o nível de risco**

O processo de identificar o nível de risco pode ajudar nas decisões subseqüentes. Neste sentido, é possível considerar três níveis de risco (Sarkhel et al., 2023; White, 2014):

- **Risco baixo.** Pensamentos sobre a morte e morrer estão presentes, mas não há intenção nem plano; há medo da morte. Os fatores de risco da ideação são relativamente leves (e.g., sintomas depressivos leves a moderados; situações de vida alteráveis), existindo vários fatores protetores (e.g., competências de resolução de problemas; estratégias de *coping*; relações positivas e valorizadas; crenças religiosas protetoras; resiliência).

- **Risco moderado.** Há ideação suicida e um plano, mas não há intenção de morrer nem atos preparatórios. A capacidade para o suicídio não é clara. Há múltiplos fatores de risco da ideação (e.g., perfeccionismo social; sintomas psicopatológicos leves a moderados; ruminação; situações de vida adversas recentes; história de comportamentos autolesivos); alguns fatores de volição (e.g., impulsividade; imagens mentais); alguns fatores protetores.

- **Risco elevado.** Há ideação, intenção e plano. Há múltiplos fatores de risco graves (e.g., tentativas anteriores; sintomas psicopatológicos moderados a graves; abuso de substâncias; sem suporte social; comportamentos auto-lesivos recentes; impulsividade); os fatores protetores são pouco relevantes. Caso haja capacidade para o suicídio e acesso a meios, há **perigo iminente**.

### 3.3. Recomendações específicas para a intervenção psicológica

#### O que fazer em caso de risco suicidário?

- **Decidir o tipo de intervenção e/ou de encaminhamento**

Dependendo do nível de risco, é possível considerar diferentes opções (Sarkhel et al., 2023):

- **Se existir risco baixo**, uma intervenção psicológica longa pode ser recomendada (realizada pelo próprio/a Psicólogo/a ou fazendo um encaminhamento para um/a Psicólogo/a com mais experiência ou formação específica na área). O Plano de Segurança pode ser considerado, bem como o encaminhamento, em ambulatório, para serviços de Psiquiatria. Se houver um longo espaçamento entre sessões, podem utilizar-se Contactos de Cuidado.
- **Se existir risco moderado ou elevado**, além de se estabelecer um Plano de Segurança, é recomendado intervenção psicológica longa (realizada pelo próprio/a Psicólogo/a ou encaminhando para outro/a Psicólogo/a), bem como o encaminhamento, em ambulatório, mas com indicações concretas (agilizando o processo), para serviços de Psiquiatria. Se houver um longo espaçamento entre sessões, podem utilizar-se Contactos de Cuidado.

- **Se existir perigo iminente**, é necessário estabelecer Plano de Segurança e considerar o encaminhamento (via INEM ou pela própria pessoa) para Serviços de Urgência e eventual hospitalização. Caso tal encaminhamento aconteça, a intervenção por Contactos de Cuidado pode facilitar a continuação, ou o início, de um acompanhamento com intervenções mais longas – articulando-se com o serviço hospitalar, se houver hospitalização.

É fundamental reconhecer que nem sempre o encaminhamento para Serviços de Urgência é o mais indicado. Para algumas pessoas, este pode resultar numa quebra de confiança com o/a profissional, assim como ser uma experiência traumatizante (Clay, 2022a). Por tais motivos, a colaboração com o/a cliente é imprescindível no processo de tomada de decisão.

- **Informar da obrigação ética de encaminhar para Serviços de Urgência**

É importante informar, de forma clara e antecipada, que em situações de perigo, pode ser necessário encaminhar para Serviços de Urgência (podendo, porventura, seguir-se uma hospitalização), explicando porque tal medida pode ser importante, incluindo obrigações éticas. É ainda recomendado envolver a pessoa nas decisões adjacentes ao encaminhamento (e.g., prefere ir através do INEM ou prefere ir sozinho/a sob compromisso de responsabilidade? Quer ser ele/a a ligar ao INEM ou prefere que seja o Psicólogo/a? Quer ligar a alguém a avisar antecipadamente que vai para as urgências? Quer ir sozinho/a, mas em chamada telefónica com a/o Psicólogo/a?).

Ao clarificar esta possibilidade logo nas primeiras sessões – ou sempre que a situação clínica evolua – promove-se a transparência e evita-se que a situação, caso venha a ocorrer, seja sentida como uma rutura na aliança terapêutica (Tyndal et al., 2022).

## Como intervir inicialmente quando há comportamentos suicidários?

- **Validar sentimentos associados à ideiação suicida**

Muitas vezes, a pessoa com comportamentos suicidários sente-se alienada. É importante validar a dor psicológica, sentimentos de encurralamento e de desesperança (e.g., *“Quando nos sentimos encurralados, é difícil ter esperança”*) e/ou de isolamento e não pertença. É também relevante validar que

o suicídio pode ser percebido como uma “solução” para pôr fim a uma dor que parece insuportável (e.g., *“Quando tudo parece demasiado, podemos pensar no suicídio como uma forma de aliviar essa dor”*).

Ainda, há que evitar uma comunicação que possa evocar sentimentos de culpa e desvalorização (e.g., *“Já pensou no sofrimento que iria causar à sua família?”*; *“Tem tantas pessoas que se preocupam consigo, não pode fazer isso”*), sob o risco de agravar a crise (Ford et al., 2021).

- **Construir novos significados e promover a esperança**

A promoção da esperança é um fator comum de eficácia de várias intervenções psicológicas (Baier-Mosch et al., 2025). No caso do suicídio, a promoção da esperança pode também ocorrer através da construção de novos significados sobre a função do suicídio – *“Parece que procura uma alternativa para o seu sofrimento, não estou certo/a se procura terminar com a sua vida”* – enquanto se promove a esperança noutras soluções: *“Existem outras opções para terminar o sofrimento, em vez de terminar com a vida”*; *“É possível encontrarmos alternativas em conjunto”*.

- **Promover estratégias, competências e/ou soluções concretas**

Os comportamentos suicidários têm uma função, sendo possível enquadrá-los como a “solução” percebida pela pessoa enquanto forma de lidar com eventos que sente insuportáveis e inescapáveis.

Neste sentido, é possível ajudar a pessoa a reconhecer eventos internos (e.g., stresse elevado; sentimentos de solidão; desesperança; criticismo e/ou ódio direcionado para o/a próprio/a) e/ou externos (e.g., perdas financeiras e/ou ocupacionais; situações judiciais) que contribuam para se sentir encurralada. O objetivo é ajudar a pessoa a compreender a ligação entre eventos internos e/ou externos, sofrimento e o suicídio enquanto forma percebida de lidar com eles.

Posteriormente, é possível ajudar a pessoa, através de intervenções psicológicas consideradas pertinentes, a gerir eventos internos (e.g., criticismo, sentimentos de solidão) e/ou a encontrar soluções para eventos externos (e.g., desemprego; dívidas financeiras). O objetivo é facilitar que a pessoa sinta agência e autoeficácia, encontrando soluções.

- **Facilitar a conexão à vida**

As pessoas em risco suicidário podem acreditar que a sua existência não tem valor ou significado para as relações à sua volta ou para outros contextos onde participam.

De forma a prevenir o agravar da ideação, é possível promover a conexão à vida através da consciencialização do impacto do suicídio nas relações – *“Parece que tem uma relação importante com a sua esposa/filha/amiga, de que sentiria mais saudades se terminasse com a sua vida? O que imagina que ele (esposo/filho/amigo) sentirá mais saudades se você morresse?”*; *“Ainda há pouco referiu o quanto gosta do seu animal de estimação, como imagina a vida dele se terminasse com a sua vida?”* – e/ou ocupações significativas – *“Parecia sentir-se vivo quando falou do grupo de caminhadas / do seu projeto pessoal... e se pudesse, ao seu ritmo, voltar a essas atividades, como se sentiria?”*.

- **Diminuir a capacidade para o suicídio**

A capacidade para o suicídio é um fator relevante no que respeita à passagem à ação.

Neste sentido, utilizar a função protetora do medo pode diminuir esta capacidade, seja através da associação ao desconhecimento das consequências da morte – *“A morte pode parecer uma forma de pôr fim ao sofrimento, mas pergunto-me se é possível sabermos o que vem depois... e se o sofrimento continuar?”*; *“Não conseguimos saber se a morte terminará o sofrimento...”*; *“Como sabe que a morte permite terminar com o sofrimento?”* – e/ou às consequências inesperadas de uma tentativa – *“Tentar o suicídio também tem riscos... há a hipótese de terminarmos com dores insuportáveis ou lesões incuráveis. Existem formas com menos riscos para terminar com o sofrimento ou para resolver situações que considera inescapáveis”*.

- **Personalizar devidamente o Plano de Segurança**

O Plano de Segurança é uma intervenção breve recomendada (ver acima o ponto 2.2.).

Para que o Plano seja realista e útil, é necessário que atenda às preferências da pessoa na definição de estratégias de *coping* (e.g., ouvir músicas com significado pessoal), no estabelecimento de contactos de suporte (e.g., pessoas de sua confiança) e de locais seguros e de atividades de distração. É também necessário adaptar os passos ao *quando* (e.g., à noite; após discussões familiares; ao consumir álcool) e ao *como* (e.g., pensamentos intrusivos; imagens mentais) os comportamentos suicidários se manifestam.

É fundamental prever, para cada passo, as barreiras que podem surgir (e.g., E se a pessoa esquecer o que fazer? E se procurar apoio e ninguém atender? Quais os motivos que podem levar o/a Psicólogo/a a não estar disponível? Como abordar os profissionais caso se dirija às urgências?). O antecipar de estratégias alternativas – por exemplo, ter o Plano no *smartphone*, utilizar Linhas de Apoio, ter uma mensagem pré-definida para pedir ajuda, ou ensaiar o que dizer quando pedir ajuda – contribui para o aumento da autoeficácia e da adesão ao Plano.

### 3.4. Recomendações específicas para a pósvenção

#### *Como apoiar o luto de pessoas que perderam alguém por suicídio?*

- **Reconhecer que o luto não é um problema a ser resolvido**

O luto é uma experiência humana perante a morte de alguém significativo, correspondendo a um processo de adaptação contínua — na reorganização de rotinas que envolviam a pessoa falecida, na criação de formas de manter a ligação (e.g., manter objetos; visitar locais), na reconstrução da identidade pessoal e relacional após a perda. A ligação emocional com a pessoa falecida não termina, antes se reestrutura num modo simbólico (Garrard-Black, 2024).

Neste sentido, o luto não tem fim e não é um problema a ser resolvido, é uma experiência que, especialmente no caso da morte por suicídio, deve ser gradualmente suportada para que não se complique e não resulte em dificuldades de Saúde Mental.

- **Construir narrativas suportáveis, mas realistas sobre o suicídio**

Na intervenção junto de pessoas enlutadas por alguém que morreu por suicídio, é fundamental facilitar a expressão da dúvida e raiva quanto aos motivos e à intencionalidade do suicídio (i.e., “Porque o fez?”) e da culpa associada à responsabilidade percebida (i.e., “Falhei, ele/a morreu porque não o/a consegui salvar”) de forma que, posteriormente, se possa construir uma narrativa suportável, realista e justa sobre o que aconteceu (Jordan, 2020).

O objetivo é a pessoa ir conseguindo perdoar-se (e/ou perdoar outros) através de narrativas que envolvam a complexidade do porquê e atenuem a responsabilidade: o suicídio como uma “tempestade perfeita” que inclui eventos de vida adversos, desejo de terminar o sofrimento, o/a falecido/a acreditar que

“era melhor assim”, entre outros motivos – como a genética e o temperamento – impossíveis de controlar e que não resultaram simplesmente de erros ou falhas das pessoas próximas. Nestas narrativas inclui-se a aceitação de que haverá perguntas sem resposta, uma vez que só a pessoa falecida poderia clarificar alguns motivos.

- **Ajudar a reparar a relação com a pessoa falecida**

É importante que, ao longo do processo de luto, o/a sobrevivente possa reconstruir e manter uma ligação positiva, mas simbólica, com a pessoa falecida. A resolução de “assuntos inacabados” (i.e., pedidos de desculpa nunca feitos; coisas que ficaram por dizer; decisões por compreender) é uma forma de o/a sobrevivente ir reconstruindo uma relação marcada pela dor da perda por suicídio.

Neste processo, são recomendadas intervenções (e.g., cartas escritas; tarefa de cadeira vazia) que promovam o diálogo simbólico – ou seja, um diálogo que poderia ter acontecido e onde há a possibilidade de o/a sobrevivente expressar o que sente (e.g., tristeza e/ou culpa por não ter tido oportunidade de ajudar; raiva por se sentir traído/a ou abandonado/a) e a pessoa falecida se encontra disposta a emendar os danos que causou (Jordan, 2020).

- **Ajudar a construir uma biografia da pessoa falecida**

Outra intervenção, que pode complementar as anteriores, é a construção de uma biografia da pessoa falecida. Através do relembrar de memórias e recorrendo a fotografias da pessoa ou outros objetos significativos, esta abordagem ajuda o/a sobrevivente a reconstruir uma narrativa mais ampla da identidade e da história de vida da pessoa – de forma que o episódio do suicídio não se torne a única ou principal memória que prevalece no tempo (Jordan, 2020).

Ao construir esta biografia, a comunicação com outros/as sobreviventes pode reduzir o estigma associado ao suicídio, validando-se narrativas e relembrando-se histórias sobre a pessoa falecida pela memória de diferentes pessoas. Este processo pode, por exemplo, culminar num álbum de fotografias e/ou num conjunto de notas biográficas escritas pelos/as sobreviventes. É importante que as memórias/episódios negativos não sejam evitados e/ou descartados, mas antes que possam ser integrados numa narrativa suportável e coerente da história de vida.

- **Promover o reinvestimento na vida**

O processo de luto implica que, a seu tempo, se

reinvista na própria vida. É importante ajudar o/a sobrevivente a explorar razões para continuar a viver. Esta reconstrução da vida pode incluir pequenas decisões quotidianas e a reativação de papéis sociais. Há que ajudar a antecipar reações próprias e das outras pessoas (e.g., “*Como imagina que será voltar ao trabalho?*”; “*E se alguém perguntar como está? Como imagina a sua reação?*”; “*Como se sente perante a hipótese de ir falando com as outras pessoas sobre o que aconteceu?*”).

Com a integração da perda, há a possibilidade de o/a sobrevivente experienciar um crescimento pós-traumático (e.g., Moore et al., 2015), traduzindo-se em maior resiliência, maior compaixão para consigo e para com o sofrimento dos outros, num renovado sentimento de esperança.

- **Comunicar de forma adequada sobre a morte e o suicídio com crianças e adolescentes**

Quando as crianças ou adolescentes perdem uma pessoa próxima por suicídio, inclusive um pai ou uma mãe, a comunicação sobre o sucedido deve ser adequada à sua maturidade cognitiva e emocional – sendo essencial ajudar os/as cuidadores/as sobreviventes neste processo.

É importante que o/a adulto/a comunique de forma simples sobre a irreversibilidade da perda (e.g., “*o pai morreu e não vai voltar*”), evitando linguagem metafórica e ambígua que possa ser mal compreendida pela criança/jovem (e.g., “*o pai está a dormir*”; “*foi para um sítio melhor*”).

Antes é preferível utilizar analogias simples e concretas, por exemplo:

- “*O corpo funciona como uma máquina e, quando uma parte muito importante para viver (como o coração ou o cérebro) deixa de funcionar, a pessoa morre*”;
- “*O corpo deixou de funcionar e já não sente, já não pensa, já não sofre*”.

À medida que a criança cresce e se questiona (ou quando já é adolescente), a introdução da palavra *suicídio* pode permitir uma contínua construção do seu significado, facilitando também a comunicação com pares, familiares e/ou profissionais. O revelar de detalhes sobre o suicídio deve ser ponderado e, idealmente, ocorrer apenas quando o/a adolescente pergunta diretamente sobre a causa de morte (e.g., “*como morreu?*”; “*foi de propósito?*”).

Nestes momentos, é recomendada uma comunicação sincera:

- “*Foi o pai que causou a sua morte. Estava a sentir-se muito mal, com muita dor por dentro, e não conseguiu pedir ajuda*”;

- *“Ele estava a sentir-se muito mal, com muita dor por dentro, provavelmente por causa de um problema que afeta os pensamentos e os sentimentos, e não conseguiu pedir ajuda”;*
- *“É difícil entender porque é que uma pessoa escolhe morrer. Mas isso não quer dizer que ela não amasse a família. Ela só não conseguiu ver outra saída”.*

O desejo de proteger a criança/adolescente da verdade sobre o acontecimento pode privar-lhe a oportunidade de expressar as suas emoções e dúvidas – dificultando o seu processo de luto, bem como a identificação da ajuda necessária (Mitchell et al., 2006).

Neste sentido, é importante que as pessoas adultas (Psicólogo/a e sobreviventes próximos/as) se questionem: tendo em conta o conhecimento sobre os factos e a maturidade da criança/adolescente é prudente revelar detalhes? Estou a garantir que ela/e se sente segura, compreendida e que pode voltar a este assunto quando quiser? Estou a permitir que sinta que não está sozinha e que é legítimo falar sobre a pessoa que morreu? Estou a ser verdadeiro/a, mas cuidadoso/a com o impacto desta informação? Preciso de ajuda para comunicar sobre este assunto?

- **Fortalecer a rede de suporte na comunidade**

A participação em grupos de apoio, presenciais ou online, pode permitir aos/às sobreviventes partilhar a experiência do luto com outras pessoas que passaram por vivências semelhantes, reduzindo o isolamento e a sensação de incompreensão. Estes grupos podem funcionar como espaços de validação emocional, reconstrução de sentido e de promoção da esperança, assim como de monitorização de eventuais dificuldades funcionais e psicológicas.

Assim, é importante identificar recursos comunitários disponíveis — grupos/instituições de apoio a sobreviventes, associações de famílias, iniciativas promovidas por Centros de Saúde, escolas, instituições religiosas ou autarquias — que possam estabelecer-se como parte da rede de suporte da pessoa ao longo do tempo.

- **Atuar preventivamente quando, em intervenção psicológica de grupo, outros/as participantes se tornam sobreviventes**

Quando um/a cliente morre por suicídio enquanto integrava uma intervenção psicológica de grupo, o impacto pode alargar-se aos/às restantes participantes, que se tornam também sobreviventes. Neste contexto, esta morte pode configurar um fator de risco

para outros/as participantes com risco suicidário. A ação preventiva dos/as Psicólogos/as pode mitigar o agravamento do sofrimento e do risco dos/as participantes sobreviventes (Quinnett, 2012).

Entre as estratégias para gerir esta situação, recomenda-se uma comunicação clara e cuidadosa, evitando rumores ou desinformação, através da identificação de uma pessoa responsável – preferencialmente, o/a Psicólogo/a de referência - para garantir a transmissão de informação relevante de forma adequada e consistente (Quinnett, 2012).

Nas sessões seguintes, é importante promover momentos de expressão emocional e partilha de sentimentos, em sessões grupais e individuais, quando indicadas. Recomenda-se a realização de uma nova avaliação do risco suicidário em participantes previamente identificados/as como vulneráveis (Quinnett, 2012).

Pode ser necessário disponibilizar sessões adicionais, especialmente nas semanas seguintes à perda, com especial atenção ao impacto emocional e a possíveis reativações de experiências traumáticas ou perdas anteriores. Além disso, participantes que tiveram contacto direto com a morte (por exemplo, quem encontrou o corpo), pode beneficiar de apoio mais intensivo nos primeiros dias, incluindo intervenção psicológica para prevenir trauma secundário (Quinnett, 2012).

Recomenda-se a manutenção de uma vigilância atenta e continuada durante pelo menos dois meses, reavaliando o impacto da perda ao fim de seis meses. Com compaixão, organização e supervisão é possível cuidar dos/as sobreviventes e integrar a perda de forma construtiva (Quinnett, 2012).

### 3.5. Outras recomendações específicas

#### *E quando um/a paciente morre por suicídio?*

- **Reconhecer os limites da avaliação e da intervenção em situações de suicídio**

Apesar do investimento na formação contínua e da adesão às melhores práticas, é importante reconhecer que não existe uma forma infalível de prever o suicídio. A investigação atual mostra que os estados suicidários são dinâmicos e flutuantes, podendo alterar-se rapidamente. Além disso, os/as clientes podem não revelar de forma clara ou completa a sua intenção suicida, o que pode dificultar a avaliação do risco, mesmo quando esta é realizada com rigor e sensibilidade. Assim, é fundamental que os/as

Psicólogos/as saibam que mesmo as intervenções realizadas de acordo com as melhores evidências podem não ser suficientes para evitar uma morte por suicídio.

- **Falar sobre o que se está a sentir e não, necessariamente, sobre o caso**

A experiência de perder um/a cliente por suicídio pode ser uma das mais difíceis da carreira. A culpa e a vergonha sentidas por não se ter previsto e/ou evitado o suicídio, sendo um/a profissional responsável pela Saúde, segurança e bem-estar da pessoa, podem ser difíceis de gerir. As dúvidas também podem atormentar o/a Psicólogo/a – E se tivesse percebido que ele/a estava a despedir-se? E se a/o tivesse encaminhado para o Serviço de Urgências? E se algo que disse precipitou o acontecimento? E podemos ainda ter receio de um litígio judicial.

Por ser um acontecimento disruptivo, é fundamental que se possa partilhar com familiares, amigos, colegas de confiança ou em grupos de apoio específicos, o que se está a viver. Quando o trabalho é realizado em equipa, é igualmente essencial que esta se mobilize para criar um espaço seguro de partilha, revisão conjunta do caso e suporte mútuo. Nos momentos iniciais após a perda, pode ser mais importante expressar o que sente em relação a si mesmo/a, à pessoa falecida e ao acontecimento da morte.

- **Contactar a família ou pessoas significativas**

Se e quando contactar as pessoas próximas do/a cliente falecido/a, assim como o que dizer, são dúvidas frequentes. A recomendação é que se privilegie a compaixão em detrimento do silêncio, podendo o contacto entre o/a Psicólogo/a (ou entidade representante) e as pessoas facilitar a comunicação entre as partes, bem como o processo de luto (Gutin, 2019b). No entanto, qualquer tomada de decisão pode beneficiar da consultoria de colegas Psicólogos/as e/ou supervisores/as.

O primeiro contacto pode ser atempado (mas não apressado), consistindo numa comunicação simples e genuína das condolências (e.g., “Sou X, o/a Psicólogo/a que acompanhava Y. Sinto muito pela sua perda. Por favor, avise-me se houver algo que eu possa fazer”), abrindo também a possibilidade de futuras conversas – uma vez que as pessoas procuram respostas para dar sentido à perda por suicídio. O Psicólogo/a pode estar disponível para responder às questões/inquietações dos familiares, mas apenas numa fase inicial. Por questões deontológicas, recomenda-se que o/a Psicólogo/a não mantenha uma relação prolongada com os familiares, fazendo o encaminhamento dos familiares para outro/a profissional.

É recomendado que o/a Psicólogo/a apenas compareça nos momentos fúnebres se for convidado/a pelas pessoas próximas do/a falecido/a (Quinnett, 2012). Caso estas considerem que ajudaria o/a Psicólogo/a estar presente, é importante esclarecer em que momentos e como seria melhor apresentar-se às outras pessoas (Gutin, 2019b).

A vontade das pessoas próximas deve ser respeitada, assim como as suas reações – existirão casos em que a raiva e culpa pode ser direcionada para o/a Psicólogo/a. Nestas situações, é importante uma abordagem compreensiva e não inferir responsabilidades.

- **Apoiar as pessoas próximas na obtenção de ajuda**

Há que respeitar o tempo necessário para que as pessoas próximas se sintam disponíveis para conversar sobre o sucedido e obter ajuda.

É recomendado esperar pela iniciativa das pessoas próximas em continuar os contactos. Em conversas futuras, qualquer partilha de informação (e eventual quebra de confidencialidade) deve sustentar-se no julgamento clínico sobre como a informação ajudará os/as sobreviventes.

É ainda possível, em momentos oportunos, partilhar recursos (e.g., [Vamos Falar sobre Suicídio](#)) e colaborar no sentido de encaminhar para grupos de apoio (online ou na comunidade) ou, caso necessário, para um/a Psicólogo/a especialista em luto.

- **Reconhecer que o luto pode ser uma prioridade**

Nem todos/as os/as profissionais lidam com o suicídio de um/a cliente da mesma forma. Alguns podem continuar em funções, sentindo que isso os/as ajuda, outros/as podem cessá-las por algum tempo, outros/as ainda, por exemplo, podem deixar a vaga da pessoa livre no seu horário habitual de forma a criar um ritual de despedida. O importante é o/a Psicólogo/a sentir que tem o tempo e as condições que necessita para integrar a perda (Clay, 2022b).

Dependendo da relação com o/a cliente e das circunstâncias do suicídio, é possível estabelecer rituais que ajudem a integrar a perda – por exemplo, escrever uma carta de despedida, reservar um momento em silêncio no consultório, acender uma vela ou colocar uma flor num local simbólico, ler poesia que faça recordar do/a cliente, entre outros. Ainda que existam questões de confidencialidade, não é necessário viver o processo de luto sozinho/a. Procurar o suporte de colegas ou ajuda psicoterapêutica, podem facilitar no processamento emocional e

no estabelecimento de rituais, prevenindo um luto complicado.

- **Rever o caso em supervisão**

Posteriormente, e a seu tempo, é importante que o/a Psicólogo/a possa falar sobre o caso com um/a supervisor/a de confiança e, de preferência, especialista em comportamentos suicidários. A supervisão é particularmente relevante, uma vez que permite ao/a Psicólogo/a, num espaço seguro, de confidencialidade e de aprendizagem, explorar a complexidade dos motivos e da responsabilidade percebida na morte por suicídio *do/a seu/sua cliente*.

O objetivo de rever o caso de um/a cliente que morreu por suicídio é também facilitar a aprendizagem e planejar o futuro, identificando aquilo que não era possível fazer ou antecipar, lacunas nas decisões clínicas e melhorando os procedimentos e intervenções em prevenção e posvenção, bem como ajudar o/a Psicólogo/a a integrar a perda (Gutin, 2019b).

## **Como garantir uma atuação ética e legalmente sustentada no acompanhamento do risco suicidário?**

- **Fazer um registo rigoroso do processo**

Quando acompanhamos uma pessoa com um elevado risco de suicídio, adotar uma abordagem cuidadosa de gestão de risco é uma boa prática. Não só é fundamental anotar aquilo que é feito, como também importa registar o raciocínio clínico por trás das decisões tomadas – incluindo as opções não realizadas. Por exemplo, num caso em que se optou por não fazer uma chamada para verificar a segurança do/a cliente, explicar porque não se fez a chamada (e.g., poderia comprometer a aliança terapêutica ou até aumentar o risco), permite salvaguardar o/a Psicólogo/a (Clay, 2022b).

- **Cumprir com as boas práticas**

Uma forma de os/as profissionais de Psicologia se salvaguardarem do ponto de vista legal é através do cumprimento de boas práticas. Existe um consenso razoável em torno daquilo que se consideram boas práticas na avaliação e intervenção no risco de suicídio. Uma boa avaliação do risco é o primeiro passo a nível das práticas recomendadas. Identificar fatores de risco e protetores; avaliar a ideação, intenção e plano suicida, são alguns dos componentes fundamentais de uma avaliação de risco rigorosa. Com base nesta avaliação, é possível formular o nível de risco e delinear um plano de intervenção, ficando

do tudo devidamente documentado. Em segundo lugar, agir de acordo com as boas práticas implica implementar intervenções baseadas em evidências e o desenvolvimento colaborativo de planos de segurança (Knapp, 2024; Vanderpool, 2020).

O cumprimento de boas práticas envolve mais do que a aplicação mecânica de procedimentos. Os/as Psicólogos/as usam o seu julgamento clínico e aplicam ou adaptam as suas intervenções com base nas circunstâncias, necessidades, preferências e características únicas de cada pessoa acompanhada. Por exemplo, mesmo considerando a construção de um plano de segurança uma boa prática, um/a profissional pode ter de modificá-lo, adiá-lo ou abster-se de elaborar um se a pessoa acompanhada for analfabeta, tiver défices cognitivos graves, estiver em estado psicótico, sob efeito de substâncias ou tiver outra condição que torne essa intervenção ineficaz. Nestas situações específicas, e devidamente fundamentadas, é pouco provável que um perito em tribunal considere a ausência de um plano de segurança como uma violação de boas práticas (Vanderpool, 2020).

- **Manter uma boa comunicação**

Recai sobre o/a Psicólogo/a a avaliação do risco suicidário e da capacidade da pessoa para colaborar no plano terapêutico. Com o consentimento do/a cliente, pode ser benéfico envolver e informar familiares ou pessoas significativas sobre o risco suicidário e a intervenção planeada. A colaboração e envolvimento de todos/as pode contribuir para a segurança e prevenção de situações críticas (e.g., a família pode ajudar a remover meios letais ou medicação), mas também prevenir consequências legais futuras (Vanderpool, 2020).

Se a pessoa não autorizar a partilha de informação, é importante recordar que existem exceções à confidencialidade – nomeadamente, em situações de risco para a vida da própria pessoa ou de terceiros. Nestes casos, é ética e legalmente apropriado informar os familiares ou responsáveis, se estes puderem contribuir para a segurança da pessoa. Assim, e de acordo com este pressuposto, mesmo sem o consentimento do/a cliente pode ser necessário alertar outros/as profissionais de Saúde e/ou familiares que possam contribuir para a sua segurança (Vanderpool, 2020).

- **Garantir competência profissional**

A atuação ética e legal requer que os/as Psicólogos/as pratiquem dentro das suas áreas de competência, devendo, para isso, assegurar ter formação adequada, contínua e atualizada na avaliação e intervenção com pessoas em risco de suicídio. Quando neces-

sário, é indicado recorrer à supervisão ou encaminhar a pessoa para profissionais mais experientes (Knapp, 2024).

- **Gerir o abandono do processo de acompanhamento**

As situações de abandono das consultas, sem explicação, em clientes em risco de suicídio, exigem prudência. Recomenda-se enviar um contacto de cuidado, convidando a pessoa a retomar o acompanhamento. Se não houver resposta, pode ser enviado novo contacto, informando o/a Psicólogo/a de que o acompanhamento vai cessar, mas que a pessoa poderá regressar se assim o desejar. Estes registos documentam um esforço em manter o vínculo terapêutico e/ou em formalizar o encerramento da relação terapêutica (Knapp, 2024).

### *Como melhorar a formação dos/as Psicólogos/as na avaliação e intervenção no risco suicidário?*

- **Reforçar a formação especializada e prática de Psicólogos/as na avaliação e intervenção no risco de suicídio**

Reforçar a formação em suicidologia, integrando competências nucleares – relacionais, técnicas, éticas e pessoais – ao longo do percurso académico e profissional. Os planos de formação devem incluir: a compreensão dos estados suicidários como experiências flutuantes e multifatoriais, que exigem empatia, escuta ativa e flexibilidade; o treino prático de competências de avaliação e intervenção, através de *role-plays*, supervisão especializada e ferramentas baseadas em evidência; e a integração transversal de conteúdos nos cursos e/ou estágios, com espaço para reflexão pessoal, ética e profissional (Cramer et al., 2013; Rudd et al., 2008).

Um primeiro conjunto de competências essenciais prende-se com as atitudes e o posicionamento clínico: gerir as próprias reações emocionais perante o risco de suicídio; manter uma postura colaborativa com o/a cliente; conciliar a tensão entre o objetivo clínico de prevenir o suicídio e o desejo da pessoa de terminar a dor psicológica; e avaliar realisticamente as próprias competências e limites profissionais (Cramer et al., 2013; Rudd et al., 2008).

O segundo conjunto foca-se nos conhecimentos fundamentais sobre suicídio: saber definir conceitos essenciais (e.g., ideação, intenção, letalidade), compreender a fenomenologia do suicídio e os fatores de risco e proteção envolvidos (Cramer et al., 2013; Rudd et al., 2008).

Segue-se o domínio das competências de avaliação, incluindo a capacidade de iniciar e manter uma avaliação contínua do risco, adequada ao contexto; explorar sinais de alarme, fatores de risco e proteção, intenções, planos e comportamentos suicidários; e recolher informação de fontes colaterais sempre que necessário (Cramer et al., 2013; Rudd et al., 2008).

A formulação do risco é outro aspeto central: desenvolver um julgamento clínico fundamentado sobre o risco de tentativa ou morte por suicídio, a curto e longo prazo, e registá-lo de forma clara no processo clínico (Cramer et al., 2013; Rudd et al., 2008).

No planeamento da intervenção, é essencial saber construir, em colaboração com o/a cliente, um plano de segurança claro e realista; delinear um plano de intervenção que responda às necessidades imediatas e continuadas; e assegurar a articulação com outros/as profissionais e recursos, num modelo interdisciplinar (Cramer et al., 2013; Rudd et al., 2008).

Na gestão contínua da intervenção, importa definir procedimentos clínicos e/ou institucionais para um acompanhamento próximo; aplicar princípios de gestão de crise; e manter a documentação do processo de avaliação clara e regular, incluindo decisões clínicas, planos de intervenção, contactos com outros profissionais e evolução (Cramer et al., 2013; Rudd et al., 2008).

Também se destaca a competência em questões legais e éticas, nomeadamente: conhecer a legislação nacional relativa à confidencialidade e gestão do risco; compreender os desafios legais associados à documentação clínica; e garantir os direitos da pessoa, incluindo a sua privacidade e a proteção dos seus dados (Cramer et al., 2013; Rudd et al., 2008).

Por fim, é fundamental promover competências de autocuidado como parte integrante da prática profissional nestes contextos. O acompanhamento de pessoas com elevado risco suicidário pode ser emocionalmente exigente. O autocuidado ajuda a prevenir o desgaste e a manter a disponibilidade emocional do/a Psicólogo/a. Pode incluir práticas de autorreflexão, distanciamento emocional saudável, e o recurso a supervisão ou intervisão (Cramer et al., 2013; Rudd et al., 2008).

Documento elaborado com a colaboração de  
**Inês Areal Rothes | CP 11160**  
**Marta Brás | CP 7826**  
**Pedro Frazão | CP 4433**

# Referências Bibliográficas

Alte da Veiga, F. (2013). Epidemiologia. In C.B. Saraiva, Bessa Peixoto, & D. Sampaio (Coordenadores), *Suicídio e Comportamentos Autolesivos: Dos Conceitos à Prática Clínica* (77-84). Lisboa: Lidel, Edições Técnicas.

Al-Mateen, C. S., Jones, K., Linker, J., O'Keefe, D., & Cimolai, V. (2018). Clinician response to a child who completes suicide. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 27(4), 621–635. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2018.05.006>.

Amorim, J. (2024). *Há 20 anos que não se registavam tantos suicídios entre os jovens*. Retirado de <https://www.jn.pt/nacional/artigo/ha-20-anos-que-nao-se-registavam-tantos-suicidios-entre-os-jovens/17834901>.

Andriessen, K., Krysinska, K., Hill, N. T., et al., & Pirkis, J. (2019). Effectiveness of interventions for people bereaved through suicide: A systematic review of controlled studies of grief, psychosocial and suicide-related outcomes. *BMC Psychiatry*, 19(1), 49. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2020-z>.

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T).

Armour, M. (2006). Violent death: Understanding the context of traumatic and stigmatized grief. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 14(4), 53–90. [https://doi.org/10.1300/J137v14n04\\_04](https://doi.org/10.1300/J137v14n04_04).

Baier-Mosch, F., Weiher, G. M., & Kananian, S. (2025). Determining what is common: A theoretical account of common factors in psychotherapy through the lens of Self-Determination Theory. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1007/s10879-025-09664-y>.

Bellini, S., Erbuto, D., Andriessen, K., Milelli, M., Innamorati, M., Lester, D., Sampogna, G., Fiorillo, A., & Pompili, M. (2018). Depression, hopelessness, and complicated grief in survivors of suicide. *Frontiers in Psychology*, 9, 198. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00198>.

Berardelli, I., Rogante, E., Sarubbi, S., et al., & Pompili, M. (2022). Is lethality different between males and females? Clinical and gender differences in inpatient suicide attempters. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(20), 13309. <https://doi.org/10.3390/ijerph192013309>.

Bernecker, S., Zuromski, K., Curry, J., ... & Bryan, C. (2019). Economic Evaluation of Brief Cognitive Behavioral Therapy vs Treatment as Usual for Suicidal US Army Soldiers. *JAMA Psychiatry*, 77(3), 256–264.

Blasco-Fontecilla, H., Jaussent, I., Olié, E., ... & Courtet, P. (2014). A cross-sectional study of major repeaters: A distinct phenotype of suicidal behavior. *Primary Care Companion for CNS Disorders*, 16(10). <https://doi.org/10.4088/PCC.14m01633>.

Bongar, B. (2002). *The suicidal patient: Clinical and legal standards of care* (2nd ed.). American Psychological Association.

Briggs, S., Netuveli, G., Gould, N., ... & Lindner, R. (2019). The effectiveness of psychoanalytic/psychodynamic psychotherapy for reducing suicide attempts and self-harm: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 214(6), 320–328. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.32>.

Bryan, C. (2022). *Rethinking suicide: Why prevention fails, and how we can do better*. EUA: Oxford University Press.

Campos, R. C., Holden, R. & Santos, S. (2017). Exposure to suicide in the family: Suicide risk and psychache in individuals who have lost a family member by suicide. *J Clin Psychol*, 74(3), 407–417.

Campos, R. C. (2024). Avaliação psicológica e risco suicidário: Algumas notas reflexivas [Psychological assessment and suicide risk: Some reflexive notes]. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 71(1), 13–21. <https://doi.org/10.21865/RIDEP71.1.02>.

Carvalho, A., Bessa Peixoto, A., Saraiva, C., ... & Gomes, S. (2013). *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (2013-2017)*. Portugal: Direção Geral da Saúde, Programa Nacional de Saúde Mental.

Cavanagh, J., Carson, A., Sharpe, M. & Lawrie, S. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 33, 395–405.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2024). *Risk and Protective Factors for Suicide*. Retirado de: <https://www.cdc.gov/suicide/risk-factors/index.html>.

Cerel, J., Brown, M. M., Maple, M., ... & Flaherty, C. (2019). How many people are exposed to suicide? Not six. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(2), 529–534. <https://doi.org/10.1111/sltb.12450>.

Cerel, J., Jordan, J. R., & Duberstein, P. R. (2008). The impact of suicide on the family. *Crisis*, 29(1), 38–44. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.29.1.38>.

Chang, S. S., Stuckler, D., Yip, P., & Gunnell, D. (2013). Impact of 2008 global economic crisis on suicide: Time trend study in 54 countries. *BMJ*, 347, 5239. <https://doi.org/10.1136/bmj.f5239>.

Chu, J. P., Goldblum, P., Floyd, R., & Bongar, B. (2010). The cultural theory and model of suicide. *Applied and Preventive Psychology*, 14(1–4), 25–40. <https://doi.org/10.1016/j.appsy.2011.11.001>.

Chu, C., Buchman-Schmitt, J. M., Stanley, I. H., ... & Joiner, T. E. (2017). The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. *Psychological Bulletin*, 143(12), 1313–1345. <https://doi.org/10.1037/bul0000123>.

Chu, J., Robinett, E. N., Ma, J. K. L., Shadish, K., & Bongar, B. (2018). Cultural versus classic risk and protective factors for suicide. *Death Studies*, 43(1), 56–61. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1430085>.

- Clay, R. A. (2022a). How to assess and intervene with patients at risk of suicide. *Monitor on Psychology*, 53(4), 40. <https://www.apa.org/monitor/2022/06/continuing-education-suicide>.
- Clay, R. A. (2022b). Coping with a patient's suicide: Here's how to overcome the loss, support the family, and protect your practice. *Monitor on Psychology*, 53(6), 79. <https://www.apa.org/monitor/2022/09/coping-patient-suicide>.
- Cramer, R., Johnson, S., McLaughlin, J., Rausch, E. & Conroy, M. (2013). Suicide Risk Assessment Training for Psychology Doctoral Programs: Core Competencies and a Framework for Training. *Train Educ Prof Psychol*, 7(1), 1-11.
- Crenshaw, K. (1990). Mapping the margins: intersectionality, identity politics, and violence against women of colour. *Stanford Law Review*, 43, 1241-1299.
- Cole, E. (2009). Intersectionality and research in psychology. *American Psychologist*, 64, 170–180.
- Connors, M., Draper, B., Wand, A., De Leo, D. & Reppermund, S. (2025). Suicide and self-harm in older adults. *Nature Reviews Psychology*.
- Dattani, S., Rodés-Guirao, L., Ritchie, H., Roser, M., & Ortiz-Ospina, E. (2023). *Suicides*. Our World in Data. <https://ourworldindata.org/suicide>.
- De Beurs, D., Fried, E. I., Wetherall, K., ... & O'Connor, R. C. (2019). Exploring the psychology of suicidal ideation: A theory-driven network analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 120, 103419. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103419>.
- de la Torre-Luque, A., Pemau, A., Ayad-Ahmed, W., ... & Ayuso-Mateos, J. L. (2023). Risk of suicide attempt repetition after an index attempt: A systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 81, 51–56. [10.1016/j.genhosppsych.2023.01.007](https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2023.01.007).
- DeCou, C. R., Comtois, K. A., & Landes, S. J. (2019). Dialectical Behavior Therapy is effective for the treatment of suicidal behavior: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 50(1), 60–72. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.03.009>.
- DeJong, T. M., Overholser, J. C., & Stockmeier, C. A. (2010). Apples to oranges? A direct comparison between suicide attempters and suicide completers. *Journal of Affective Disorders*, 124(1–2), 90–97. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.10.020>.
- Díaz-Oliván, I., Porrás-Segovia, A., Barrigón, M. L., Jiménez-Muñoz, L., & Baca-García, E. (2021). Theoretical models of suicidal behaviour: A systematic review and narrative synthesis. *The European Journal of Psychiatry*, 35(3), 181–192. <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2021.02.002>.
- Dixon, S. (2021). Law enforcement suicide: The depth of the problem and best practices for suicide prevention strategies. *Aggressive and Violent Behavior*, 61, 1-12.
- Douppnik, S. K., Rudd, B., Schmutte, T. ... & Marcus, S. C. (2020). Association of Suicide Prevention interventions with subsequent suicide attempts, linkage to follow-up care, and depression symptoms for acute care settings: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 77, 1021–30.
- Ellis, T. E., & Patel, A. B. (2012). Client suicide: What now?. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 277–287. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2010.12.004>.
- Eurostat (2024). *Deaths by suicide in the EU down by 13% in a decade*. Retirado de: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/w/edn-20240909-1>.
- Favril, L., Yu, R., Geddes, J., & Fazel, S. (2023). Individual-level risk factors for suicide mortality in the general population: An umbrella review. *The Lancet Public Health*, 8, 868–877. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(23\)00207-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(23)00207-4).
- Favril, L., Yu, R., Uyar, A., Sharpe, M., & Fazel, S. (2022a). Risk factors for suicide in adults: Systematic review and meta-analysis of psychological autopsy studies. *Evidence-Based Mental Health*, 25(4), 148–155. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2022-300549>.
- Favril, L., Shaw, J. & Fazel, S. (2022b). Prevalence and risk factors for suicide attempts in prison. *Clin Psychol Rev*, 97, 1-36.
- Feigelman, W., Gorman, B. S., & Jordan, J. R. (2009). Stigmatization and suicide bereavement. *Death Studies*, 33(7), 591–608. <https://doi.org/10.1080/07481180902979973>.
- Ferguson, M., Rhodes, K., Loughhead, M., McIntyre, H., & Procter, N. (2022). The effectiveness of the Safety Planning Intervention for adults experiencing suicide-related distress: A systematic review. *Archives of Suicide Research*, 26(3), 1022–1045. <https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1915217>.
- Ford, J., Thomas, F., Byng, R., & McCabe, R. (2021). Asking about self-harm and suicide in primary care: Moral and practical dimensions. *Patient Education and Counseling*, 104(4), 826–835. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.09.037>.
- Forrest, L., Beccia, A., Exten, C., Gehman, S. & Ansell, E. (2023). Intersectional Prevalence of Suicide Ideation, Plan, and Attempt Based on Gender, Sexual Orientation, Race and Ethnicity, and Rurality. *JAMA Psychiatry*, 80(10), 1037-1046.
- Freeman, A., Mergl, R., Kohls, E., ... & Rummel-Kluge, C. (2017). A cross-national study on gender differences in suicide intent. *BMC Psychiatry*, 17(234), 1-11.
- Garrard-Black, N. (2024). Grief is a human experience, not a diagnosis that needs fixing: clinicians must modify their thinking and ways of grief therapy. *International Journal of Psychology*, 9(3), 31–63. <https://doi.org/10.47604/ijp.2794>.
- Goldblatt, M. J., Ronningstam, E., Herbstman, B., & Schechter, M. (2020). Therapists' reactions to the suicide of a patient: traumatic loss impairing bereavement and growth. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 43(2), 78–86. <https://doi.org/10.1080/01062301.2021.1892905>.

- Gorse, M. (2020). Risk and protective factors to LGBTQ+ youth suicide: A review of the literature. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 39, 17–28. <https://doi.org/10.1007/s10560-020-00710-3>.
- Gross, C., Oehlke, S-M., Prillinger, K., ... & Kothgassner, O. (2024). Efficacy of mentalization-based therapy in treating self-harm: A systematic review and meta-analysis. *Suicide Life Threat Behav*, 54, 317-337.
- Gusmão, R., Ramalheira, C., Conceição, V., Severo, M., Mesquita, E., Xavier, M. & Barros, H. (2021). Suicide time-series structural change analysis in Portugal (1913-2018): Impact of register bias on suicide trends. *Journal of Affective Disorders*, 291, 65-75. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.04.048>.
- Gutin, N. J. (2019a). Losing a patient to suicide: What we know. *Current Psychiatry*, 18(10), 15-32. <https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/CP01810014.PDF>.
- Gutin, N. J. (2019b). Losing a patient to suicide: Navigating the aftermath. *Current Psychiatry*, 18(11), 17-24. <https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/CP03111017.PDF>.
- Gutin, N., McGann, V. M., & Jordan, J. R. (2011). The impact of suicide on professional caregivers. In J. Jordan & J. McIntosh (Eds.), *Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors* (pp. 93–111). Routledge.
- Instituto Nacional de Estatística (2024). *Taxa de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente*. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0003736&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0003736&contexto=bd&selTab=tab2).
- Jobes, D. A. (2012). The Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS): An evolving evidence-based clinical approach to suicidal risk. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(6), 640–653. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2012.00119.x>.
- Jobes, D. A., & Rizvi, S. L. (2024). The use of CAMS and DBT to effectively treat patients who are suicidal. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1354430. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1354430>.
- Jobes, D., Au, J. & Siegelman, A. (2015). Psychological approaches to suicide treatment and prevention. *Curr Treat Options Psych*, 2, 363-370.
- Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.
- Joo, S., Wang, S., Kim, T., Seo, H., Jeong, J., Han, J. & Hong, S-C. (2015). Factors associated with suicide completion: A comparison between suicide attempters and completers. *Asia-Pacific Psychiatry*, 8(1), 80–86. <https://doi.org/10.1111/appy.12216>.
- Jordan, J. R. (2020). Lessons learned: Forty years of clinical work with suicide loss survivors. *Frontiers in Psychology*, 11, 766. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00766>.
- Kapusta, N., Tran, U., Rockett, I., ... & Sonneck, G. (2011). Declining Autopsy Rates and Suicide Misclassification: A Cross-national Analysis of 35 Countries. *Arch Gen Psychiatry*, 68(10), 1050-1057.
- Ki, M., Lapierre, S., Gim, B., ... & Mishara, B. (2024). A systematic review of psychosocial protective factors against suicide and suicidality among older adults. *International Psychogeriatrics*, 36(5), 346–370. <https://doi.org/10.1017/S104161022300443X>.
- King, M., Semlyen, J., Tai, S. S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., & Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self-harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*, 8, 70. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-70>.
- Kirshenbaum, J. S., Pagliaccio, D., Bitran, A., Xu, E., & Auerbach, R. P. (2024). Why do adolescents attempt suicide? Insights from leading ideation-to-action suicide theories: A systematic review. *Translational Psychiatry*, 14(1), 266. <https://doi.org/10.1038/s41398-024-02914-y>.
- Khazanov, G. K., Xu, C., Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., & Thase, M. E. (2021). Adding cognitive therapy to antidepressant medications decreases suicidal ideation. *Journal of Affective Disorders*, 281, 183–191. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.032>.
- Kleiman, E. M., Turner, B. J., Fedor, S., ... & Nock, M. K. (2017). Examination of real-time fluctuations in suicidal ideation and its risk factors: Results from two ecological momentary assessment studies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(6), 726–738. <https://doi.org/10.1037/abn0000273>.
- Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015). The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114–129. <https://doi.org/10.1521/ijct.2015.8.2.114>.
- Klonsky, E. D., May, A. M., & Saffer, B. Y. (2016). Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 307–330. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204>.
- Klonsky, E. D., Saffer, B. Y., & Bryan, C. J. (2018). Ideation-to-action theories of suicide: A conceptual and empirical update. *Current Opinion in Psychology*, 22, 38–43. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.07.020>.
- Klonsky, E. D., Pachkowski, M. C., Shahnaz, A., & May, A. M. (2021). The three-step theory of suicide: Description, evidence, and some useful points of clarification. *Preventive Medicine*, 152, 106549. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106549>.
- Knapp, S. (2024). Laws, Risk Management, and Ethical Principles When Working With Suicidal Patients. *Professional Psychology: Research and Practice*, 55(1), 1-10.
- Kothgassner, O. D., Goreis, A., Robinson, K., ... & Plener, P. L. (2021). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 51(7), 1057–1067. <https://doi.org/10.1017/S003329172100135>.
- Kuramoto, S. J., Brent, D. A., & Wilcox, H. C. (2009). The impact of parental suicide on child and adolescent offspring. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39(2), 137–151. [10.1521/suli.2009.39.2.137](https://doi.org/10.1521/suli.2009.39.2.137).

- Lai, J., Rhee, E. & Nicholas, D. (2017). Suicidality in Autism Spectrum Disorder: a Commentary. *Advances in Neurodevelopmental Disorders*, 1, 190-195.
- Lawrence, R. E., Oquendo, M. A., & Stanley, B. (2016). Religion and suicide risk: A systematic review. *Archives of Suicide Research*, 20(1), 1–21. <https://doi.org/10.1080/13811118.2015.1004494>.
- Levi-Belz, Y., & Birnbaum, S. (2022). Depression and suicide ideation among suicide-loss survivors: a six-year longitudinal study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(24), 16561. <https://doi.org/10.3390/ijerph192416561>.
- Levi-Belz, Y., & Gilo, T. (2020). Emotional distress among suicide survivors: The moderating role of self-forgiveness. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 341. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00341>.
- Levi-Belz, Y., Krysinska, K. & Andriessen, K. (2023). What Do We Know about Suicide Bereavement, and What We Can Do to Help Suicide-Loss Survivors?. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 20(8).
- Linde, K., Treml, J., Steinig, J., Nagl, M., & Kersting, A. (2017). Grief interventions for people bereaved by suicide: A systematic review. *PLOS ONE*, 12(6), e0179496. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179496>.
- Linehan, M. M., & Wilks, C. R. (2015). The course and evolution of Dialectical Behavior Therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 69(2), 97–110. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.2.97>.
- Lovero, K. L., Dos Santos, P. F., Come, A. X., Wainberg, M. L., & Oquendo, M. A. (2023). Suicide in global mental health. *Current Psychiatry Reports*, 25(6), 255-262. <https://doi.org/10.1007/s11920-023-01423-x>.
- Łyszczarz, B. (2021). Production losses attributable to suicide deaths in European Union. *BMC Public Health*, 21(950), 1-12.
- Mathias, C. W., Furr, R. M., Sheftall, A. H., Hill-Kapturczak, N., Crum, P., & Dougherty, D. M. (2012). What's the harm in asking about suicidal ideation? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(3), 341–351. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2012.00951.x>.
- Melhem, N., Moutier, C. Y., & Brent, D. A. (2023). Implementing evidence-based suicide prevention strategies for greatest impact. *Focus*, 21(2), 117–128. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20220078>.
- Mewton, L., & Andrews, G. (2016). Cognitive behavioral therapy for suicidal behaviors: Improving patient outcomes. *Psychology Research and Behavior Management*, 9, 21–29. [10.2147/PRBM.S84589](https://doi.org/10.2147/PRBM.S84589).
- Miranda-Mendizabal, A., Castellvi, P., Parés-Badell, O., ... & Alonso, J. (2019). Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: Systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *International Journal of Public Health*, 64(2), 265–283. <https://doi.org/10.1007/s00038-018-1196-1>.
- Mitchell, A. M., & Terhorst, L. (2016). PTSD symptoms in survivors bereaved by the suicide of a significant other. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 23(1), 61–65. [10.1177/1078390316673716](https://doi.org/10.1177/1078390316673716).
- Mitchell, A. M., Wesner, S., Brownson, L., Dysart-Gale, D., Garand, L., & Havill, A. (2006). Effective communication with bereaved child survivors of suicide. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 20(2), 136. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2006.00060.x>.
- Moore, M., Cerel, J., & Jobes, D. A. (2015). Fruits of Trauma? Posttraumatic growth among suicide bereaved parents. *Crisis* 36, 241–248. [10.1027/0227-5910/a000318](https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000318).
- Motto, J. A., & Bostrom, A. G. (2001). A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatric Services*, 52(6), 828–833. [10.1176/appi.ps.52.6.828](https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.6.828).
- National Institute of Mental Health (2024). *Ask Suicide Screening Questions: Suicide Risk Screening Tool*. Retirado de [https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/documents/research/research-conducted-at-nimh/asq-tool-kit-materials/asq-tool/screening\\_tool\\_asq\\_nimh\\_toolkit\\_0.pdf](https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/documents/research/research-conducted-at-nimh/asq-tool-kit-materials/asq-tool/screening_tool_asq_nimh_toolkit_0.pdf).
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., ... & Williams, D. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British Journal of Psychiatry*, 192(2), 98–105. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.040113>.
- Nock, M., Deming, C., Fullerton, C., ... & Ursano, R (2013). Suicide Among Soldiers: A Review of Psychosocial Risk and Protective Factors. *Psychiatry*, 76(2), 97-125.
- Nock, M., Stein, M., Heeringa, S., ... & Kessler, R. (2014). Prevalence and Correlates of Suicidal Behavior Among Soldiers: Results From the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers (Army STARRS). *JAMA Psychiatry*, 71(5), 514-522.
- Nock, M., Millner, A., Joiner, T., ... & Kessler, R. (2018). Risk Factors for the Transition from Suicide Ideation to Suicide Attempt: Results from the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers (Army STARRS). *J Abnorm Psychol*, 127(2), 139-149.
- O'Connor, R. (2021). *When it is darkest: Why people die by suicide and what we can do to prevent it*. London: Vermilion.
- O'Connor, R., & Kirtley, O. (2018). The integrated motivational-volitional model of suicidal behavior. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 373(1754), 20170268. <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>.
- O'Connor, E., Rhodes, K., Procter, N., ... & Ferguson, M. (2024). The experiences of consumers, clinicians and support persons involved in the safety planning intervention for suicide prevention: A qualitative systematic review and meta-synthesis. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1482924. [10.3389/fpsy.2024.1482924](https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1482924).
- Oexle, N., Herrmann, K., Staiger, T., Sheehan, L., Rüsche, N., & Krumm, S. (2018). Stigma and suicidality among suicide attempt survivors: A qualitative study. *Death Studies*, 43(6), 381–388. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1474286>.

- Pemau, A., Marin-Martin, C., Diaz-Marsa, M., ... & Ayuso-Mateos, J. (2024). Risk factors for suicide reattempt: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 54, 1897–1904. <https://doi.org/10.1017/S0033291724000904>.
- Quinnett, P. (2012). *What to do if a Patient Dies by Suicide: Guidelines for Professionals*. Coalition of Clinician-Survivors (CCS). <https://www.cliniciansurvivor.org/postventionguidelines>.
- Richardson, R., Connell, T., Foster, M., ... & Zeng, I. S. (2024). Risk and protective factors of self-harm and suicidality in adolescents: An umbrella review with meta-analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 53(8), 1301–1322. <https://doi.org/10.1007/s10964-024-01969-w>.
- Robison, M., Udupa, N. S., Rice, T. B., ... & Rogers, M. L. (2024). The interpersonal theory of suicide: State of the science. *Behavior Therapy*, 55(6), 1158–1171. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2024.04.008>.
- Rogers, M. L., Gai, A. R., Lieberman, A., Musacchio Schaffer, K., & Joiner, T. E. (2022). Why does safety planning prevent suicidal behavior? *Professional Psychology: Research and Practice*, 53(1), 33–41. <https://doi.org/10.1037/pro0000427>.
- Rothes, I., Henriques, M. & Correia, R. (2013). Suicídio de um paciente: a experiência de médicos e psicólogos portugueses. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31(2), 168-178.
- Rudd, M. & Bryan, C. (2021). The Brief Suicide Cognitions Scale: Development and Clinical Application. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 1-10.
- Rudd, M., Cukrowicz, K. & Bryan, C. (2008). Core Competencies in Suicide Risk Assessment and Management: Implications for Supervision. *Training and Education in Professional Psychology*, 2(4), 219-228.
- Santos, S., Campos, R. & Tavares, S. (2014). Suicidal ideation and distress in family members bereaved by suicide in Portugal. *Death Studies*, 0, 1-10.
- Sarkhel, S., Vijayakumar, V. & Vijayakumar, L. (2023). Clinical practice guidelines for management of suicidal behaviour. *Indian Journal of Psychiatry*, 65(2), 124–130. [https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry\\_497\\_22](https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_497_22).
- Sanz-Gómez, S., Vera-Varela, C., Alacreu-Crespo, A., ... & Giner, L. (2024). Impulsivity in fatal suicide behaviour: A systematic review and meta-analysis of psychological autopsy studies. *Psychiatry Research*, 337, 115952. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.115952>.
- Serafini, G., Muzio, C., Piccinini, G., ... & Amore, M. (2015). Life adversities and suicidal behavior in young individuals: A systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(12), 1423–1446. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0760-y>.
- Shneidman, E. (1993). Suicide as psychache. *J Nerv Ment Dis*, 181(3), 145-147.
- Skopp, N. A., Smolenski, D. J., Bush, N. E., Beech, E. H., Workman, D. E., Edwards-Stewart, A., & Belsher, B. E. (2023). Caring contacts for suicide prevention: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Services*, 20(1), 74–83. <https://doi.org/10.1037/ser0000645>.
- Smith, M. M., Sherry, S. B., Checn, S., ... & Hewitt, P. L. (2018). The perniciousness of perfectionism: A meta-analytic review of the perfectionism–suicide relationship. *Journal of Personality*, 86, 522–42. <https://doi.org/10.1111/jopy.12333>.
- Snowdon, J. & Choi, N. (2020). Undercounting of suicides: Where suicide data lie hidden. *Global Public Health*, 1-9.
- Souza, K., Sosu, E. M., Thomson, S., & Rasmussen, S. (2024). A systematic review of the studies testing the integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Health Psychology Review*, 18(4), 698–722. <https://doi.org/10.1080/17437199.2024.2336013>.
- Stanley, B., & Brown, G. K. (2012). Safety planning intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 256–264. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.001>.
- Stelmach, R., Kocher, E., Kataria, I., ... & Nugent, R. (2022). The global return on investment from preventing and treating adolescent mental disorders and suicide: a modelling study. *BMJ Global Health*, 7, 1-13.
- Swift, J. K., Trusty, W. T., & Penix, E. A. (2021). The effectiveness of the Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS) compared to alternative treatment conditions: A meta-analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 51(5), 882–896. <https://doi.org/10.1111/sltb.12765>.
- Turecki, G., Brent, D., Gunnell, A., O'Connor, R., Oquendo, M., Pirkis, J. & Stanley, B. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(1), 1-22. [10.1038/s41572-019-0121-0](https://doi.org/10.1038/s41572-019-0121-0).
- Tyndal, T., Zhang, I., & Jobes, D. A. (2022). The Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS) stabilization plan for working with patients with suicide risk. *Psychotherapy*, 59(2), 143–149. <https://doi.org/10.1037/pst0000378>.
- Van Heeringen, K. (2012). Stress–diathesis model of suicidal behavior. In Y. Dwivedi (Ed.), *The neurobiological basis of suicide* (pp. 1-9). CRC Press/Taylor & Francis.
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., ... & Joiner, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575–600. <https://doi.org/10.1037/a0018697>.
- Vanderpool, D. (2020). Suicide risk management: Mitigating professional liability. In L. Gold & R. Frierson (Eds.), *Textbook of Suicide Risk Assessment and Management* (pp. 351-362). EUA: American Psychiatric Association Publishing.
- Young, I. T., Iglewicz, A., Glorioso, D., ... & Zisook, S. (2012). Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 177–186. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2/young>.
- Yöyen, E., & Keleş, M. (2024). First- and second-generation psychological theories of suicidal behaviour. *Behavioral Sciences*, 14(8), 710. <https://doi.org/10.3390/bs14080710>.

Weaver, N., Bertolacci, G., Ronsenblad, E., ... & Naghavi, M (2025). Global, regional, and national burden of suicide, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Public Health*, 10, 189-202.

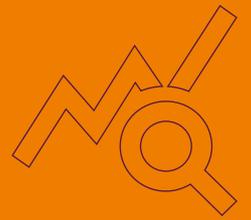
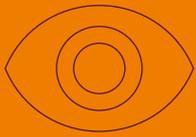
White, J. (2014). *Practice guidelines for working with children and youth at-risk for suicide in community mental health settings*. British Columbia: Ministry of Children and Family Development.

Witt, K. G., Hetrick, S. E., Rajaram, G., Hazell, P., & Salisbury, T. (2021). Interventions for self-harm in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD013667. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013667.pub2>.

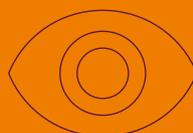
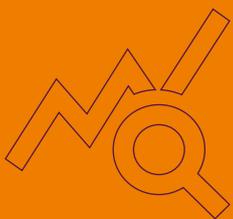
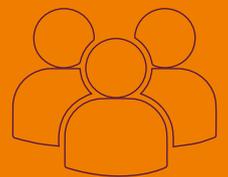
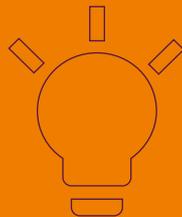
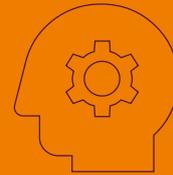
World Health Organization (2025). *Suicide*. Retirado de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.

Wu, H., Lu, L., Qian, Y., ... & Chen, H. (2022). The significance of cognitive-behavioral therapy on suicide: An umbrella review. *Journal of Affective Disorders*, 317, 142–148. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.08.067>.

Zainal, N. H. (2024). Is combined antidepressant medication (ADM) and psychotherapy better than either monotherapy at preventing suicide attempts and other psychiatric serious adverse events for depressed patients? A rare events meta-analysis. *Psychological Medicine*, 54(3), 457–472. <https://doi.org/10.1017/S0033291723003306>.



ORDEM  
DOS  
PSICÓLOGOS



[ordemdospsicologos.pt](http://ordemdospsicologos.pt)