



AULA LIVRE · LÓGICA PSICOLÓGICA

Avaliação da intencionalidade suicida e plano de segurança

Dois instrumentos que mudam a conduta quando o tema aparece na sessão: avaliar a intencionalidade com método, e construir com o paciente um plano que ele consiga usar sozinho, no pior momento.

PROFESSOR E PSICÓLOGO CLÍNICO

Júlio Gonçalves

MSc · CRP 12/17614

Aprenda muito mais na

Comunidade Lógica Psicológica

Uma comunidade para quem quer:

- Ψ **Aprofundar o raciocínio clínico** com conteúdos que unem ciência, processos e análise funcional.
- Ψ **Estruturar uma prática ética e coerente**, com pensamento crítico e evidências atualizadas.
- Ψ **Desenvolver o self clínico** por meio de supervisão, leituras guiadas e construção em rede.

[Clique aqui e saiba mais](#)



O ESSENCIAL

- Ψ **Quando o tema aparece, o enquadre muda.** A pauta da sessão para. Avaliação de risco e plano de segurança passam à frente do que estava sendo trabalhado.
- Ψ **Avaliar intencionalidade é diferente de avaliar sofrimento.** Motivação, significado da morte, estado mental, tentativas prévias, existência de plano e fatores de risco compõem o quadro.
- Ψ **O nível de risco define a conduta, não o diagnóstico.** Risco baixo pede trabalho sobre fatores de risco; moderado e alto exigem plano de segurança construído imediatamente.
- Ψ **Crise aguda é transitória — e essa é a psicoeducação central.** O paciente precisa saber que o pico passa, e ter à mão o que fazer enquanto passa.
- Ψ **O plano só funciona se for do paciente.** Construído com ele, com as palavras dele, impresso e acessível em vários lugares. Plano guardado no prontuário não protege ninguém.

Quando o tema aparece, o enquadre muda

Ideação suicida é fenômeno complexo e multifatorial, e quase sempre exige abordagem estruturada — não improviso, não intuição.

A regra prática que abre a aula é a mais importante de todas: **quando o paciente traz pensamento ou comportamento dentro do campo da ideação suicida, para-se o que estava sendo feito.** A pauta da sessão cede lugar à prevenção e à redução do comportamento de risco. Depois disso, o tratamento segue focado nessa demanda.

Dois instrumentos organizam esse trabalho: a **avaliação da intencionalidade** e o **plano de segurança**. O primeiro responde a que distância se está do risco; o segundo dá ao paciente o que fazer quando o risco chegar.

Um mito que precisa cair antes de tudo

Perguntar diretamente sobre ideação suicida **não induz o comportamento** nem aumenta a ideação — é achado consistente na literatura (Dazzi et al., 2014). O receio de “plantar a ideia” é um dos motivos pelos quais profissionais deixam de perguntar, e deixar de perguntar é o que custa caro.

Avaliar a intencionalidade

O instrumento pode ser preenchido pelo próprio profissional, a partir do que colhe ao longo das sessões, ou aplicado como questionário. O que importa é que os componentes sejam cobertos — e não a forma.

O que compõe a avaliação

- Ψ **Precipitantes** — o que está desencadeando; que problemas estão levando ao comportamento de risco.
- Ψ **Motivação** — o que ele quer alcançar. Livrar-se de um sentimento? De um problema? Da dor?
- Ψ **Significado da morte** — o que morrer representa para essa pessoa. Fim da dor, do vazio, de uma situação insuportável.
- Ψ **Estado mental atual** — desesperança, desespero, colapso existencial, embotamento afetivo, instabilidade do humor, ansiedade e inquietação, impulsividade, raiva, vergonha, dor, insônia, vazio, constrição cognitiva. Quanto pior o estado, maior o risco.
- Ψ **Nível de intencionalidade** — de ideias passivas de morte, que a pessoa rejeita, até ideias persistentes e incontroláveis, com o alívio antecipado e a percepção de que seria a única saída.
- Ψ **Tentativas prévias** — número, data da mais recente, intencionalidade e letalidade envolvidas. É dos preditores mais robustos.
- Ψ **Plano** — existência, grau de detalhamento, providências em curso, disponibilidade de acesso.

Sobre a constrição cognitiva

Vale isolar esse item porque explica muito do que se vê em sessão: **a pessoa não consegue olhar para evidências contrárias** nem acessar motivos para viver. Não é teimosia nem má vontade — é um estreitamento do campo que a própria crise produz, e que se reverte quando ela passa. Saber disso muda a conduta: não se discute; espera-se a janela abrir.

Fatores de risco a rastrear

Transtorno mental; tentativa prévia; uso de álcool; história de violência física ou sexual; exposição ao suicídio de alguém próximo; suicídio na família; isolamento e ausência de rede de apoio; conflitos e rupturas afetivas; desemprego e ruína financeira; desonra; rigidez e perfeccionismo; conflito de identidade; dor; alta hospitalar recente; não adesão ao tratamento.

Quanto mais fatores presentes, maior a intencionalidade — e quanto mais fatores se resolvem, mais se preserva a vida do paciente. Essa é a lógica que orienta o trabalho de médio prazo.

Instrumentos validados existem, e convém conhecê-los

A avaliação estruturada apresentada aqui organiza a coleta clínica. Para quem quiser ancorar em instrumentos com propriedades psicométricas estabelecidas, as referências no campo são a **Columbia–Suicide Severity Rating Scale** (Posner et al., 2011) e as escalas clássicas de Beck para ideação e para intenção suicida. Nenhum instrumento substitui a entrevista — mas usar um validado facilita comunicação entre profissionais e sustenta melhor o registro.

Os três níveis, e o que cada um pede

- Ψ **Risco baixo** — pensamentos suicidas ocasionais, sem plano.
- Ψ **Risco moderado** — pensamentos suicidas com plano de ação, sem caráter imediato.
- Ψ **Risco alto** — pensamentos, plano e meios disponíveis, com caráter imediato.

A classificação existe para definir onde focar:

Do nível de risco à conduta

BAIXO Pensamentos ocasionais, sem plano	CONDUTA Trabalhar os fatores de risco presentes
MODERADO Pensamentos e plano, sem caráter imediato	CONDUTA Construir o plano de segurança na própria sessão
ALTO Pensamentos, plano e meios, com caráter imediato	CONDUTA Plano imediato e articulação com psiquiatria e rede

Risco não é atributo estável, é estado: a classificação de hoje não vale para o mês que vem, e alta hospitalar recente é período de risco elevado.

No risco baixo, o trabalho é sobre os **fatores de risco** — entender em quais deles o paciente está inserido e começar a resolvê-los. É trabalho de médio prazo e é o que efetivamente reduz risco ao longo do tempo.

No risco moderado e no alto, constrói-se **imediatamente** o plano de segurança. Não na próxima sessão, não como tarefa de casa: ali.

Duas coisas que a estratificação não dispensa

Reavaliação. Risco não é atributo estável; é estado. A classificação de hoje não vale para o mês que vem, e a alta hospitalar recente — que consta como fator de risco — é justamente um período de risco elevado.

Articulação. Risco moderado e alto pedem coordenação com psiquiatria e, conforme o caso, com a rede de urgência. Sustentar sozinho um caso de alto risco não é mérito clínico.

A psicoeducação que sustenta o plano

O plano de segurança abre com psicoeducação, e ela não é preâmbulo — é o que faz o resto funcionar.

A crise é transitória

A mensagem central é a **temporiedade do estado mental**: o pico da ideação passa. O paciente pode ter vários episódios ao longo de um dia, e com a estratégia certa consegue reduzir a intensidade de cada um.

Uma precisão sobre a duração

Foi mencionada uma janela crítica de cerca de dez a vinte minutos. O **princípio está correto e é muito bem sustentado**: estudos com sobreviventes mostram que o intervalo entre a decisão e a tentativa é frequentemente muito curto — em parcela expressiva dos casos, inferior a dez minutos (Simon et al., 2001; Deisenhammer et al., 2009).

A duração exata, porém, varia muito entre pessoas e episódios, e apresentá-la como número fixo pode gerar expectativa que a experiência do paciente desmente — com o custo de ele concluir que “nem isso funciona comigo”. A formulação mais segura é a qualitativa: **o pico é breve e passa, e o plano existe para atravessar esse intervalo.**

Os outros pontos da psicoeducação

- Ψ **Vínculo com o diagnóstico.** Frequentemente há um quadro de base — depressivo, bipolar, de personalidade — que precisa ser tratado para que o risco diminua ao longo do tempo.
- Ψ **Sobrecarga é fator de risco.** Reduzir carga interpessoal, cognitiva e emocional deixa a pessoa em melhores condições de lidar com os problemas que restarem.
- Ψ **A causa não é ela.** A ideação resulta de interação complexa de múltiplos fatores — conflitos, desemprego, transtorno, perdas, ruína financeira. **Não é falha de caráter nem incapacidade de lidar com a vida**, e dizer isso explicitamente tem efeito clínico.

- Ψ **Sinais de alerta existem e são reconhecíveis** — é o que o passo 1 do plano vai mapear.
- Ψ **Rede de apoio.** Muitas vezes é preciso ampliá-la, e orientar quem acompanha a pessoa.
- Ψ **Desconstruir estigmas** — fraqueza, falta de fé, ingratidão pela vida. Eles impedem o pedido de ajuda.

A validação que abre a porta

A postura sugerida merece registro porque é contraintuitiva e é correta: **validar que, diante de tanto sofrimento, aquela parece de fato a saída mais viável** — e, na sequência, oferecer-se para trabalhar em outras saídas, começando pelo curto prazo.

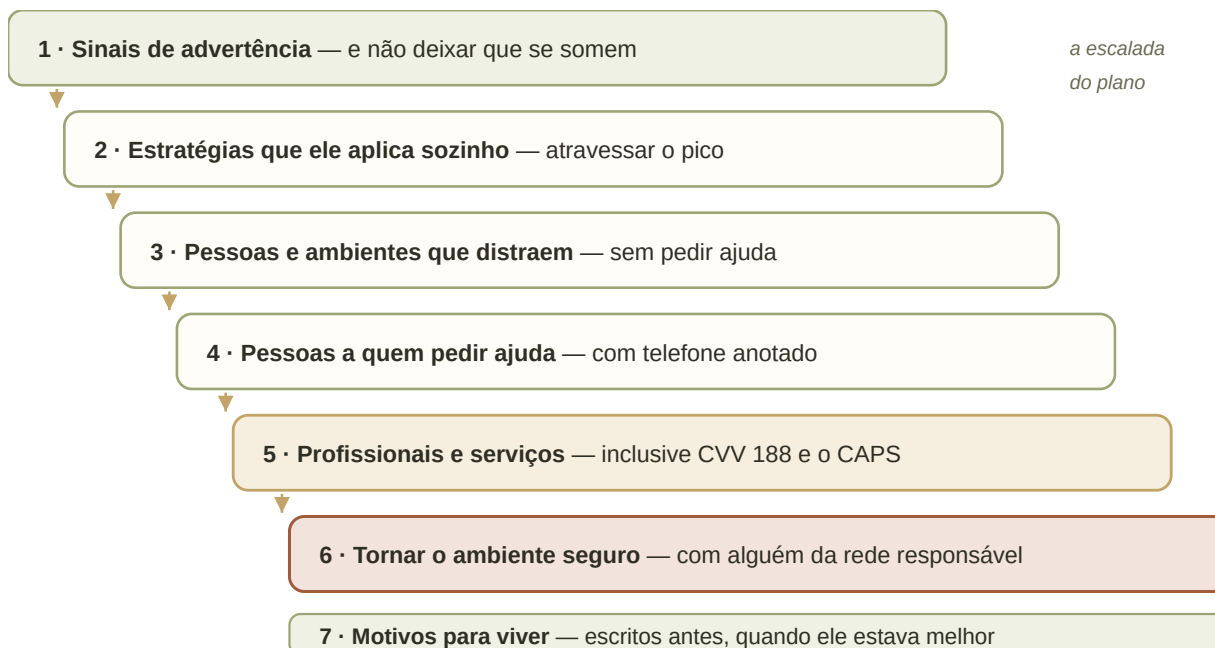
Não é concordar. É reconhecer a lógica interna do sofrimento em vez de discuti-la — o que, na prática, é o que permite que a conversa continue.

O plano de segurança, passo a passo

O plano é instrumento **personalizado e dinâmico**, entregue ao paciente. A estrutura apresentada corresponde, em linhas gerais, à intervenção de plano de segurança descrita por Stanley e Brown (2012), que é a referência com melhor sustentação empírica no campo.

Uma observação de formato que vale reter: o plano é montado em **duas colunas**, em fluxo contínuo, e não em linhas separadas — a organização visual contínua facilita a aplicação prática.

Os sete passos, em cascata



A escada sobe conforme a crise avança: começa no que ele faz sozinho e termina no que exige outra pessoa. O passo 7 é o contrapeso da constrição cognitiva — no meio da crise ele não acessa nada disso sem a lista pronta.

Passo 1 — Sinais de advertência

Os gatilhos que podem culminar em crise: brigas, isolamento, ruminação sobre pessoas específicas, sensações de desrealização e despersonalização.

O ponto mais importante do passo 1

Os sinais não podem interagir. No dia em que um aparece, os outros precisam ser bloqueados: se brigou com alguém, não pode se isolar; se está ruminando e começa a desrealizar, aplica-se o plano imediatamente. **Quanto mais sinais se somam, maior o risco** — e a função do passo 1 é interromper a escalada antes que a crise se desenvolva.

Passo 2 — Estratégias que o paciente aplica sozinho

Recursos de distração e de regulação da ativação fisiológica, para atravessar o pico. Entre os discutidos: **respiração diafragmática**, ancoragem atencional no ambiente, caminhada ao ar livre, contagem regressiva, foco sustentado em um ponto fixo, leitura — vários deles especialmente úteis quando há desrealização e despersonalização.

E a orientação de método: **não se aplicam todas**. Escolhem-se algumas, com o paciente, conforme o que funciona para ele.

Uma alteração que fiz, e a razão

A aula listava também recursos baseados em **desconforto físico intenso** — choque térmico, sabor ardido, e um procedimento de fricção no mesmo local onde ocorre a autolesão. **Não os reproduzi aqui**, por três motivos.

Reproduzem a topografia do comportamento. Uma técnica que aplica estímulo doloroso ao mesmo lugar da autolesão mantém a cadeia comportamental em vez de rompê-la, e pode funcionar como ensaio.

A evidência é fraca. Estratégias de substituição são discutidas na literatura de redução de danos, mas não têm suporte que justifique apresentá-las como recurso padrão num material aberto.

Algumas têm contraindicação clínica. Recursos de choque térmico existem em protocolos estruturados, com treinamento e triagem prévia — inclusive cardiológica. Fora desse enquadre, não devem ser distribuídos como menu.

As demais estratégias da lista original — atencionais e respiratórias — foram integralmente mantidas, e dão conta do objetivo declarado: romper a ativação e atravessar o pico.

Passo 3 — Pessoas e ambientes que distraem

Um parque, um lugar de que ele goste, um amigo cuja companhia funcione. Aqui não se pede ajuda — apenas se muda de contexto.

Passo 4 — Pessoas a quem pedir ajuda

A rede de apoio operacional: pessoas a quem ele consiga dizer que está em crise e que precisa de ajuda. **Com telefone anotado** — no meio de uma crise, ninguém procura contato.

Passo 5 — Profissionais e serviços

Nome e telefone do psicólogo e do psiquiatra, e os serviços de emergência e urgência mais próximos. No Brasil, cabe incluir o **CVV (188)**, disponível 24 horas, e o CAPS de referência.

Passo 6 — Tornar o ambiente seguro

A **restrição de acesso a meios** é, isoladamente, a medida de prevenção com melhor suporte empírico na literatura (Mann et al., 2005; Zalsman et al., 2016). O objetivo é criar distância entre o impulso e a ação — porque a crise é breve e a disponibilidade decide o desfecho.

Como esta seção é tratada aqui

Este material **não enumera meios nem métodos**, em nenhum momento — o que segue as recomendações internacionais de comunicação segura sobre suicídio, aplicáveis inclusive a materiais técnicos publicados em acesso aberto.

Na clínica, a conduta é conhecida e deve ser feita: identificar com o paciente o que precisa ser afastado do alcance imediato, definir **quem** fica responsável por isso — preferencialmente alguém da rede, e não o próprio paciente — e verificar se foi feito, em vez de assumir que sim.

Passo 7 — Motivos para viver

Construir com o paciente a lista do que ainda importa e do que ele perderia. Pode ser apoiada por um instrumento de motivos para viver, com gradação de importância.

É o passo que faz a ponte com a constrição cognitiva: no meio da crise, ele não consegue acessar nada disso sozinho — por isso a lista precisa estar **escrita, pronta, e feita quando ele estava melhor**.

O plano precisa sair do consultório

Impresso e distribuído: na carteira, no armário, na mesa de cabeceira, na cozinha. A intenção é que esteja **ao alcance no momento em que a crise começa**, e não guardado.

Um plano que existe apenas no prontuário do terapeuta não protege ninguém. E vale revisá-lo periodicamente — as pessoas da rede mudam, os sinais de advertência mudam, e um plano desatualizado dá falsa segurança.

Registro, deveres e cuidados do profissional

Esta seção é acréscimo

A aula tratou dos dois instrumentos. Esta seção reúne o que os cerca e que, num material publicado, não pode ficar implícito.

Registro

Avaliação de risco, nível estimado, conduta adotada e plano construído devem estar **documentados no prontuário**, com data. Não é burocracia defensiva: é o que permite acompanhar a evolução do risco e o que sustenta a decisão clínica se ela for questionada depois.

Notificação

No Brasil, **tentativa de suicídio e demais formas de violência autoprovocada são de notificação compulsória** pelos serviços de saúde, com prazo imediato. Vale conhecer o fluxo da rede local — a obrigação existe mesmo quando a conduta clínica está bem conduzida.

Sigilo

O Código de Ética prevê a quebra do sigilo quando necessária à proteção, pelo critério do **menor prejuízo**. Em risco alto, comunicar alguém da rede é conduta protetiva — e deve ser feita, sempre que possível, **com o paciente sabendo o que será dito e a quem**. Comunicar sem avisar custa o vínculo, e o vínculo é parte do que o mantém vivo.

O que não fazer

Contrato de não suicídio não é intervenção

A prática de pedir que o paciente assine um compromisso de não se matar **não tem suporte empírico** como medida de prevenção, e pode dar ao profissional uma falsa sensação de proteção — inclusive jurídica (Rudd, Mandrusiak & Joiner, 2006). O que a evidência sustenta é o oposto: **plano de segurança construído com o paciente**, com passos que ele consiga executar.

Quem cuida de quem atende

Acompanhar caso de risco é desgastante, e o desgaste altera decisões clínicas. Supervisão, equipe e a possibilidade de dividir o caso não são conforto — são parte do manejo de risco.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória (inclui violência autoprovocada, com notificação imediata).
2. Conselho Federal de Psicologia. Resolução CFP nº 10/2005. Código de Ética Profissional do Psicólogo.
3. Dazzi, T., Gribble, R., Wessely, S., & Fear, N. T. (2014). Does asking about suicide and related behaviours induce suicidal ideation? What is the evidence? *Psychological Medicine*, 44(16), 3361–3363.
4. Deisenhammer, E. A., Ing, C.-M., Strauss, R., Kemmler, G., Hinterhuber, H., & Weiss, E. M. (2009). The duration of the suicidal process: How much time is left for intervention between consideration and accomplishment of a suicide attempt? *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(1), 19–24.
5. Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., et al. (2005). Suicide prevention strategies: A systematic review. *JAMA*, 294(16), 2064–2074.
6. Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., et al. (2011). The Columbia–Suicide Severity Rating Scale: Initial validity and internal consistency findings. *American Journal of Psychiatry*, 168(12), 1266–1277.
7. Rudd, M. D., Mandrusiak, M., & Joiner, T. E. (2006). The case against no-suicide contracts: The commitment to treatment statement as a practice alternative. *Journal of Clinical Psychology*, 62(2), 243–251.
8. Simon, T. R., Swann, A. C., Powell, K. E., Potter, L. B., Kresnow, M., & O'Carroll, P. W. (2001). Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(supl.), 49–59.
9. Stanley, B., & Brown, G. K. (2012). Safety planning intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 256–264.
10. World Health Organization. (2023). *Preventing suicide: A resource for media professionals* (atualização). WHO.
11. Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., et al. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 646–659.

NOTA DE MÉTODO

Material dirigido a profissionais. Não substitui formação específica nem supervisão.

Comunicação segura. Seguindo recomendações internacionais, o material não nomeia meios nem métodos em nenhum ponto — inclusive na seção de restrição de acesso, em que a conduta é descrita pela função. A restrição de meios é a medida isolada com melhor suporte empírico em prevenção, e nada se perde ao descrevê-la sem enumerar.

Duas alterações em relação ao conteúdo original, ambas sinalizadas no texto. Primeira: foram omitidos os recursos baseados em desconforto físico intenso listados entre as estratégias de regulação — choque térmico, sabor ardido e fricção no local da autolesão. O último reproduz a topografia do comportamento e pode manter a cadeia em vez de rompê-la; a evidência para estratégias de substituição é fraca; e recursos de choque térmico existem em protocolos estruturados, com treinamento e triagem clínica prévia, o que não se compatibiliza com uma lista aberta. As estratégias atencionais e respiratórias foram integralmente mantidas. Segunda: a janela de dez a vinte minutos foi convertida em formulação qualitativa — o princípio de que a crise aguda é breve é bem sustentado (Simon et al., 2001; Deisenhammer et al., 2009), mas a duração varia, e um número fixo pode levar o paciente a concluir que a estratégia não funciona com ele.

Acréscimos. A seção sobre registro, notificação compulsória, sigilo e contrato de não suicídio não constava da aula e foi incluída porque, num material publicado, esses pontos não podem ficar implícitos. Foram também acrescentados a ancoragem do plano na intervenção de Stanley e Brown, a menção a instrumentos validados de avaliação, e o achado de que perguntar sobre suicídio não induz o comportamento.

Levar para a prática

Marque conforme experimentar em sessão — e salve o PDF para acompanhar.

Interrompi a pauta da sessão quando o tema apareceu, e avaliei antes de seguir.

Perguntei diretamente sobre ideação, sem receio de induzir o comportamento.

Cobri motivação, significado da morte, estado mental, tentativas prévias, plano e fatores de risco.

Estratifiquei o risco e defini a conduta a partir dele — e não a partir do diagnóstico.

Construí o plano de segurança na própria sessão em risco moderado ou alto.

Escolhi as estratégias do passo 2 com o paciente, e não entreguei uma lista pronta.

Defini quem, além do paciente, fica responsável por tornar o ambiente seguro — e verifiquei.

Fiz a lista de motivos para viver enquanto ele estava melhor, e deixei escrita.

Garanti que o plano saísse impresso e ficasse acessível em vários lugares.

Registre avaliação, nível de risco e conduta no prontuário, com data.

Articulei com psiquiatria e com a rede quando o risco exigiu.

Levei o caso para supervisão ou equipe.

MINHAS ANOTAÇÕES — O QUE LEVO PARA A CLÍNICA

Para revisar — resposta

Responda com suas palavras. O PDF guarda o que você escrever. O gabarito está na página seguinte — responda antes de consultar.

1. O que muda na sua sessão no momento em que o tema aparece? Descreva a sua sequência.

2. Que componentes da avaliação de intencionalidade você costuma deixar de fora — e por quê?

3. Como você explicaria a um paciente que o pico da crise é breve, sem prometer um tempo exato?

4. Escreva como você validaria a lógica do sofrimento sem concordar com a saída.

5. Que estratégias do passo 2 você escolheria com um paciente seu? Como testaria se funcionam?

6. Quem, na rede de um paciente seu, poderia assumir a tarefa do passo 6? Como você abordaria essa pessoa?

7. Como você conduziria uma quebra de sigilo protetiva sem romper o vínculo?

8. O que você registra hoje no prontuário sobre risco? O que falta?

Gabarito

Comentários para conferência. Nas perguntas de aplicação pessoal não há resposta certa — o que se oferece são critérios para avaliar a própria resposta.

1. O que muda na sua sessão no momento em que o tema aparece? Descreva a sua sequência.

CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Uma boa resposta afirma a regra do material — **a pauta da sessão para** — e descreve uma sequência: avaliar a intencionalidade, estratificar o risco, e construir o plano de segurança ali mesmo quando o risco for moderado ou alto. Adiar para a próxima sessão é a falha mais comum.

2. Que componentes da avaliação de intencionalidade você costuma deixar de fora — e por quê?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa, e a pergunta é de autoavaliação. Os componentes são precipitantes, motivação, significado da morte, estado mental, nível de intencionalidade, **tentativas prévias** e existência de plano, além dos fatores de risco. Uma boa resposta identifica o que costuma ficar de fora e por quê — receio de perguntar, falta de rotina, ou suposição de que o paciente traria espontaneamente.

3. Como você explicaria a um paciente que o pico da crise é breve, sem prometer um tempo exato?

COMENTÁRIO

Usando a formulação **qualitativa**: o pico é breve e passa, e o plano existe para atravessar esse intervalo. O princípio é bem sustentado — o intervalo entre a decisão e a tentativa é frequentemente muito curto —, mas a duração varia entre pessoas e episódios. Prometer um tempo fixo cria expectativa que a experiência do paciente pode desmentir, com o custo de ele concluir que a estratégia não funciona com ele.

4. Escreva como você validaria a lógica do sofrimento sem concordar com a saída.

CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Uma boa validação reconhece que, **diante de tanto sofrimento, aquela parece de fato a saída mais viável** — sem concordar que seja — e, na sequência, oferece trabalhar em outras saídas, começando pelo curto prazo. O que se valida é a lógica interna do sofrimento, não a conclusão.

5. Que estratégias do passo 2 você escolheria com um paciente seu? Como testaria se funcionam?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Uma boa resposta **escolhe algumas** estratégias com o paciente, em vez de entregar a lista inteira, e privilegia recursos atencionais e respiratórios. E define como testar: aplicar fora da crise, verificar se ele consegue executar sozinho, e ajustar conforme o que de fato funciona para ele.

6. Quem, na rede de um paciente seu, poderia assumir a tarefa do passo 6? Como você abordaria essa pessoa?**CRITÉRIOS**

Não há resposta certa. Uma boa resposta escolhe alguém da rede — e **não o próprio paciente** — para assumir a tarefa de tornar o ambiente seguro, verifica se essa pessoa é de fato segura, e descreve como abordá-la com o consentimento do paciente. Verificar se foi feito é parte da conduta; presumir não é.

7. Como você conduziria uma quebra de sigilo protetiva sem romper o vínculo?**CRITÉRIOS**

Não há resposta certa. Uma boa resposta ancora a quebra no critério do **menor prejuízo** e, sempre que possível, comunica **com o paciente sabendo o que será dito e a quem**. Comunicar sem avisar custa o vínculo — e o vínculo é parte do que o mantém vivo.

8. O que você registra hoje no prontuário sobre risco? O que falta?**CRITÉRIOS**

Não há resposta certa, e a pergunta é de auditoria. Um registro adequado inclui a **avaliação de risco, o nível estimado, a conduta adotada e o plano construído**, com data e revisões. Não é burocracia defensiva: é o que permite acompanhar a evolução do risco e sustentar a decisão clínica depois.