

Protocolo de Avaliação e Abordagem de Adolescentes com Ideação Suicida nos Cuidados de Saúde Primários

Guideline for Assessment and Management of Adolescents with Suicidal Ideation in Primary Health Care

Joana COELHO SANTOS^{✉1}, Mariana MEDEIROS NEVES¹, Inês BARROCA¹, Graciela CARVALHO¹
Acta Med Port 2025 Aug;38(8):504-509 • <https://doi.org/10.20344/amp.22367>

RESUMO

O suicídio é uma das principais causas de morte na adolescência a nível global, sendo a depressão, que é a perturbação psiquiátrica que mais frequentemente cursa com ideação suicida, uma das principais causas de doença e incapacidade nesta população. A deteção, abordagem e encaminhamento de situações de risco por parte dos médicos de Medicina Geral e Familiar permite reduzir o risco de suicídio na adolescência. Este protocolo foi criado no âmbito da articulação entre o Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e da Adolescência e os Cuidados de Saúde Primários da Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental e tem como objetivo sistematizar e operacionalizar a abordagem de adolescentes com ideação suicida nos cuidados de saúde primários, potencializando a deteção precoce e a intervenção adequada ao nível de risco. Este protocolo apresenta definições de conceitos necessários à correta caracterização de ideação suicida e propõe uma abordagem ao risco de suicídio que engloba a avaliação e caracterização da ideação suicida e a avaliação do risco de passagem ao ato. A avaliação do risco de suicídio culmina com a tomada de decisão sobre o encaminhamento e o tratamento do adolescente, que pode consistir no encaminhamento imediato para o serviço de urgência, num pedido de consulta de Psiquiatria da Infância e da Adolescência ou na marcação de consultas de Medicina Geral e Familiar mais frequentes para reavaliação e encaminhamento para consulta de Psicologia, de acordo com o risco observado. São apresentadas recomendações relativas à intervenção em crise e tratamento de comorbilidades identificadas. A deteção e tratamento precoce de doenças psiquiátricas, a intervenção nos fatores de risco e a restrição de acesso de métodos de suicídio, destacando-se o acesso a medicação, destacam-se como eficazes medidas de prevenção do suicídio na adolescência.

Palavras-chave: Adolescent; Cuidados de Saúde Primários; Ideação Suicida; Portugal; Prevenção do Suicídio; Tentativa de Suicídio

ABSTRACT

Suicide is one of the main causes of death in adolescence globally, and depression, the psychiatric disorder that most often accompanies suicidal ideation, is one of the biggest causes of illness and disability in this population. The detection, approach and referral of high-risk situations by family physicians helps to reduce the risk of suicide in this age group. This guideline was created as part of the coordination between the Department of Child and Adolescent Psychiatry and the primary health care units of the Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental and aims to systematize and operationalize the approach to adolescents with suicidal ideation seen in primary health care, enhancing early detection and appropriate intervention at the level of risk. This guideline presents definitions of the concepts needed to correctly characterize suicidal ideation and proposes a suicide risk assessment approach, which includes assessing and characterizing suicidal ideation and assessing the risk of committing suicide. Suicide risk assessment culminates in a decision on the referral and treatment of the adolescent, which may consist of immediate referral to the emergency department, a request for a Child and Adolescent Psychiatry consultation or more frequent Family Medicine appointments for reassessment and referral to a Psychology clinic, depending on the level of risk observed. Recommendations for crisis intervention and treatment of identified comorbidities are presented. Early detection and treatment of psychiatric illnesses, intervention in risk factors and restricting access to suicide methods, especially access to medication, stand out as effective measures to prevent suicide in adolescence.

Keywords: Adolescent; Portugal; Primary Health Care; Suicidal Ideation; Suicide, Attempted; Suicide Prevention

INTRODUÇÃO

A adolescência é um período crítico de aprendizagem, crescimento e descubrimento, mas também de grande vulnerabilidade psicológica. A depressão é uma das maiores causas de doença e incapacidade entre os adolescentes, sendo também a patologia que mais frequentemente cursa com pensamentos de morte e ideação suicida (IS).¹

O suicídio, extremamente raro antes da puberdade, torna-se progressivamente mais frequente ao longo da adolescência,^{1,2} sendo a quarta causa de morte em adolescentes com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos a nível global.³ Os rapazes morrem mais por suicídio e as raparigas apresentam mais IS e tentativas de suicídio.^{1,4}

Assim, a identificação de adolescentes em risco e a sua adequada abordagem são foco central nas políticas de

saúde mental.⁵ Dada a sua posição privilegiada na prestação de cuidados próximos à população, os médicos de Medicina Geral e Familiar são agentes indispensáveis no reconhecimento de situações de risco para suicídio e no seu correto encaminhamento.²

O objetivo deste protocolo é sistematizar e operacionalizar a abordagem de adolescentes com IS nos cuidados de saúde primários, potencializando a deteção precoce e a intervenção adequada ao nível de risco. É proposta uma abordagem de avaliação do risco de suicídio que estratifica os doentes em três níveis de risco, cada um correspondendo a um diferente tipo de encaminhamento. Esta abordagem é também apresentada em fluxograma para uma fácil interpretação e consulta em contexto clínico.

1. Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e da Adolescência. Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental. Lisboa. Portugal.

✉ Autor correspondente: Joana Coelho Santos. jcsantos@ulslo.min-saude.pt

Received/Received: 23/10/2024 - **Accepted/Accepted:** 27/02/2025 - **Published Online/Published Online:** 07/04/2025 - **Published/Published:** 01/08/2025

Copyright © Ordem dos Médicos 2025



Apesar de ter sido criado no âmbito da articulação entre o Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e da Adolescência e os Cuidados de Saúde Primários da Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, este documento apresenta aplicabilidade extensível a outras unidades locais de saúde.

MÉTODOS

Revisão bibliográfica

Este protocolo tem como principal referência o “Manual para Profissionais de Saúde” da Campanha Nacional de Prevenção de Suicídio, tendo a informação sido complementada com revisão narrativa de literatura considerada relevante, com recurso a pesquisa na plataforma PubMed com os termos «“Suicide”[Mesh]» e «“Adolescent”[Mesh]». O processo de seleção baseou-se na análise dos títulos, resumos e, quando necessário, do texto completo para assegurar a relevância dos estudos incluídos. Foram considerados artigos de revisão em português e inglês, independentemente da sua data de publicação, em que o principal foco fosse a caracterização, avaliação ou abordagem de suicídio, ideação suicida ou comportamentos autolesivos. Também foram consultados manuais de referência de Psiquiatria da Infância e da Adolescência e dados estatísticos da Organização Mundial da Saúde.

Articulação multidisciplinar

A primeira versão do protocolo, resultante deste processo de revisão, foi discutida internamente pelos elementos da equipa do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e da Adolescência. Posteriormente, foi apresentada na reunião da equipa, tendo sido obtida a sua versão final. Esta versão do protocolo foi apresentada às equipas de vários centros de saúde da área, para validar a sua aplicabilidade prática nos cuidados de saúde primários. Foi aprovada pelo diretor clínico para os Cuidados de Saúde Primários da Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, que procedeu à sua disseminação a todos os centros de saúde, com o objetivo de que se torne procedimento. Adicionalmente, o protocolo foi apresentado nas I Jornadas de Pedopsiquiatria de Urgência no Hospital de Dona Estefânia, com aprovação da coordenação da Urgência Metropolitana de Lisboa.

Limitações

Destaca-se como limitação metodológica o facto de ter sido realizada uma revisão narrativa da literatura, com seleção de artigos com base em julgamento clínico, a que se associa um viés de seleção. Adicionalmente, este protocolo foi desenvolvido especificamente para a Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, cujas particularidades demográficas, socioeconómicas e institucionais podem não ser

representativas de outras áreas, limitando a generalização dos resultados.

Estrutura do protocolo

O protocolo final divide-se em: definições; avaliação e caracterização da ideação suicida; o risco de passagem ao ato (com discriminação de fatores de risco e fatores protetores); encaminhamento; intervenção e medidas preventivas.

A versão completa deste protocolo, com secções adicionais, pode ser encontrada no Apêndice 1 (Apêndice_01: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/22367/15644>).

DEFINIÇÕES

A aplicação deste protocolo pressupõe a uniformização dos conceitos considerados na caracterização da IS.

- **Ideação suicida:** Pensamentos e cognições sobre acabar com a própria vida, que podem ser vistos como precursores de atos suicidas.⁴⁻⁷
- **Ideação suicida ativa:** Pensamentos de agir para se matar. Por exemplo, “Eu quero matar-me” ou “Estou a pensar em suicídio”.⁸⁻¹⁰
- **Ideação suicida passiva:** O desejo ou a esperança de que a morte se sobreponha a si mesmo. Por exemplo, “Eu estaria melhor morto” ou “Espero dormir e não acordar.” É sinónimo de pensamentos de morte passivos.⁸⁻¹⁰
- **Tentativa de suicídio:** Qualquer comportamento com intencionalidade suicida, independentemente da sua real letalidade.^{5,6}
- **Comportamento autolesivo:** Comportamento sem intencionalidade suicida, mas envolvendo atos autolesivos intencionais e que pode ou não associar-se a ideação suicida. É sinónimo de ‘autolesão não suicida’ e de ‘parassuicídio’.^{1,6}

É importante ressalvar que alguns comportamentos autolesivos podem resultar em morte, apesar de não existir essa intenção.⁵ Um exemplo seria uma toma excessiva de medicação num momento de ataque de pânico/sintomatologia ansiosa contínua de elevada intensidade, em que a medicação seria ingerida com intuito de melhoria sintomática da ansiedade, mas que inadvertidamente fosse tomada numa dose superior à recomendada, acabando por se tornar letal. Nesse caso, ainda que o desfecho fosse fatal, não existia intencionalidade suicida.

AVALIAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA IDEAÇÃO SUICIDA

A avaliação do risco de suicídio^{1,10} engloba, em primeiro lugar, uma avaliação e caracterização da IS, seguida de uma avaliação do risco de passagem ao ato. Esta avaliação

baseia-se no questionamento direto sobre ideação, intenção e plano suicidas e fatores de risco. Sempre que possível, deve ser recolhida informação de várias fontes, incluindo o adolescente, família ou outros cuidadores, escola e outros adultos de referência.² Ao abordar esta temática, é importante garantir tempo a sós com o adolescente, proporcionar um ambiente confortável, manter uma atitude empática, mostrar interesse e vontade de ajudar, não julgar, e falar abertamente sobre suicídio. Não há evidência de que falar ou perguntar sobre suicídio cause ideação suicida em adolescentes.^{1,11} Não deverá ser prometida confidencialidade ao adolescente, dado esta não poder ser garantida caso exista risco de suicídio, tal como disposto no Código Deontológico da Ordem dos Médicos.

Caracterização da ideação suicida

Para caracterizar a IS, deverão ser feitas questões como “Costumas ter pensamentos sobre a morte? Com que frequência?”, “O que achas que acontece quando se morre?”, “Alguma vez desejas-te estar morto?”, “Alguma vez pensaste que o mundo seria melhor se tu morresses? Que a vida da tua família e amigos seria mais fácil se morresses?”, “Já tiveste pensamentos sobre te magoares a ti próprio? Sobre te matares? Já tiveste intenção de colocar esses pensamentos em prática? Quão forte é a tua intenção de o fazer?”, “Já pensaste em formas de acabar com a tua vida? Já começaste a elaborar os detalhes de como o fazer?”, “Alguma vez te tentaste matar? Como?”. Estas questões permitem averiguar se existe IS e, caso exista, caracterizá-la como passiva ou ativa e, nesse caso, se associada ou não a um plano estruturado e intenção de o cumprir. O plano deverá também ser caracterizado, nomeadamente no que toca ao seu detalhe, exequibilidade e letalidade.

RISCO DE PASSAGEM AO ATO

Ao ser apurada IS é necessário averiguar o acompanhante risco de passagem ao ato. Este risco resulta da avaliação de múltiplos fatores, sendo reflexo de um balanço de fatores de risco e fatores protetores. As características da IS, previamente avaliada, podem imediatamente conferir alto risco suicidário: a frequência e gravidade da IS, a exis-

tência de um plano detalhado, o acesso aos meios letais descritos no plano e a intenção expressa de o concretizar. A existência de uma tentativa de suicídio prévia é o mais forte fator preditivo de suicídio,^{1,2,9,10} destacando-se, na Tabela 1, outros fatores de risco que se encontram fortemente associados ao aumento do risco suicidário.^{1,2}

Encontrar-se-ão em maior risco de suicídio adolescentes com doença psiquiátrica, comportamentos autolesivos, impulsividade, desesperança, problemas de autoestima ou confusão identitária, consumo de substâncias, inseridos em estruturas familiares disfuncionais, doença psiquiátrica nos pais ou cuidadores, expostos a abuso/negligência, experiências negativas na escola (ex.: dificuldades académicas, isolamento, conflitos com os pares e *bullying*) ou eventos adversos de vida (ex.: perdas, ruturas afetivas, envolvimento com as autoridades, etc.).^{1,2}

Por outro lado, adolescentes com bom suporte sociofamiliar, acesso a cuidados de saúde e estratégias internas de *coping*, terão uma grande dimensão protetora.¹

É apresentada, na versão completa do protocolo, uma lista exaustiva de fatores de risco e protetores a considerar [Apêndice 1, Anexos 1 e 2, respetivamente (Apêndice_01: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/22367/15644>)].

ENCAMINHAMENTO

A avaliação do risco de suicídio culmina com a tomada de decisão sobre o encaminhamento e o tratamento do doente, garantindo a sua segurança e a resposta às necessidades identificadas, tendo em conta o risco presumido e os recursos disponíveis. A decisão pode consistir no encaminhamento imediato para o serviço de urgência, num pedido de consulta de Psiquiatria da Infância e da Adolescência ou na marcação de consultas de Medicina Geral e Familiar mais frequentes para reavaliação, com encaminhamento para consulta de Psicologia. Esta decisão depende do risco observado, tendo em conta a avaliação de ideação suicida e o risco de passagem ao ato.

Definem-se três níveis de risco:

- **Alto risco:** Adolescente com IS ativa com plano de suicídio e acesso ao método letal E/OU fatores de risco *major*. Estes adolescentes deverão ser

Tabela 1 – Fatores de risco *major* para suicídio

Fatores de risco <i>major</i>
Tentativa de suicídio prévia (o mais importante fator de risco para suicídio)
Alteração aguda do estado mental (alucinações, delírios, humor maníaco ou deprimido com desesperança, irritável, agitado ou agressivo)
Uso de substâncias
Impulsividade
Sexo masculino
Ausência de suporte social/familiar

encaminhados (com garantia da sua segurança) à urgência de Pedopsiquiatria do Hospital de Dona Estefânia com carta de informação clínica.

- Risco moderado:** Adolescente com IS passiva ou ativa sem risco de passagem imediata ao ato (por prevalência de fatores protetores). Estes adolescentes deverão ser encaminhados para consulta de Psiquiatria da Infância e da Adolescência e deverão manter consultas de vigilância/intervenção com o médico assistente até à primeira consulta hospitalar.
- Baixo risco:** Adolescente com IS passiva, sem intenção nem plano de suicídio, sem fatores de

risko major, com presença de fatores protetores. Verificando-se suporte familiar adequado, estes adolescentes devem manter acompanhamento em ambulatório no médico assistente e em consulta de Psicologia.

Em caso de dúvida no momento da decisão do encaminhamento, existe possibilidade de contacto telefónico para discussão de caso com a equipa de urgência de Pedopsiquiatria do Hospital de Dona Estefânia.

A Fig. 1 sistematiza, em fluxograma, as recomendações presentes neste protocolo, para uma fácil interpretação e consulta em contexto clínico.

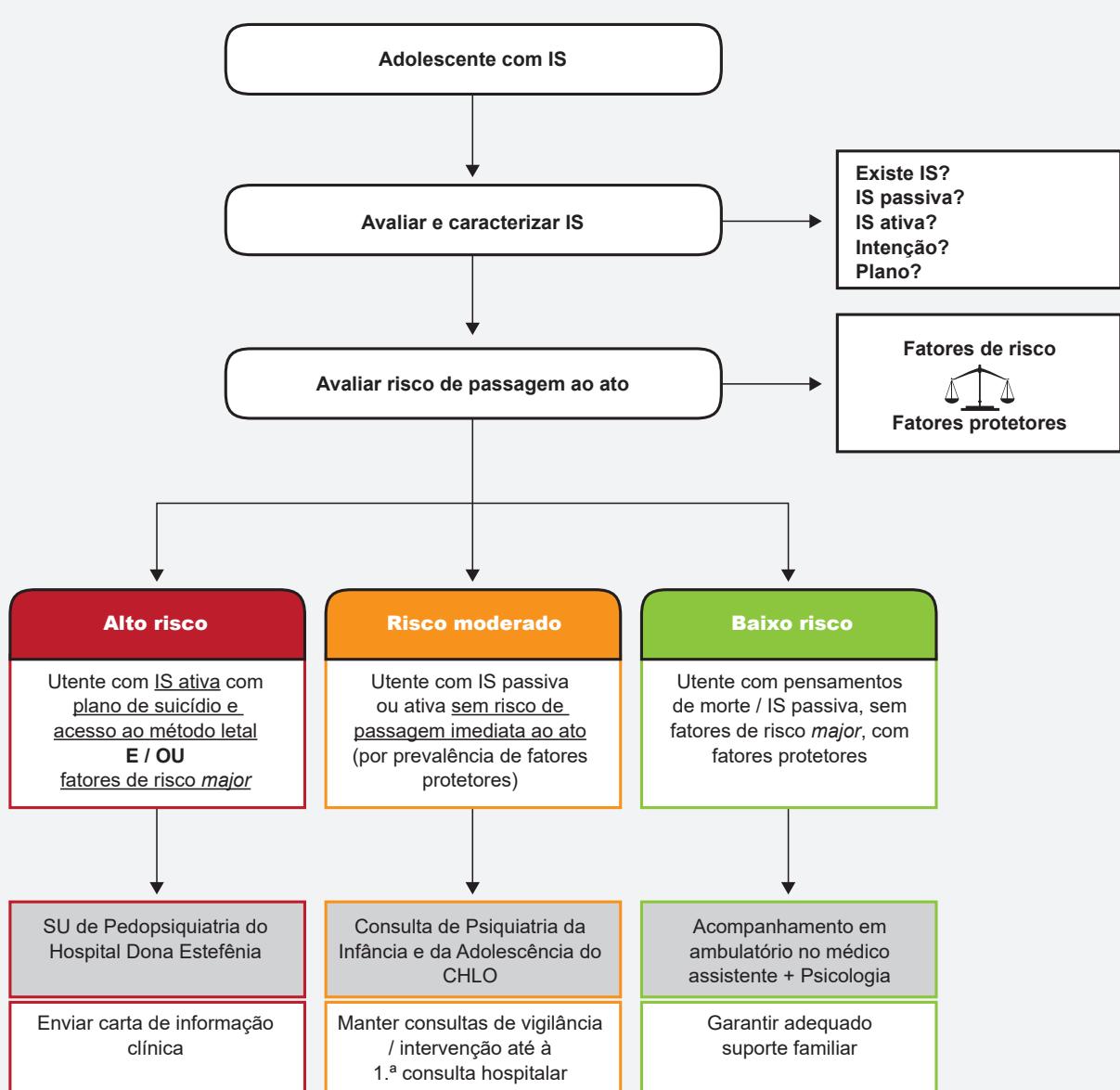


Figura 1 – Fluxograma de abordagem ao adolescente com ideação suicida

INTERVENÇÃO

A abordagem deverá englobar a intervenção em crise da ideação suicida e o tratamento de qualquer comorbilidade identificada (ex.: depressão, ansiedade).^{1,2}

Intervenção em crise

A intervenção em crise deverá incluir, em primeiro lugar, o estabelecimento de relação de confiança e colaboração, que permita explorar com o adolescente o problema atual/desencadeante e também elaborar um plano de segurança. Realça-se que um plano de segurança não é um contrato de não suicídio. Não existe evidência a favor da eficácia dos contratos de não suicídio, podendo estes, pelo contrário, prejudicar a relação terapêutica e criar falsa confiança nos técnicos e nas famílias.^{1,2,12} Assim, um plano de segurança passa por ajudar o adolescente a reconhecer quais os sinais de alarme em momentos de exacerbação de ideação suicida e quais as estratégias ao seu dispor para reduzir esses pensamentos. Estas incluem estratégias internas de *coping*, formas de distração, pessoas de confiança a quem pedir ajuda e profissionais ou serviços que podem ser contactados durante uma crise.^{1,2} É apresentada em anexo, na versão completa do protocolo, um exemplo de plano de segurança [Apêndice 1, Anexo 3 (Apendice_01: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/22367/15644>)].

A intervenção em crise implica também envolver a família/os cuidadores e a restante rede de suporte informal do adolescente, alertando para o risco e garantindo a supervisão e o apoio de um adulto nos dias seguintes, bem como a restrição de acesso a meios letais (*vide secção “MEDIDAS PREVENTIVAS”*).

O agendamento de um próximo contacto, além de garantir uma reavaliação, reforça o estabelecimento de uma relação securizante com o adolescente e potencia a sua adesão.

Tratamento de comorbilidades

O tratamento de comorbilidades deverá ser iniciado atempadamente e ser assegurado no nível de cuidados correspondente ao risco identificado. Deverá ser mantida a articulação entre os vários prestadores de cuidados de saúde, primários e hospitalares.^{1,2} As perturbações depressivas são muito frequentes na adolescência e são o grupo de patologias que mais frequentemente cursa com pensamentos de morte e ideação suicida. O seu tratamento, psicológico e/ou farmacológico, é eficaz na redução do risco de suicídio e deve ser considerado desde logo.^{1,2,4}

MEDIDAS PREVENTIVAS

A evidência mostra que a maioria dos adolescentes com depressão não é identificada nem recebe tratamento,²

que mais de 90% dos adolescentes que cometem suicídio sofrem de doença psiquiátrica no momento da sua morte e que mais de 50% destes teriam a doença há pelo menos dois anos.² Assim, a deteção e o tratamento precoces de doenças psiquiátricas são determinantes na prevenção do suicídio.

Consequentemente, também a intervenção precoce noutros potenciais fatores de risco, nomeadamente sociofamiliares (ex.: negligência, abuso, *bullying*), pode prevenir a evolução para risco suicidário.^{1,2}

A restrição de acesso a meios de suicídio (ex.: substâncias tóxicas, armas) é uma medida de saúde pública amplamente utilizada e é eficaz na prevenção de suicídio.⁴ Dada a habitual ambivaléncia associada à IS, a dificuldade de acesso a métodos de suicídio é um fator determinante de proteção, particularmente devido à impulsividade característica dos adolescentes.¹

Destaca-se a importância da restrição no acesso a medicação, dado que a ingestão medicamentosa voluntária é o método mais comum de tentativa de suicídio entre adolescentes.² O armazenamento da medicação e a vigilância da sua administração devem ser responsabilidade dos adultos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Existe uma evidente discrepância entre a prevalência de perturbações depressivas e IS na adolescência e a atual capacidade de resposta dos serviços de saúde mental da infância e adolescência, tornando-se prioritária a capacitação das equipas dos cuidados de saúde primários na avaliação e orientação destas situações clínicas. O protocolo aqui apresentado procura responder a essa necessidade, tendo como objetivo ser uma ferramenta prática que otimize a abordagem de adolescentes com IS nos cuidados de saúde primários.

Este protocolo foi criado no âmbito da articulação entre o Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e da Adolescência e os Cuidados de Saúde Primários da Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, refletindo as características sociodemográficas da população abrangida e os recursos dos serviços envolvidos. Esta limitação geográfica permitiu uma elaboração do protocolo em proximidade das equipas dos cuidados de saúde primários, facilitando a sua implementação e futura monitorização. Por outro lado, existe o potencial de expandir este protocolo a outras unidades locais de saúde, com as devidas considerações locais.

Consideramos que a criação e implementação de um mecanismo de avaliação dos resultados da aplicação deste protocolo serão cruciais para medir a sua eficácia e impacto, permitindo também melhorias futuras.

Por fim, a adoção de uma metodologia mais estruturada em estudos futuros, como a realização de uma revisão

sistemática, garantiria uma análise da literatura existente com resultados mais robustos.

AGRADECIMENTOS

Um especial agradecimento a Ana Rita Soares e Leonor Sá Machado pelo apoio prestado na revisão crítica do conteúdo.

CONTRIBUTO DOS AUTORES

JCS, MMN, IB: Desenho e elaboração do artigo, redação e revisão crítica do manuscrito, aprovação da versão final.

REFERÊNCIAS

1. Valadas MT, Barbosa P, Freitas RM, Silva SF. Prevenção do suicídio: manual para profissionais de saúde. 2021. [consultado 2023 jul 04]. Disponível em: <https://prevenir-suicidio.pt/manual-para-profissionais-de-saude/>.
2. Shaffer D, Pfeffer CR. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40:S24-51.
3. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019 global health estimates. 2021. [consultado 2023 jul 04]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>.
4. Rutter M, Bishop D, Pine D, Scott S, Stevenson J, Taylor E, et al, editors. *Rutter's child and adolescent psychiatry*. 6th ed. London: Wiley Blackwell; 2015.
5. Jans T, Vloet TD, Taneli Y, Warnke A. Suicide and self-harming behavior. In: Rey JM, Martin A, editors. *JM Rey's IACAPAP e-textbook of child and adolescent mental health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions; 2020.
6. Nock MK. Self-injury. *Annu Rev Clin Psychol*. 2010;6:339-63.
7. American Psychiatric Association. *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. 5^a ed. Washington: APA; 2022.
8. Millner AJ, Nock MK. Self-Injurious thoughts and behaviors. In: *Assessment of Disorders in Childhood and Adolescence*. 5th ed. New York: Guilford Publications; 2020.
9. Kennebeck S, Bonin L. Suicidal ideation and behavior in children and adolescents: evaluation and management. 2024. UpToDate. [consultado 2023 jul 04]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/suicidal-ideation-and-behavior-in-children-and-adolescents-evaluation-and-disposition>.
10. Schreiber J, Culpepper L. Suicidal ideation and behavior in adults. 2023. UpToDate. [consultado 2023 jul 06]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/suicidal-ideation-and-behavior-in-adults>.
11. Shain B, Committee on Adolescence. Suicide and suicide attempts in adolescents. *Pediatrics*. 2016;138:e20161420.
12. McMyler C, Pryjmachuk S. Do 'no-suicide' contracts work? *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2008;15:512-22.

GC: Revisão crítica do manuscrito, aprovação da versão final.

CONFLITOS DE INTERESSE

As autoras declararam não ter conflitos de interesse relacionados com o presente trabalho.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Este trabalho não recebeu qualquer tipo de suporte financeiro de nenhuma entidade no domínio público ou privado.