**Modelo SiS de Prevenção de Suicídio nas Escolas**

**Formulário de Avaliação de Risco de Suicídio Juvenil (SRA 2.0)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome do(a) aluno(a) |  | Data da avaliação |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Encaminhado por (nome/cargo): |  |
| Avaliado por (nome/cargo): |  |

***\*Observação: Em todas as seções, leve em consideração os conteúdos online e offline que indicam fatores de proteção ou de risco de suicídio do(a) aluno(a).***

Motivo do encaminhamento e/ou preenchimento deste formulário:

Descrição do(a) aluno(a) do(s) problema(s) e/ou evento(s) que precederam essa crise suicida (use as palavras do(a) aluno(a)):

**I. IDEAÇÃO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **O(a) aluno(a) relata pensamentos suicidas?** | | | ❑ | Sim | ❑ | Não | **Se não, vá para a Seção II** |
|  | Período: | Últimas 24 horas | ❑ | Sim | ❑ | Não |  |
|  | Semana passada | ❑ | Sim | ❑ | Não |  |
|  | Mês passado | ❑ | Sim | ❑ | Não |  |
|  | Ano passado/Há anos | ❑ | Sim | ❑ | Não |  |
| Nesse instante | | | ❑ | Sim | ❑ | Não |  |
| Quando o(a) aluno(a) lembra de ter pensamentos suicidas pela primeira vez? | | | | | | | | |
| Descreva a ideação atual nas palavras do(a) aluno(a), incluindo os eventos que desencadeadores:  O(a) aluno(a) expressou pensamentos suicidas para outras pessoas de forma online e/ou offline? | | | | | | | | |
| **Frequência** (a cada minuto /a cada hora / diariamente / semanalmente): | | | | | | |  | |
| **Duração** (alguns segundos/minutos/horas/dias): | | | | | | |  | |
| **Intensidade** (não disruptivo/completamente disruptivo): | | | | | | |  | |
| **Localização** (onde ele(a) está quando tem esses pensamentos?): | | | | | | |  | |

O que para ou interrompe a ideação? Quando e em que ambiente a ideação **não está presente**?

Qual a probabilidade de ele(a) contar a alguém sobre seus pensamentos suicidas?

**II. INTENÇÃO**

O quanto ele(a) quer **viver?** nada = 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ = muito

Quando o desejo de viver do(a) aluno(a) é mais forte? O que muda quando tem vontade de viver?

O quanto ele(a) quer **morrer?** nada = 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ = muito

Descreva a intenção nas palavras do(a) aluno(a) (quando o desejo de morrer é mais forte, quão forte é a intenção, etc.):

O quanto o(a) aluno(a) acredita que NÃO tentará o suicídio no futuro? nada = 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ = muito

**III. PLANO**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **O(a) aluno(a) relata ter um plano?** | | | ❑ | Sim | ❑ | Sem plano |
|  | | | ❑ | Específico | ❑ | Vago |
|  | | | ❑ | Iminente | ❑ | Futuro |
| **O(a) aluno(a) escreveu uma carta de suicídio (online/offline)?** | | | ❑ | Sim | ❑ | Não |
|  | | |  |  |  |  |
| **Como o(a) aluno(a) pretendia morrer?** | | | ❑ | Sem método definido | | |
| ❑ arma de fogo ❑ enforcamento ❑ asfixia ❑ objeto cortante ❑ overdose/veneno ❑ precipitação de lugar elevado ❑ outras \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| O(a) aluno(a) tem acesso aos meios? | | | ❑ | Sim | ❑ | Não ❑ S/I |
| O(a) aluno(a) sabe usar os meios? | | | ❑ | Sim | ❑ | Não ❑ S/I |
| Onde o(a) aluno(a) pretendia morrer? | | |  | | | |
| Quando o(a) aluno(a) pretendia morrer? | | |  | | | |
| Descreva **o plano de suicídio atual** nas próprias palavras do(a) aluno(a), incluindo se ele divulgou o plano online/offline: | | | | | | |
| O que **aumentaria a chance** de o(a) aluno(a) executar o plano (**gatilhos**)?  Mesmo que não haja um plano atualmente, o que aumentaria a probabilidade o(a) aluno(a) tentar o suicídio? | | | | | | |
| O que poderia **reduzir a probabilidade** de o(a) aluno(a) executar o plano?  Ou, se não houver plano, o que reduziria a probabilidade de uma tentativa de suicídio? | | | | | | |
| **O(a) aluno(a) já tentou o suicídio anteriormente?** | | | ❑ | Sim | ❑ | Não |
| Há quanto tempo? |  |  | Quantas vezes ­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| Para a tentativa mais recente: Alguém interrompeu? | | | ❑ | Sim | ❑ | Não |
| O(a) aluno(a) parou sozinho? | | | ❑ | Sim | ❑ | Não |
| Isso resultou em lesão e/ou hospitalização? | | | ❑ | Sim | ❑ | Não |
| Descreva a(s) **tentativa(s) anterior(es)** (método usado, a reação do(a) aluno(a) ao resultado, etc.) | | | | | | |

**4. FORÇAS E RECURSOS**

Quais **razões** o(a) aluno(a) tem para viver?

Qual(is) **membro(s) da família** ou **adulto(s) próximo(s)** o(a) aluno(a) identifica como figura(s) de apoio (online ou off-line)?

Qual(is) **amigo(s)/colega(s)** o(a) aluno(a) identifica como figura(s) de apoio (online ou offline)

Quem da **equipe da escola** o(a) aluno(a) identifica como figura(s) de apoio?

Em que coisas o(a) aluno(a) é bom/gosta de fazer? Que coisas o(a) aluno(a) pretende fazer no futuro?

**V. FATORES DE RISCO** (Marque: S = Sim, se aplica. N = Não, não se aplica. S/I = Não é possível avaliar)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Histórico de tentativas de suicídio |  | Arma de fogo em casa |  | Doença crônica |
|  | Recuperação/reprovação na escola |  | Insatisfação com as notas |  | Conflito com equipe da escola |
|  | Suspensão na escola |  | Crise disciplinar |  | Transtorno de conduta |
|  | Humilhação recente na frente de colegas |  | Isolamento social |  | Ansiedade |
|  | Tratado injustamente / vitimizado devido a: etnia, identidade de gênero percebida ou orientação sexual | | | | |
|  | Morte recente (suicídio) de amigo/familiar |  | Traumatismo craniano /concussão |  | TDAH |
|  | Vítima/testemunha de violência doméstica |  | Violência sexual |  | Violência física |
|  | Problemas/conflitos de relacionamento familiar |  | Negligência e/ou abandono |  | Transtorno alimentar |
|  | Transtorno do sono/insônia |  | Vítima de *(cyber)bullying* |  | Uso de substâncias |
|  | Depressão / Transtorno bipolar |  | Perpetrador de *(cyber)bullying* |  | TEPT |
|  | Sentir-se como um fardo para os outros |  | Autolesão não-suicida (por exemplo, cortes na pele) |  | Conflito com a lei |
|  | Outros: | | | | |

**VI. SOFRIMENTO/PERTURBAÇÃO INTERPESSOAL**

|  |  |
| --- | --- |
| Quão sem esperança ele(a) se sente? | nada = 1❑ 2❑ 3❑ 4❑ 5❑ = muito |
| Quanto ele(a) se sente como um fardo para os outros? | nada = 1❑ 2❑ 3❑ 4❑ 5❑ = muito |
| Quão deprimido, triste ou melancólico ele(a) se sente? | nada = 1❑ 2❑ 3❑ 4❑ 5❑ = muito |
| Quão desconectado ele(a) se sente dos outros? | nada = 1❑ 2❑ 3❑ 4❑ 5❑ = muito |
| Registre aqui o maior gatilho/estressor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Quão gatilho/estressor é essa situação de agora? | nada = 1❑ 2❑ 3❑ 4❑ 5❑ = muito |

**VII. AVALIAÇÃO DO AMBIENTE ESCOLAR**

|  |  |
| --- | --- |
| Integrante da equipe entrevistado | |
| Documentos consultados |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Mudanças recentes nas **atividades escolares**? | ❑ | Sim | ❑ | | Não | |  |
| Descreva: |  |  | |  | |  |  |
| Mudanças recentes nas **emoções/humor**? | ❑ | Sim | ❑ | | Não | |  |
| Descreva: |  |  |  | |  | |  |
| Mudanças recentes nos **pensamentos/cognições**? | ❑ | Sim | ❑ | | Não | |  |
| Descreva: |  |  |  | |  | |  |
| Mudanças recentes no **comportamento** (disciplina)? | ❑ | Sim | ❑ | | Não | |  |
| Descreva: |  |  |  | |  | |  |
| Mudanças na **aparência?** | ❑ | Sim | ❑ | | Não | |  |
| Descreva: |  |  |  | |  | |  |
| Mudanças na **interação com os colegas?** | ❑ | Sim | ❑ | | Não | |  |
| Descreva: |  |  |  | |  | |  |
| Algum **estressor socioambiental?** (por exemplo, devido a raça/ etnia, identidade sexual ou de gênero, testes acadêmicos ou atividades como uma derrota significativa nos esportes ou reuniões estressantes, apresentações em sala de aula, suspensões escolares ou mudanças de professores, pandemia, etc.) | ❑ | Sim | ❑ | | Não | |  |
| Descrever: |  |  |  | |  | |  |
| **Algum comentário indicando ideação suicida, autodestruição ou morte?** | ❑ | Sim | ❑ | | Não | |  |
| Descrever: |  |  |  | |  | |  |

**VIII. AVALIAÇÃO DOS PAIS/RESPONSÁVEIS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pai/responsável entrevistado |  | | | | |
|  | | | | | |
| **Seu(ua) filho(a) já mencionou ter pensamentos de suicídio ou morte?** | | ❑ | Sim | ❑ | Não |
| 1. Se sim, quando e com que frequência? Por favor, conte-nos se eles já receberam avaliação e/ou acompanhamento/tratamento psicológico ou psiquiátrico (incluindo hospitalização) por questões emocionais ou comportamentais, incluindo pensamentos ou comportamentos suicidas. Descreva: | | | | | |
| 1. Quanto você acha que ele(a) agirá de acordo com esses pensamentos? Por favor descreva: | | | | | |
| 1. Você consegue pensar em alguma coisa que tenha sido muito **estressante** para seu filho ultimamente, como a perda de um membro da família, mudança na estrutura familiar (por exemplo, pais se separando ou padrasto se mudando para a casa), a adaptação à vida no Brasil ou conflito entre seu(ua) filho(a) e um familiar? Por favor descreva: | | | | | |
| 1. Você notou alguma mudança no padrão que você considera normal para seu filho em termos de **comportamento** – ficando significativamente mais ativo (por exemplo, envolvendo-se em comportamentos de risco, autolesão/agitação) ou retraído (por exemplo, não participar de atividades que ele(a) faria normalmente ou problemas de sono)? Descreva: | | | | | |
| 1. Você notou alguma mudança no padrão que você considera normal para seu filho em termos de **emoções** – ficando significativamente mais emotivo (por exemplo, triste, irritado, assustado) ou menos emotivo (por exemplo, quieto, retraído/recluso, letárgico) do que o habitual? Por favor descreva: | | | | | |
| 1. Você notou alguma mudança no padrão que você considera normal para seu filho em termos de **pensamentos** – significativamente mais preocupado ou significativamente menos capaz de se concentrar e/ou focar em alguma coisa? | | | | | |
| 1. Seu filho conhece alguém que tenha morrido por suicídio ou que tentou de suicídio? Se sim, quem e quando? | | | | | |

**IX . SITUAÇÃO NO MOMENTO DA AVALIAÇÃO (Assinale todos os que se aplicam)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Estado emocional | | ❑ | Dentro dos limites normais |  |  |
| ❑ | Entorpecido/ “Aéreo” | ❑ | Triste | ❑ | Ansioso |
| ❑ | Irritado | ❑ | Raivoso | ❑ | Assustado |
| ❑ | Outros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |  |
| Estado cognitivo | | ❑ | Dentro dos limites normais |  |
| ❑ | Sem esperança sobre o futuro | ❑ | Culpando a si mesmo | ❑ | Culpando os outros |
| ❑ | Distante (dissociado) | ❑ | Pensamento rígido | ❑ | Confuso |
| ❑ | Alucinações auditivas, visuais e táteis | ❑ | Capacidade de compreensão empobrecida | ❑ | Julgamento empobrecido |
| ❑ | Outros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ❑ | Dificuldade com a fala | ❑ | Fora da realidade |
| Estado comportamental | | ❑ | Dentro dos limites normais |  |  |
| ❑ | Letárgico | ❑ | Agitado | ❑ | Impulsivo |
| ❑ | Movimentos anormais | ❑ | Ameaçador | ❑ | Arriscando-se |
| ❑ | Outros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |

**X. RESUMO DA AVALIAÇÃO DE RISCO**

1. **Baixo risco:** Nenhuma ideação ou ideação passageira que não interfere nas atividades da vida diária; não relata desejo de morrer (ou seja, intenção), não tem plano específico, apresenta poucos fatores de risco e tem fatores de proteção identificáveis.
2. **Risco moderado:** Relata ideação suicida frequente com intensidade e duração limitadas; tem alguns planos específicos para morrer por suicídio, mas nenhuma intenção relatada. Demonstra alguns fatores de risco, mas é capaz de identificar razões para viver e outros fatores de proteção.
3. **Alto risco:** relata ideação suicida frequente, intensa e duradoura. Relata planos específicos, incluindo escolha de métodos letais e tem posse/acesso ao método. O(a) aluno(a) apresenta múltiplos fatores de risco e identifica poucos ou nenhum fator de proteção. Se o(a) aluno(a) escreveu uma nota de suicídio, é imediatamente considerado de alto risco.

**NÍVEL GERAL DE RISCO (resumo):** O(a) aluno(a) atende aos critérios para risco de suicídio **baixo/moderado/alto com base nas seguintes informações** *(Se um aluno e encaixar entre dois níveis, considere a categoria de risco mais alto por precaução)*:

* Estado de risco atual (comparado ao estado anterior ou à linha de base, se conhecida):
* Recursos disponíveis na escola, em casa e na comunidade:
* Mudanças previsíveis que podem aumentar ou diminuir o risco:

**XI. MEDIDAS TOMADAS / RECOMENDAÇÕES**

As ações tomadas devem corresponder diretamente ao nível de risco identificado acima, em conjunto com os procedimentos do seu distrito escolar[[1]](#footnote-1). Em todos os casos, os pais devem ser informados que você conversou com o filho deles.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Foi avaliado em conjunto com outro Profissional de Saúde Mental da Escola, Coordenador/Responsável pelo Programa de Prevenção do Suicídio? | ❑ | Sim | ❑ | Não |
| Pais/responsáveis foram contactados? | ❑ | Sim | ❑ | Não |
| O Formulário de Fornecimento de Informações foi assinado? | ❑ | Sim | ❑ | Não |
| Foi enviado aos os pais/responsáveis? | ❑ | Sim | ❑ | Não |
| Uma Cópia da SRA foi fornecida para encaminhamento a um profissional? | ❑ | Sim | ❑ | Não |
| Cópias do SRA e do Plano de Segurança fornecidas aos pais/responsáveis? | ❑ | Sim | ❑ | Não |
| Um plano de segurança foi desenvolvido/revisado/atualizado? | ❑ | Sim | ❑ | Não |
| É recomendada a remoção do método/meio? | ❑ | Sim | ❑ | Não |
| Se está em tratamento, o(a) psicólogo(a)/psiquiatra do(a) aluno(a) foi contactado? | ❑ | Sim | ❑ | Não |
| Se não estiver em tratamento, foi oferecido algum encaminhamento aos pais? | ❑ | Sim | ❑ | Não |
| ❑ Psicologia ❑ Psiquiatria ❑ CAPS ❑ Ambulatório de Saúde Mental ❑Consultório de terapia ❑ Centro de crise / internação | | | | |
| ❑ Linhas de apoio emocional/Valorização da vida | | | | |
| Outras? Por favor descreva: | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Assinatura e credenciais do avaliador |  | Data |
| **Revisados por:** |  |  |
|  |  |  |
| Nome e credenciais |  |  |
|  |  |  |
| Assinatura |  | Data |
|  |  |  |
| Assinatura dos pais |  | Data |

***Nota:*** *Este formulário destina-se ao* ***uso por profissionais de saúde mental qualificados que foram treinados em avaliação de suicídio juvenil****. Para uma explicação mais detalhada de como usar este formulário, consulte o capítulo 6 de* Erbacher, Singer and Poland (2022): *Suicide in Schools: A Practitioner's Guide to Multi-Level Prevention, Assessment, Intervention and Postvention (Segunda edição).* Editora Routledge*.*

1. Essa é a realidade dos Estados Unidos, no Brasil não temos essa influência do distrito escolar. Verificar o que se aplica na sua localidade. [↑](#footnote-ref-1)