Protocolo de Avaliação:

Protocolo Linehan de Avaliação e Manejo de Risco (LRAMP)

INSTITUTO TAMMY MARCHIORI de neuropsicologia

Protocolo Linehan de Avaliação e Manejo de Risco

LRAMP - Linehan Risk Assessment and Management Protocol

O **Protocolo de Avaliação e Manejo de Risco de Linehan (LRAMP)** é um instrumento estruturado desenvolvido no contexto da Terapia Comportamental Dialética (DBT), com o objetivo de auxiliar o profissional na **avaliação e manejo do risco suicida** de forma organizada, técnica e baseada em evidências. Diferente de instrumentos exclusivamente avaliativos, o LRAMP integra **avaliação, tomada de decisão clínica e planejamento de intervenções**, funcionando como um guia que orienta o raciocínio clínico diante de situações complexas.

O protocolo permite a identificação de **fatores de risco e fatores de proteção**, bem como a avaliação de elementos centrais do comportamento suicida, como **ideação, plano, intenção e acesso a meios letais**. Além disso, auxilia o profissional na **organização das intervenções ao longo do atendimento** e na construção de um registro clínico mais claro, coerente e fundamentado. Um aspecto importante do LRAMP é que ele não apenas orienta o que fazer, mas também favorece a explicitação do **raciocínio clínico por trás das decisões**, contribuindo para uma prática mais consistente e alinhada à evidência científica

O uso do LRAMP é indicado especialmente em situações de maior complexidade clínica, como no **início do tratamento**, em momentos de **aumento da ideação suicida**, diante de **tentativas de suicídio ou comportamentos de autoagressão**, ou quando há **relato de plano, intenção ou ameaça suicida**. Nesses contextos, o protocolo funciona como um roteiro que orienta o profissional a identificar a situação de risco, avaliar os fatores envolvidos, definir estratégias de manejo e planejar os próximos passos do cuidado. Ele pode ser utilizado após sessões clínicas ou outros contatos com o paciente, auxiliando tanto na organização do pensamento quanto na documentação do atendimento.

É importante destacar que o LRAMP é uma **ferramenta de apoio clínico**, que deve ser utilizada por profissionais capacitados e inserida dentro de uma abordagem teórica consistente. O protocolo **não substitui a avaliação clínica do profissional** e não permite prever com precisão a ocorrência de suicídio, mas contribui significativamente para uma atuação mais estruturada, segura e fundamentada diante da complexidade do comportamento suicida.

+55 11 93456-3345
instituto.tammymarchiori@gmail.com

Instituto Tammy Marchiori de Neuropsicologia

Protocolo Linehan de Avaliação e Manejo de Risco

LRAMP - Linehan Risk Assessment and Management Protocol

Nome do Cliente: _____	**Data do Contato:** ___ / ___ / _____
Pessoa que está preenchendo: _____	**Data de Hoje:** ___ / ___ / _____

SESSÃO 1 — RAZÕES PARA PREENCHIMENTO

1. **Razão para preenchimento:**

- ☐ **HISTÓRICO** de automutilação, ideação, ou tentativa de suicídio
- ☐ **NOVO** (ou primeiro relato) de ideação suicida, ou vontade de se automutilar
- ☐ **AUMENTO** da ideação suicida, ou vontade de se automutilar
- ☐ **AMEAÇA** ou outro comportamento indicando risco de suicídio iminente desde o último contato
- ☐ **TENTATIVA DE SUICÍDIO** ou automutilação desde o último contato
- ☐ Tentativa de suicídio, ou automutilação ocorreu ou estava ocorrendo durante último contato
- ☐ Outro

2. **Por favor, descreva especificamente o incidente ou o comportamento que ocorreu:**

_____

_____

_____

_____

_____

+55 11 93456-3345
instituto.tammymarchiori@gmail.com

SESSÃO 2 — AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO

3. A Avaliação Formal e Estruturada do Risco de Suicídio Atual foi:

☐ **CONDUZIDA**

☐ **NÃO CONDUZIDA, por:**

RAZÕES CLÍNICAS (marque todas que se aplicam):

☐ **Somente comportamentos de base (**típicos do cliente) como ideação/vontade de se machucar, não normalmente associados com aumento iminente de risco.

☐ Ausência de intenção ou intenção insignificante de **suicídio/automutilação** no **momento de contato**, controle de impulso parece razoável, nenhum fator de risco novo.

☐ Ausência de intenção ou intenção insignificante de **suicídio/automutilação** ao final do contato, controle de impulso parece razoável, nenhum fator de risco novo aparente, avaliação de risco realizada anteriormente.

☐ A automutilação que ocorreu **não era suicida e era superficial/pequena** (ex.: arranhão, tomar uma pílula extra da medicação).

☐ Ameaça ou ideação suicida melhor explicada como um **comportamento de fuga**, e o tratamento mais adequado é focando em fatores precipitantes ou de vulnerabilidade, ao invés de uma avaliação formal de risco de suicídio.

☐ Ameaça ou ideação suicida melhor explicada como um **comportamento operante**; a avaliação formal de risco de suicídio pode reforçar a ideação suicida.

☐ O paciente está em tratamento com outro **terapeuta primário** que recentemente avaliou ou irá avaliar o risco de suicídio; não há razão para dois.

☐ Encaminhamento do cliente para outro clínico responsável pela avaliação.

☐ Esquecimento — Plano de follow up para: _____

☐ Outra razão: _____

FATORES DE RISCO DE SUICÍDIO IMINENTE

Não Relatado / Não Observado	NÃO	UM POUCO	SIM	FATORES DE RISCO DE SUICÍDIO IMINENTES	COMENTÁRIO
☐	☐	☐	☐	Intenção suicida atual, incluindo a crença do cliente de que irá cometer suicídio ou se machucar	

+55 11 93456-3345
instituto.tammymarchiori@gmail.com

☐	☐	☐	☐	Plano e/ou preparação para suicídio atual (incluindo método e tempo específico)	
☐	☐	☐	☐	Método preferido disponível atualmente e facilmente	
☐	☐	☐	☐	Meios letais (de qualquer tipo) disponíveis atualmente e facilmente	
☐	☐	☐	☐	Pessimismo ou desesperança severa atual	
☐	☐	☐	☐	Preocupação antecipada com perdas futuras ou estressores de vida	
☐	☐	☐	☐	Insônia global atual com ideação suicida	
☐	☐	☐	☐	Agitação e inquietação motora crescente	
☐	☐	☐	☐	Inabilidade em se concentrar e tomar decisões	
☐	☐	☐	☐	Intoxicação grave por álcool	
☐	☐	☐	☐	Perda de interesse ou prazer severa (anedonia) e hipersonia	
☐	☐	☐	☐	Alta recente de hospital psiquiátrico (últimas quatro semanas)	
☐	☐	☐	☐	Está ou ficará isolado ou sozinho	
☐	☐	☐	☐	Pouca ou nenhuma rede de apoio	
☐	☐	☐	☐	Eventos de vida estressantes recentemente (perdas ou conflitos interpessoais, crises disciplinares ou legais)	
☐	☐	☐	☐	Diagnóstico recente de um transtorno mental (esquizofrenia, depressão, ansiedade)	
☐	☐	☐	☐	Diagnóstico recente de uma doença física crônica ou que ameaça a vida (câncer, HIV/AIDS, esclerose múltipla)	
☐	☐	☐	☐	Incitação de eventos para tentativas	

+55 11 93456-3345
instituto.tammymarchiori@gmail.com

				suicidas e de automutilação	
☐	☐	☐	☐	Cliente disposto a não relatar ou mentir sobre o risco	

FATORES DE RISCO — POPULAÇÃO / SETTING ESPECÍFICO

Não Relatado / Não Observado	NÃO	UM POUCO	SIM	FATOR	COMENTÁRIO
☐	☐	☐	☐	Paciente Internado — Internação por tentativa de suicídio	
☐	☐	☐	☐	Paciente Internado — Internação Involuntária	
☐	☐	☐	☐	Cadeia ou Prisão — Primeira noite de encarceramento	
☐	☐	☐	☐	Jovem — Exposição a suicídio recente (meios de comunicação, comunidade, etc.)	

FATORES PROTETIVOS AO SUICÍDIO

Não Relatado / Não Observado	NÃO	UM POUCO	SIM	FATOR	COMENTÁRIO
☐	☐	☐	☐	Esperança no futuro	
☐	☐	☐	☐	Auto-eficácia na área de problema	
☐	☐	☐	☐	Apego à vida	
☐	☐	☐	☐	Responsabilidade por alguma criança, família, ou outros, incluindo animais de estimação, a quem o cliente não abandonaria	
☐	☐	☐	☐	Cercado de uma rede de apoio protetiva	
☐	☐	☐	☐	Medo de suicídio, da morte ou de morrer, ou nenhum	

				método razoável disponível	
☐	☐	☐	☐	Medo de desaprovação social do suicídio	
☐	☐	☐	☐	Crença de que o suicídio é imoral ou que será punido	
☐	☐	☐	☐	Elevada espiritualidade e/ou religiosidade	
☐	☐	☐	☐	Compromisso com a vida e histórico de levar esse compromisso a sério, ou ter razões para confiar nesse compromisso	
☐	☐	☐	☐	Cliente está motivado a se proteger do risco	
☐	☐	☐	☐	Outro	

+55 11 93456-3345
instituto.tammymarchiori@gmail.com

SESSÃO 3 — MANEJO DE RISCO DE SUICÍDIO

8. Ações de tratamento direcionadas a comportamentos suicidas ou de automutilação:

A. ☐ Ideação e comportamento suicida NÃO FORAM O FOCO da sessão (Marque as razões):

- ☐ O cliente **NÃO É IMINENTEMENTE PERIGOSO**
- ☐ Pelas mesmas razões de não conduzir uma avaliação de risco de suicídio estruturada
- ☐ A avaliação de risco foi suficientemente terapêutica
- ☐ Outra razão: _____

B. ☐ ANÁLISE COMPORTAMENTAL de ideação e comportamentos suicidas prévios foi feita.

C. ☐ Análise da CADEIA DE EVENTOS (o que levou a e as consequências da atual ideação ou comportamento suicida/de automutilação):

- ☐ Fatores de Vulnerabilidade
- ☐ Eventos Desencadeantes
- ☐ Tentativa Suicida
- ☐ Automutilação não suicida
- ☐ Ideação suicida e vontade de se automutilar aumentada
- ☐ Ameaça de suicídio
- ☐ Outro (especifique): _____
- ☐ Consequências

Comentários (opcional): _____

+55 11 93456-3345
instituto.tammymarchiori@gmail.com

D. ☐ INTERVENÇÃO EM CRISE e/ou SOLUÇÃO DE PROBLEMAS (Marque o que foi utilizado):

- ☐ Validação das emoções e do desejo de escapar ou morrer (apoio emocional)
- ☐ Identificação de eventos que desencadearam a resposta de crise
- ☐ Formulação e resumo da situação problema com o cliente
- ☐ Trabalho para remover ou remediar eventos desencadeantes
- ☐ Oferta de conselhos e soluções para reduzir suicidabilidade
- ☐ Confrontação de crenças disfuncionais relacionadas ao suicídio ou automutilação
- ☐ Treinamento para usar habilidades que o cliente está aprendendo em terapia
- ☐ Clarificação e reforço de respostas adaptativas do cliente
- ☐ Geração de esperança e razão para viver
- ☐ Comunicação empática com o paciente para que ele não cometa suicídio ou automutilação
- ☐ Outro

Comentários na intervenção em crise: _____

E. ☐ Desenvolvimento ou revisão de um PLANO DE CRISE.

F. ☐ Comprometimento com um PLANO DE AÇÃO:

- ☐ O cliente fez um ACORDO para um plano de crise e para não se automutilar ou tentar suicídio até:

  (citação do cliente — opcional):

  _____

- ☐ O cliente concordou em REMOVER INSTRUMENTOS LETAIS

  Especificar tipo e como irá remover:_____

  _____

G. ☐ Fatores de SOLUÇÃO DE PROBLEMAS que podem interferir com plano de ação:

_____

_____

_____

_____

+55 11 93456-3345
instituto.tammymarchiori@gmail.com

H. ☐ **Antecipação da RECORRÊNCIA de respostas de crise e desenvolvimento de um plano de apoio.**

I. ☐ **Expansão da rede de apoio:**

- ☐ Planejamento para o cliente contatar a REDE DE APOIO (especificar quem): _____
- ☐ Exposição do risco à rede de apoio (descreva): _____
- ☐ Marcação de uma vinda do paciente para: _____

J. ☐ **ENCAMINHAMENTO:**

- ☐ Ao terapeuta primário: _____
- ☐ A um terapeuta que possa atender por telefone
- ☐ A uma linha telefônica para crises — Número confirmado com o paciente ☐
- ☐ Para avaliação de medicação
- ☐ Outro: _____

K. **HOSPITALIZAÇÃO CONSIDERADA, não recomendada porque:**

- ☐ O cliente **NÃO É IMINENTEMENTE PERIGOSO**
- ☐ Há existência de outro apoio ambiental disponível
- ☐ O cliente pode facilmente me contatar se as condições piorarem
- ☐ O cliente já foi hospitalizado e não houve benefícios
- ☐ Não há leitos disponíveis
- ☐ O cliente recusou
- ☐ O cliente recusou apesar dos meus argumentos em favor da internação
- ☐ O cliente não preenche critérios para internação compulsória

e/ou isso iria (marque todos que se aplicam):

- ☐ Aumentar o estigma e isolamento
- ☐ Interferir no trabalho ou escola
- ☐ Violar o acordo com o plano
- ☐ Causar encargos financeiros
- ☐ Outro: _____

+55 11 93456-3345
instituto.tammymarchiori@gmail.com

L. OUTRAS ações de tratamento — descreva:

_____

_____

_____

_____

+55 11 93456-3345
instituto.tammymarchiori@gmail.com

SESSÃO 4 — DISPOSIÇÃO FINAL

9. Eu acredito, baseado na informação atual disponível a mim (marque todas que se aplicam):

A. ☐ O cliente NÃO É IMINENTEMENTE PERIGOSO para si e estará seguro quanto ao suicídio ou automutilação até o próximo contato pelas seguintes razões:

- ☐ Os problemas que contribuem para o risco de suicídio estão sendo resolvidos
- ☐ A ideação e/ou intenção suicida reduziu ao fim do contato
- ☐ Foi feito um acordo de plano de crise e nenhuma tentativa de suicídio ou automutilação
- ☐ O plano de crises está acontecendo
- ☐ Suicidabilidade está sendo atendida pelo terapeuta primário
- ☐ Outro: _____

B. ☐ Existe algum PERIGO IMINENTE de suicídio ou automutilação. Porém, intervenções de emergência podem exacerbar, ao invés de resolver os riscos a longo prazo.

Comentários nas razões para não buscar intervenções de emergência:

_____

_____

_____

C. ☐ Intervenções de emergência são necessárias para prevenir PERIGO IMINENTE de suicídio ou automutilação:

- ☐ Foi levado ao plantão médico em:

_____

- ☐ Foi pedido avaliação para INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA (descreva):

_____

- ☐ Foi pedido para AVALIAÇÃO DE BEM-ESTAR POLICIAL
- ☐ Foi ligado para o 192 / 190 / 911 para auxílio
- ☐ Foi feita INTERNAÇÃO em: _____

No dia: _____

- ☐ Outro: _____

Comentários (opcional): _____

_____

D. ☐ **Existe DÚVIDA significativa quanto ao risco iminente — Irei pegar uma segunda opinião de:**

☐ Supervisor: _____ ☐ Expert Médico: _____

☐ Supervisor Clínico de Crise: _____ ☐ Terapeuta Primário: _____

☐ Membro da Equipe ou Colega: _____ ☐ Outro: _____

10. O cliente será REAVALIADO para risco de suicídio dentro das próximas:

☐ 12 horas — Como? _____

☐ 24 horas — Como? _____

☐ 48–72 horas — Como?

_____

☐ Na próxima sessão individual

☐ Na próxima sessão de grupo

☐ Na próxima sessão de farmacoterapia

☐ Outro — Descreva: _____

TAMMY MARCHIORI
neuropsicologia

Quer ter acesso a mais ferramentas como esta e aprofundar seus conhecimentos em Psicologia?

Se você deseja continuar aprendendo, trocar experiências e receber conteúdos relevantes para a prática clínica e para a formação profissional, convidamos você a fazer parte dos nossos ***canais oficiais*** *e da nossa* ***Pós-Graduação em Terapias Cognitivas Comportamentais com Fundamentos da Neurociência***. 📢

👉 *Entre nos grupos abaixo para ter acesso a materiais exclusivos, conteúdos atualizados e novidades do Instituto:*

NEUROTCC **WHATSAPP** **TELEGRAM** **INSTAGRAM** **NEWSLETTER**

www.intitutotammymarchiori.com.br