



PSP

PRIMEIROS
SOCORROS
PSICOLÓGICOS



PRIMEIROS SOCORROS PSICOLÓGICOS:
GUIA PARA ABORDAGEM A USUÁRIOS COM
TENTATIVA DE SUICÍDIO EM HOSPITAIS GERAIS

*Cristina Camões Sampaio Neves
Ana Paula Cunha Pereira
Carlos Alberto Sanches Pereira*



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA

MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE

**PRIMEIROS SOCORROS PSICOLÓGICOS:
GUIA PARA ABORDAGEM A USUÁRIOS COM TENTATIVA DE SUICÍDIO EM HOSPITAIS GERAIS**

**CRISTINA CAMÕES SAMPAIO NEVES
ANA PAULA CUNHA PEREIRA
CARLOS ALBERTO SANCHES PEREIRA**

Índice



PSP
PRIMEIROS
SOCORROS
PSICOLÓGICOS

<i>Apresentação</i>	06
<i>Lista de Siglas</i>	08
<i>Introdução</i>	10
<i>1. O suicídio como grave problema de saúde pública: fatos relevantes</i>	11
<i>2. Comportamento suicida</i>	14
<i>3. Definições</i>	16
<i>4. Estados mentais associados ao comportamento suicida</i>	18
<i>5. Multicausalidade do comportamento suicida</i>	21
<i>6. Mitos e verdades sobre o suicídio</i>	23
<i>7. Fatores de risco e fatores de proteção</i>	26
<i>8. Papel dos hospitais gerais na prevenção, cuidado e abordagem a usuários com tentativa de suicídio</i>	31
<i>9. A Importância da qualificação do atendimento</i>	34
<i>10. Abordagem a usuários com tentativa de suicídio em hospitais gerais</i>	37
<i>11. Primeiros Socorros Psicológicos na abordagem a usuários com tentativa de suicídio em hospitais gerais</i>	39
<i>12. Referências Bibliográficas</i>	51
<i>Anexo 1 - Plano de Segurança</i>	55
<i>Telefones importantes</i>	57

Apresentação



PSP

PRIMEIROS
SOCORROS
PSICOLÓGICOS

Este manual foi desenvolvido como produto de ensino no Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente do Centro Universitário de Volta Redonda – UniFOA.

Composto por material textual e vídeos em formato QR Code para abordar a temática do suicídio, foi elaborado como ferramenta de Educação Permanente em Saúde, com vistas a contribuir para a qualificação do atendimento a usuários com tentativa de suicídio em hospitais gerais.

A proposta é disseminar conceitos e informações sobre o comportamento suicida, apresentar estratégias possíveis de cuidado e, dessa forma, possibilitar a reflexão sobre o processo de trabalho, favorecendo a construção de saberes e fazeres, individuais e coletivos, em saúde.

Lista de siglas



PSP

PRIMEIROS
SOCORROS
PSICOLÓGICOS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CVV	Centro de Valorização da Vida
HIV/AIDS	Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
OMS	Organização Mundial da Saúde
PSP	Primeiros Socorros Psicológicos
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

Introdução

O Hospital Geral é um dos principais dispositivos para a assistência em saúde e, dentre as demandas de atendimento, encontram-se as relacionadas ao comportamento suicida. Configurando-se como um grave problema de saúde pública, o suicídio afeta populações do mundo todo, chegando a mais de 800 mil mortes por ano.

No entanto, uma parcela dessas mortes pode ser evitada por meio de um esforço integrado entre diferentes setores da sociedade e da utilização correta de estratégias de prevenção.

As portas de entrada hospitalares, os chamados Pronto-Atendimento, são de extrema importância para a prevenção do suicídio, pois é para lá que essas pessoas são levadas para obtenção dos primeiros cuidados, além de se constituírem como locais de busca de ajuda para os comportamentos suicidas.

Uma tentativa de suicídio sempre deve ser levada a sério e atuar de forma adequada nesse momento é uma das principais estratégias de prevenção, visto que uma tentativa prévia é o maior fator de risco para o suicídio.

Frequentemente, a condução das demandas emocionais relacionadas ao comportamento suicida é encaminhada aos psicólogos e psiquiatras. Entretanto, a prevenção do suicídio é responsabilidade de todos. Apesar de esses profissionais disporem do conhecimento específico para este tipo de atendimento, existem estratégias passíveis de utilização por outros profissionais da saúde. Conhecê-las poderá contribuir para uma assistência humanizada e mais adequada às necessidades desses usuários, que ultrapassam as demandas físicas, possibilitando a diminuição das mortes autoinfligidas.

Pensando nisso, esse manual foi elaborado para profissionais que atuam em hospitais gerais, em especial nas portas de entrada de urgência e emergência, com objetivo de ampliar a compreensão sobre o fenômeno do suicídio e colaborar para a construção de abordagens mais eficazes.



PSP
PRIMEIROS
SOCORROS
PSICOLÓGICOS



**O SUICÍDIO COMO
GRAVE PROBLEMA DE
SAÚDE PÚBLICA:
FATORES RELEVANTES**

A Organização Mundial de Saúde (2018) publicou em sua folha informativa dados alarmantes sobre o comportamento suicida:

- Mais de 800 mil pessoas tiram a própria vida todo ano no mundo, o que equivale a mais de 3000 mortes por dia e um suicídio a cada 40 segundos.
- O número de tentativas supera entre 10 a 20 vezes o número de suicídios.
- Em geral, os homens cometem mais suicídio do que as mulheres, mas entre estas é maior o número de tentativas de suicídio.
- Estima-se que cerca de 90% dos indivíduos que se suicidam têm algum transtorno mental.
- Os métodos mais utilizados de suicídio se referem à ingestão de pesticidas, enforcamento e armas de fogo.
- O suicídio é a segunda principal causa de morte, no mundo, entre jovens com idade entre 15 e 29 anos, no entanto, a incidência entre pessoas com mais de 70 anos é ainda mais elevada.
- O suicídio é um fenômeno que ocorre em todas as regiões do mundo, no entanto 79% dos suicídios ocorreram em países de baixa e média renda.

Essas informações demonstram a seriedade e gravidade que envolve o fenômeno do suicídio, apontando para necessidade de atuar sobre ele.

Reflexão

Propõe-se como ponto de partida, reflexões iniciais em relação ao fenômeno do suicídio:

1

Você conhece alguém que já tentou ou pensou em suicídio?

2

Você já atendeu alguém com essa demanda no seu trabalho?

3

Essa realidade faz parte do seu cotidiano de trabalho?

Observe que, de alguma maneira, o fenômeno do suicídio pode se aproximar da sua realidade, sendo essencial compreendê-lo para que consiga apoiar pessoas sob essa condição.

A large, white, stylized outline of the number '2' is positioned on the left side of the page. The background is a solid blue color with a subtle texture. A single, brown, dried leaf is resting on a light-colored, textured surface in the lower right quadrant.

COMPORTAMENTO SUICIDA

O suicídio pode ser considerado a pior das tragédias humanas, porque representa o auge de um sofrimento insuportável para quem o comete, mas também significa abalo e questionamento torturante e infindável para os que ficam (BERTOLOTE, 2012).

Desde a mais remota antiguidade, há relatos de eventos em que os seres humanos optaram pela própria morte. A forma de tratar e de compreender esse fenômeno mudou, adquirindo significados e valores diversos, de acordo com as peculiaridades de cada momento histórico. No entanto, essa “escolha” nunca foi percebida de forma corriqueira, sendo aceita e aclamada, em poucas circunstâncias, e condenável, na maioria das vezes (MINOIS, 2018).

Etimologicamente, o termo suicídio deriva do latim e significa “morte de si mesmo” (*sui- si mesmo / caedere* – ação de matar). Mas considera-se suicídio apenas a morte em que o indivíduo executa um ato, de forma consciente e intencional, utilizando um meio que ele acredita que determinará sua morte (OMS, 1998). Dessa forma, existem outras atitudes que se referem ao desejo ou ato pelo qual uma pessoa busca, propositalmente, causar lesão a si mesmo, que são os comportamentos suicidas, e incluem desde a ideação suicida, ameaças, gestos, tentativas de suicídio, até o suicídio consumado (BERTOLOTE et al., 2015).

Apesar de diversas definições e teorias acerca do tema, perpassando por correntes biológicas, psicológicas, sociais e filosóficas, o suicídio ainda se figura como um enigma e não há uma explicação universal para compreendê-lo (MINAYO, 1998).

Independente do ponto de vista pelo qual é analisado, a dimensão central está relacionada ao sofrimento que este ato causa, seja no indivíduo que externaliza o extremo de sua dor, no enfrentamento familiar e nas consequências sociais que tal ato provoca.





DEFINIÇÕES

É normal, em algum momento da vida, diante de uma dificuldade, pensar-se em resolver determinada situação morrendo. Mas quando isso se torna frequente e a pessoa passa a considerá-la seriamente, surgem ideias de morte, de estar morto ou de se suicidar, que são caracterizadas como **IDEAÇÃO SUICIDA** (BARRERO, 1999).

Para além dos pensamentos de morte, podem surgir falas que demonstram a intenção de cometer o ato suicida, configurando as **AMEAÇAS DE SUICÍDIO**. No entanto, se a pessoa começa a fazer um plano, considerando quando, como e onde consumaria o ato e toma providências para concretizar, estamos nos referindo a elaboração de um **PLANO SUICIDA** (SIMONETTI, 2018).

As **TENTATIVAS DE SUICÍDIO** estão relacionadas a passagem ao ato, ou seja, quando a pessoa apresenta um comportamento autolesivo com um desfecho não fatal, no qual há alguma evidência da intenção de se matar (O'CARROLL et al., 1996). Podem ocorrer de maneiras bastante diversas, sendo algumas planejadas com cuidado enquanto outras são feitas de maneira impulsiva.

Já o **SUICÍDIO** se refere ao ato realizado pela pessoa com o propósito de tirar a própria vida. Shneidman (1993), considerado pai da suicidologia moderna, se refere ao suicídio como a resposta a uma necessidade psíquica urgente diante de um sofrimento existencial intenso, insuportável e intolerável, sendo compreendido também como tentativa de comunicar algo e pedido de ajuda.

Existem ainda os **COMPORTAMENTOS AUTOLESIVOS SEM INTENÇÃO SUICIDA**, definidos como ato de ferir a si mesmo, deliberadamente, resultando em dano imediato a parte do corpo, sem intenção suicida e não aprovado socialmente dentro da própria cultura (QUESADA et al., 2020). Na prática, é alternativa encontrada para aliviar momentaneamente o sofrimento, a dor psíquica. Embora se distancie em muitos aspectos do comportamento suicida, existem evidências de que indivíduos que se autolesionam apresentam risco aumentado para tentar suicídio posteriormente (FRANKLIN et al., 2017).

Todas essas formas devem ser exploradas, uma vez que são importantes oportunidades para prevenção do suicídio.



ESTADOS MENTAIS ASSOCIADOS AO COMPORTAMENTO SUICIDA



Existem algumas características que frequentemente estão presentes no comportamento suicida. Compreender e atuar sobre elas poderá contribuir para uma abordagem mais adequada e eficiente.

Ambivalência

Estado afetivo que se refere ao conflito entre o desejo de morrer e de viver ao mesmo tempo. Por isso, é muito comum pessoas com tentativa de suicídio emitirem sinais ou informarem sua atitude (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2010).

Em muitos casos isso pode ser compreendido, equivocadamente, como forma de chamar atenção ou haver a desqualificação da real intenção, já que houve a busca por ajuda. É importante que a atuação profissional busque fortalecer a parte que deseja viver.

Impulsividade

São reações rápidas e não planejadas de pôr fim ao sofrimento, sem avaliação adequada das consequências, normalmente desencadeadas por vivências consideradas negativas (BRASIL, 2005; BOTEGA, 2015).

Essas respostas são passageiras, podendo durar minutos ou horas. Acalmando a crise e ganhando tempo, o profissional da saúde pode ajudar a diminuir o risco de suicídio.

Constricção Mental

Estado cognitivo em que há falta de flexibilidade e perspectiva, pois os pensamentos, sentimentos e ações estão rígidos, supervalorizando as dificuldades sem visualizar outras soluções para os problemas, encontrando no suicídio a única solução (Brasil, 2006). Esse aspecto deve ser levado em consideração na hora em que se busca fazer acordo para que a pessoa não tente suicídio, já que devido a esse estado mental a pessoa pode não conseguir cumprir o combinado. O profissional poderá estimular a reflexão para outras formas de solução e superação, que não o suicídio.



Reflexão

Você já parou para pensar por que uma pessoa pensa, tenta ou se suicida?

Muitas vezes, nos deparamos com situações em que as pessoas verbalizam um sofrimento que as levou àquele momento. Apenas isso é capaz de explicar porque um comportamento suicida acontece?

A person in a dark jacket and pants stands on a pier, looking out at a large body of water. In the background, there are mountains under a clear sky. The entire image has a greenish-blue tint. A large, white, stylized outline of the letter 'S' is positioned on the left side of the image, partially overlapping the text.

MULTICAUSALIDADE DO COMPORTAMENTO SUICIDA

O suicídio é reconhecido como um fenômeno complexo e multideterminado, isso significa que engloba o papel de fatores biológicos, psicológicos, sociais, ambientais e culturais, afetando indivíduos de diferentes origens, classes sociais, idades e orientações sexuais (BOTEGA; WERLANG, 2004). São diversas as variáveis que se interpenetram, interferindo umas nas outras de diferentes maneiras e de acordo com cada pessoa.

Os motivos aparentes são apenas a gota d'água, o gatilho, o elo final de uma longa cadeia de eventos que interagiram entre si, relacionados a situações da vida e com a sensibilidade própria de cada pessoa lidar com as experiências vivenciadas (CASSORLA, 2017). Muitas vezes, a própria pessoa sabe pouco sobre seus reais motivos ou nem mesmo consegue encontrar explicações e motivações externas para explicar o sofrimento que sente.

Reduzir o suicídio apenas a um determinado fato (como, por exemplo, porque terminou com a namorada, perdeu emprego, ou devido a um transtorno mental) é desconsiderar a complexidade do fenômeno e a história de vida individual e social da pessoa que sofre. Por isso, hoje se fala em suicídios, no plural, porque cada um responde ao sofrimento à sua maneira, revelando sua forma singular de enfrentamento dos problemas e adversidades (FUKUMITSU, 2019).

**MITOS E
VERDADES
SOBRE O
SUICÍDIO**



Quando se depara com um comportamento suicida, é muito comum ouvirem-se opiniões sobre a forma de compreender esse fenômeno. Existem algumas ideias que são disseminadas e podem levar a uma compreensão equivocada acerca desse fato. Por isso, quanto mais se conhece, mais se pode atuar e ajudar pessoas que vivenciam essa situação.

MITOS	VERDADES
Quem quer se matar não avisa.	FALSO. A maioria das pessoas dão sinais de suas intenções.
Pessoas que falam sobre suicídio só querem chamar atenção.	FALSO. A expressão do desejo pelo suicídio sempre deve ser levada a sério, pois chama atenção para uma vida que não está bem vivida.
Suicídio não pode ser prevenido.	FALSO. Nem todos os suicídios podem ser prevenidos, mas reconhecer sinais de alerta e oferecer apoio, ajuda na prevenção da maioria.
A pessoa que supera uma crise ou sobrevive a tentativa de suicídio está fora do perigo.	FALSO. Muitos suicídios podem ocorrer inclusive no período de melhora.
Uma vez suicida, sempre suicida.	FALSO. Pensamentos podem voltar, mas eles não são permanentes.
Pensar em suicídio é comum.	VERDADE. Mas apenas de 7 a 10% das pessoas que pensam em suicídio se matam.
Suicídio é um ato de coragem. Suicídio é um ato de covardia. Quem comete suicídio é louco.	FALSO. Quem tenta ou comete suicídio está em intenso sofrimento existencial.
Falar sobre suicídio pode estimular o ato	FALSO. Falar sobre suas intenções alivia a angústia e tensão que esses pensamentos trazem. A maneira que se aborda é que será o diferencial.

Fonte: Adaptado de OMS, 2006.

Reflexão

*É possível prevenir um suicídio?
É possível atuar para evitar que uma pessoa tire a própria vida?*



FATORES DE RISCO E FATORES DE PROTEÇÃO

Conhecer os fatores de risco para o suicídio pode auxiliar os profissionais de saúde na identificação de situações de perigo e crise, assim como os fatores de proteção contribuem para o enfrentamento do risco, potencializando os recursos que a pessoa já possui.

FATORES DE RISCO

Os fatores de risco associados ao comportamento suicida não são determinantes, mas encontram-se presentes com maior frequência em pessoas que cometeram o ato. Embora esta relação esteja bem estabelecida, diversos suicídios ocorrem de maneira impulsiva e em situações de crise, diante da dificuldade em lidar com situações de estresse e sofrimento. Os principais fatores de risco para o suicídio são: tentativa de suicídio prévia e transtorno mental (BRASIL, 2006).

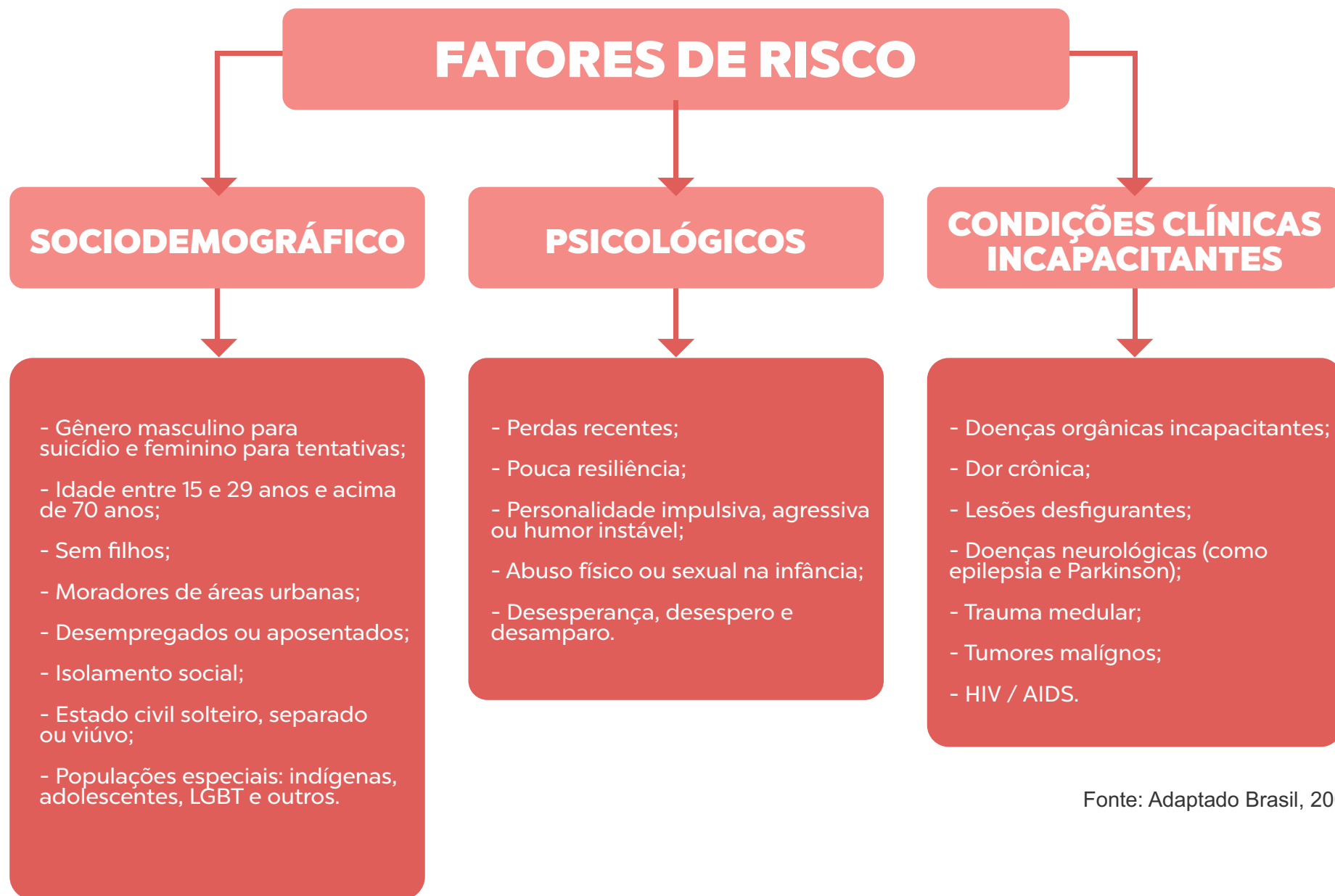
TENTATIVA DE SUICÍDIO PRÉVIA

Pessoas com histórico de tentativas de suicídio possuem cinco a seis vezes mais chances de repetir esse comportamento (BOTEGA et. al, 2006; BOTEGA, 2015), sendo o perigo maior durante os primeiros meses e anos, tendendo a diminuir ao longo do tempo. Por isso, intervir nesse momento é uma das principais estratégias de prevenção.

TRANSTORNO MENTAL

Estudos têm demonstrado que grande parcela dos suicídios estava associado a transtornos mentais, sendo os mais comuns depressão, transtorno bipolar do humor, alcoolismo/dependência de outras drogas, transtornos de personalidade e esquizofrenia (BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2002; SANTOS et. al, 2009). Os casos de comorbidades aumentam ainda mais o risco, como por exemplo, depressão e alcoolismo.

Figura 2 – Fluxograma referente aos fatores de risco para o suicídio



Fonte: Adaptado Brasil, 2006

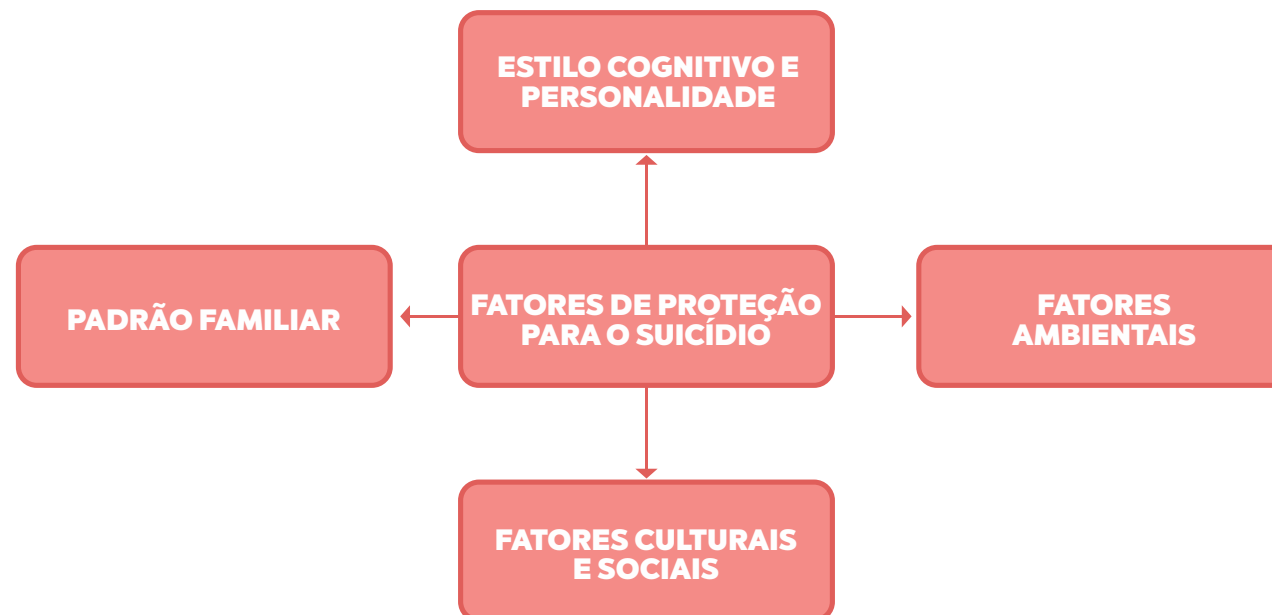
Avaliação de Risco para o suicídio

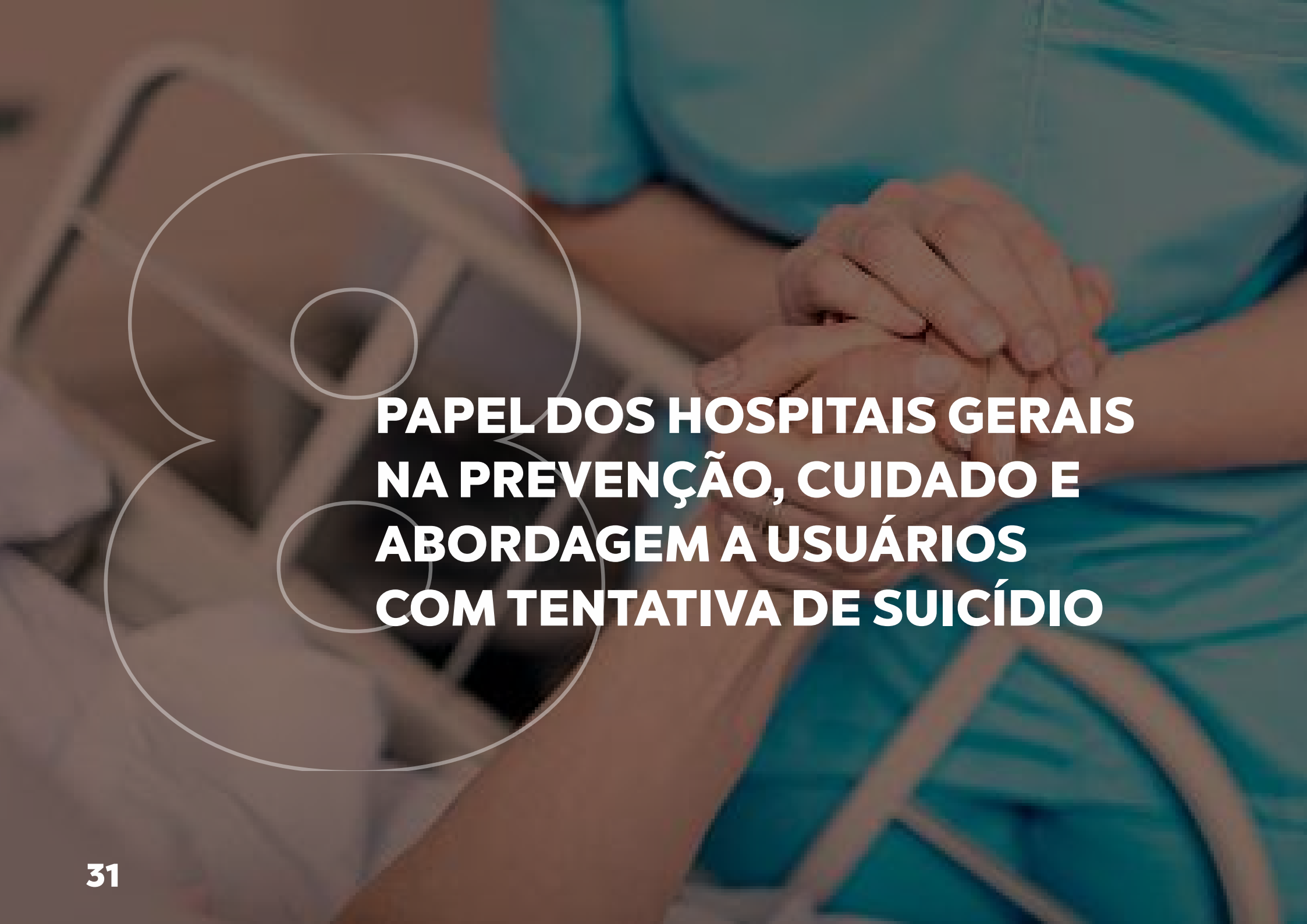
Esta é uma importante ferramenta utilizada na abordagem ao comportamento suicida, uma vez que poderá conduzir com um melhor direcionamento do caso. Nesse processo, analisa-se a persistência de ideação ou planejamento suicida, se há acesso à forma como planejou, se houve tentativas prévias, presença de comorbidades (transtorno mental ou uso de álcool/ outras drogas), se considera que tem razão para viver e se organizou pendências para o caso de sua morte. Deve-se, ainda, atentar para demais fatores de risco para o suicídio (BOTEGA, 2015).

	RISCO BAIXO	RISCO MÉDIO	RISCO ALTO
CARACTERÍSTICAS	<p>Não há histórico de tentativas prévias;</p> <p>Ideias e pensamentos de morte e suicídio são passageiras, mas perturbadoras;</p> <p>Não há planejamento.</p>	<p>Há histórico de tentativa de suicídio;</p> <p>Ideação frequente e persistente;</p> <p>Não há planejamento.</p>	<p>Há tentativa prévia e pensamentos persistentes;</p> <p>Há planejamento para o suicídio e acesso à forma como planejou.</p>
ABORDAGEM	<p>Neste caso, é importante abordar os sentimentos relacionados ao suicídio, conversando com do paciente para diminuir a confusão emocional. Focar em aspectos positivos da sua personalidade e em problemas já enfrentados e resolvidos pode restabelecer a confiança.</p>	<p>A atuação deverá construir alternativas ao suicídio na solução dos problemas enfrentados.</p>	<p>Demanda intervenção de emergência, pois é considerada uma situação grave.</p> <p>Deve-se atentar para objetos perigosos que possam ser utilizados contra si e permanecer em leito (local) de fácil observação, além de comunicar a equipe envolvida nos cuidados e proteção sobre o risco.</p>
ENCAMINHAMENTOS	<p>O usuário deve ser atendido por profissional de saúde mental, seja no próprio hospital pelo psicólogo, ou encaminhado ao serviço de saúde mental municipal, com prioridade. Considera-se importante verificar a possibilidade de acesso a familiares e reforçar este apoio e/ou outros suportes sociais (como amigos).</p>	<p>Nestes casos, faz-se necessário a abordagem de profissional de saúde mental no hospital. Primeiramente o psicólogo realizará a abordagem e poderá acionar a rede de saúde mental para encaminhamentos conjuntos. A família deverá ser comunicada sobre os riscos e medidas de prevenção e proteção (manter-se perto, evitar acesso a meios como armas e medicamentos), de preferência com autorização do paciente. A internação psiquiátrica não está descartada.</p>	<p>A psicologia hospitalar deverá realizar abordagem e acionar a rede de saúde mental, assim como psiquiatra. A família será informada e abordada sobre gravidade do quadro. O paciente poderá ser encaminhado para: internação psiquiátrica, que em caso de recusa do paciente, poderá ser involuntária (ou seja, contra sua vontade), devido ao risco de morte em que o mesmo pode se colocar; internação domiciliar e/ou acompanhamento intensivo em serviço de referência em saúde mental. Esses encaminhamentos deverão ser discutidos com familiares e, se possível, com o usuário, sendo conduzidos pela equipe de saúde.</p>

Fatores de proteção

Associado a isso, os fatores de proteção evidenciam que, ao serem reforçadas determinadas ações, observam-se menores taxas de comportamento suicida. Estas se referem aos aspectos que conduzem a uma vida saudável e produtiva, levando a sensação de bem-estar, pois relacionam-se a habilidades cognitivas, flexibilidade emocional e integração social, fornecendo mais recursos e subsídios para lidar com sensação de estresse, o que, conseqüentemente, leva à redução do risco de suicídio (BERTOLOTE, 2012; BOTEGA, 2015; QUESADA, et. al, 2020).





**PAPEL DOS HOSPITAIS GERAIS
NA PREVENÇÃO, CUIDADO E
ABORDAGEM A USUÁRIOS
COM TENTATIVA DE SUICÍDIO**

O suicídio é morte imprevisível. Não existe um perfil específico de pessoas que se matarão, a não ser, ser humano, que em situação de desespero, tem potencial suicida (FUKUMITSU, 2019).

Mas o suicídio pode ser prevenido. Em Saúde Pública, prevenção é considerada qualquer medida que vise impedir uma doença antes que ela atinja algum indivíduo, evitando, então, sua ocorrência (BERTOLOTE, 2012). A prevenção do suicídio terá o objetivo de reduzir os comportamentos suicidas, diminuindo a chance de um desfecho letal, o que significa oferecer outras possibilidades de enfrentamentos das dificuldades que levam os indivíduos a buscar neste ato a solução para seu sofrimento (BOTEGA et al., 2006).

Uma das principais estratégias de prevenção do suicídio está relacionada à assistência em saúde realizada pelos profissionais diante do comportamento suicida, que se encontra associada à sua percepção e à sua compreensão sobre esses atos.

Como as tentativas de suicídio estão inseridas nas emergências de saúde, o objetivo inicial nessa abordagem deve ser a prestação dos primeiros socorros como forma de aplacar o risco de morte ou de agravamento do quadro clínico. No entanto, apesar do aspecto biológico ser primordial, após estabilização clínica, a abordagem de tentativas de suicídio deverá incluir a atenção aos outros fatores da vida do paciente, buscando compreender o sujeito como um todo, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual está inserido.

O espaço das emergências, como as portas de entrada hospitalares, é considerado local privilegiado para o cuidado e prevenção do suicídio, pois uma assistência adequada poderá contribuir para a identificação do risco, prevenção de recidivas e continuidade do tratamento após alta hospitalar (VIDAL; CONTIJO, 2013; GUTIERREZ, 2014; GONÇALVES, SILVA; FERREIRA, 2015).

Qualquer profissional de saúde poderá realizar a abordagem inicial a um comportamento suicida, desde que possua os conhecimentos adequados para isso. Na maioria das vezes são esses profissionais, não especialistas, que realizam os primeiros atendimentos e permanecem a maior parte do tempo com os usuários, estando em uma posição privilegiada de aproximação para atuar de maneira significativa. Dessa forma, capacitar profissionais para realizar uma abordagem adequada neste momento poderá salvar vidas.

Reflexão

*Quais aspectos devem ser abordados em uma tentativa de suicídio?
Posso atuar nesse momento? Posso salvar uma vida?*

A person is shown from the chest up, wearing a white long-sleeved shirt, writing in a notebook with a pencil. The notebook is open, and the person's hands are visible. The background is a blurred office or meeting room with other people. A large, white, stylized question mark is overlaid on the left side of the image, partially obscuring the person's face.

A IMPORTÂNCIA DA QUALIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO

Estudos apontam o reflexo direto do aumento dos casos de suicídio no cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde, em especial dos que atuam nos serviços de urgência e emergência, como hospitais gerais, pois é para lá que essas pessoas são levadas para obtenção dos primeiros socorros, além de funcionarem como espaços de busca por ajuda (FREITAS; BORGES, 2014).

Promover atenção especial a quem tentou suicídio é uma das principais estratégias de prevenção, isso porque dificilmente a pessoa tenta uma única vez, sendo uma tentativa anterior o maior fator de risco para o suicídio (BOTEGA et al., 2006). Daí advém a relevância de uma atuação adequada e eficiente neste momento.

Considerando-se que uma parcela desses usuários permanece internada nos hospitais gerais, é responsabilidade de todos os profissionais a realização de uma abordagem de acordo com suas necessidades de saúde, que, no comportamento suicida, ultrapassam as demandas apenas físicas e biológicas, devendo alcançar os aspectos psicossociais.

Além disso, pesquisas demonstram que a incidência de suicídios em hospitais gerais é alta, sendo de 3 a 5 vezes maior que na população geral, estando o preparo da equipe dentre os fatores de proteção para esta condução (MARTELI; AWAD; HARDY, 2010). Isso se deve ao fato de que esses pacientes estão sujeitos a diversas causas situacionais de aumento de ansiedade e depressão relacionadas a hospitalização e adoecimento, como: reações ao diagnóstico, agravamento de condições clínicas preexistentes, discussões sobre prognóstico, espera por resultados, medo da dor e da morte, medo de recorrência após a completude de um determinado tratamento e eventuais conflitos com família e equipe, e outros (BOTEGA; RAPELI; CAIS, 2012).

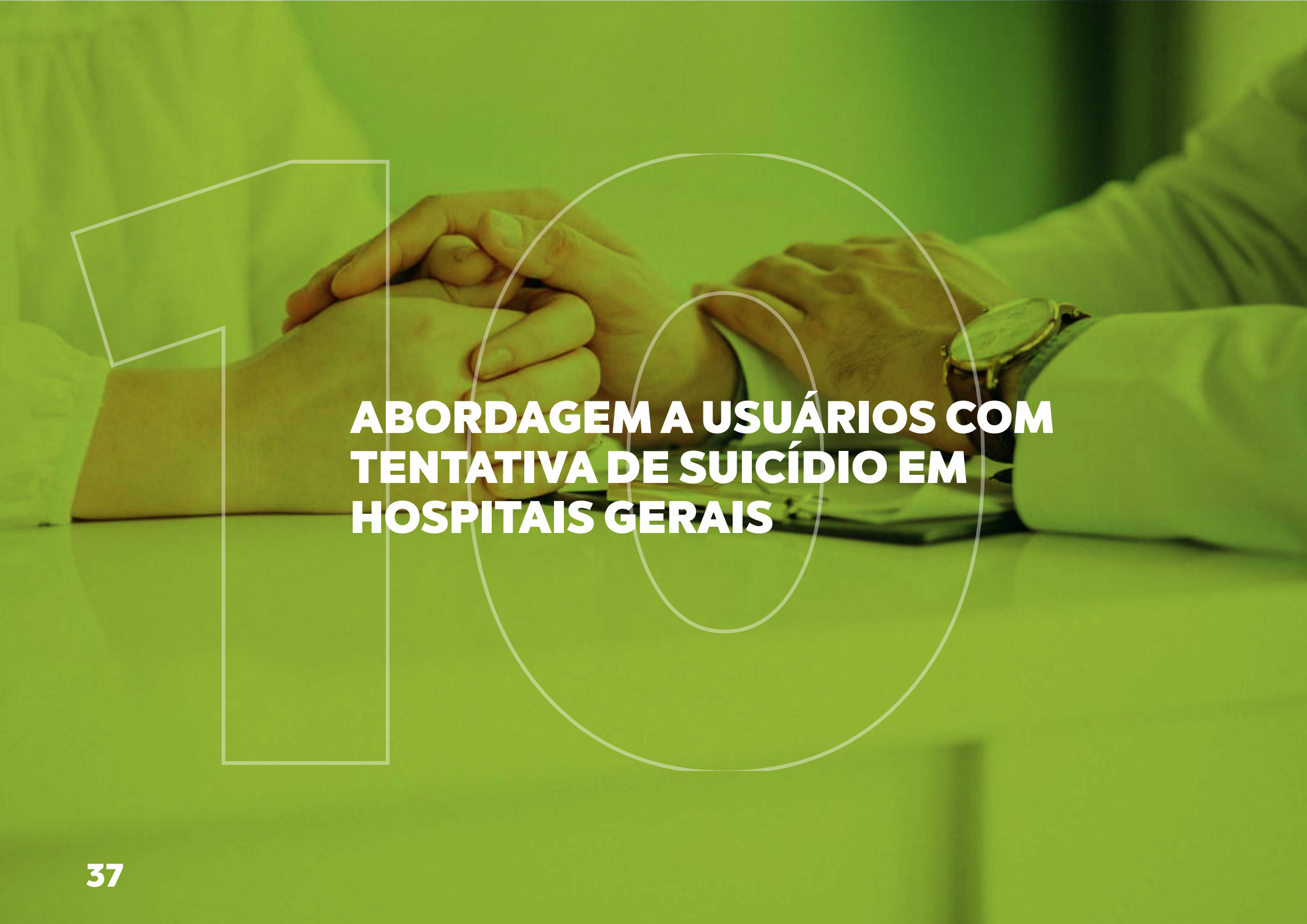
Apesar de muitos hospitais contarem com profissionais especialistas para realizar esses atendimentos, o suicídio extrapola os limites da psicologia e da psiquiatria de tal forma que todos profissionais de saúde são essenciais para sua prevenção (BOTEGA, 2005).

Reflexão

*Nesse momento, propomos uma reflexão diferente.
Imagine ou recorde um momento em que você ou um
familiar / alguém próximo foi atendido em um hospital ou
outro serviço de saúde.*

*Procure lembrar o que você vivenciou, como você se sentiu...
O que você esperava do atendimento e como foi realizado...
Lembre-se das pessoas que cuidaram de você, quem eram elas.*

Você se sentiu cuidado?



**ABORDAGEM A USUÁRIOS COM
TENTATIVA DE SUICÍDIO EM
HOSPITAIS GERAIS**

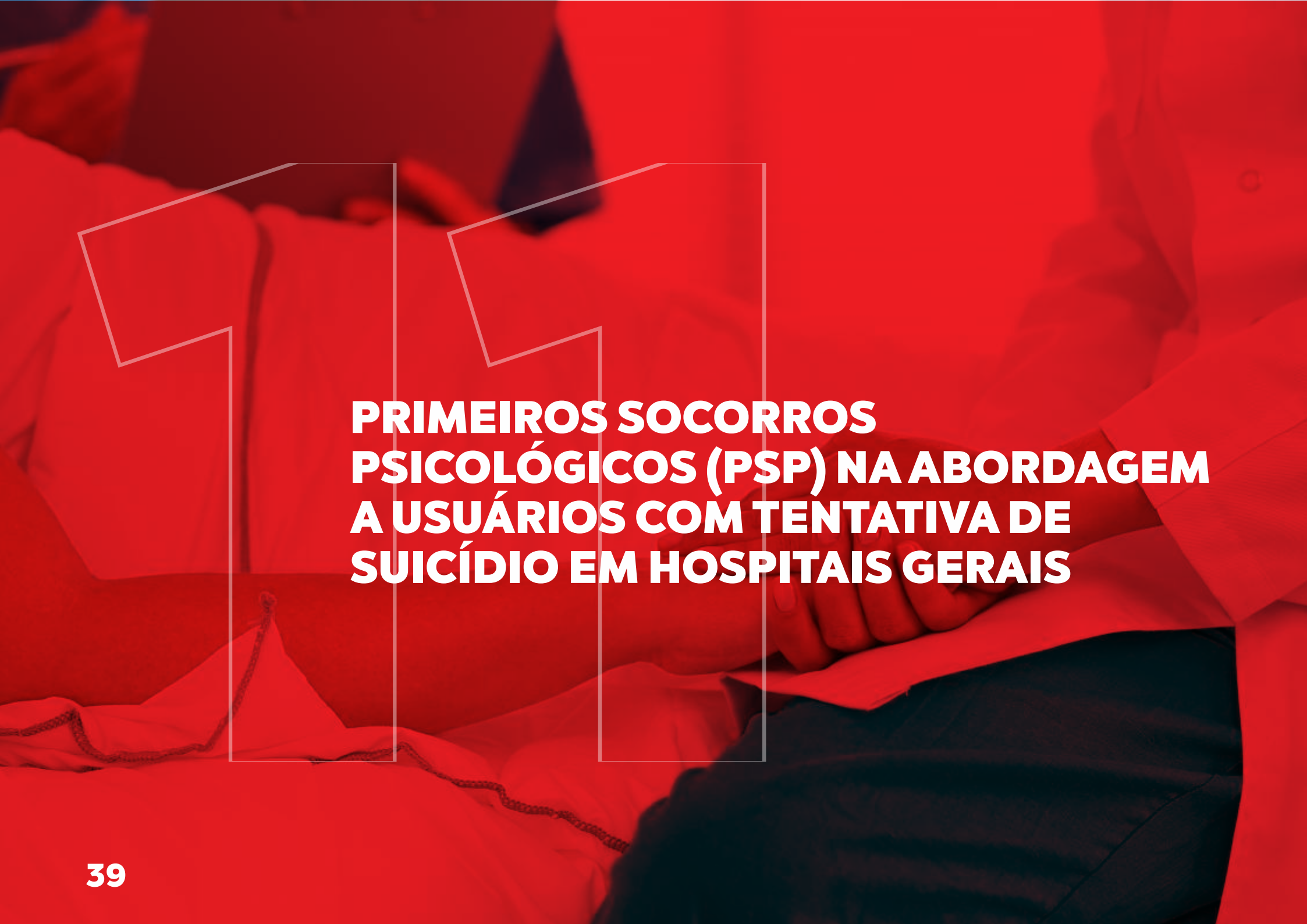
O primeiro contato com o usuário é considerado de extrema importância, pois a forma como essa abordagem é realizada poderá contribuir para uma condução efetiva do caso.

Neste sentido, dois conceitos vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) poderão contribuir para reflexão sobre o atendimento ao paciente com comportamento suicida no hospital geral, além de possibilitar o fortalecimento de atitudes voltadas para a humanização deste cuidado ao favorecer a organização do processo de trabalho em saúde, são eles: a integralidade do cuidado e o acolhimento.

Considerado um dos mais importantes princípios do SUS, a integralidade do cuidado está relacionada à compreensão integral do ser humano, que significa entender o usuário inserido em seu contexto social e, a partir daí, atender às demandas e necessidades específicas desta pessoa. A ação integral em saúde está associada à escuta qualificada, cuidado, acolhimento, tratamento digno e respeitoso, por meio do olhar ao ser humano como um todo, substituindo o foco na doença pela atenção à pessoa, com sua história de vida e seu modo próprio de viver e adoecer (PINHEIRO, 2009).

Já o acolhimento, diretriz da Política Nacional de Humanização, é compreendido como uma ferramenta tecnológica relacional (relação estabelecida entre profissional e usuário), para a qual não há local e hora para acontecer e nem profissional específico para realizar, e implica na escuta do usuário em suas queixas, na construção de vínculos, garantia e acesso com responsabilização e resolutividade dos serviços (BRASIL, 2003). Pode ser considerada a mais importante tecnologia de um serviço de emergência, pois possibilita a escuta ativa e qualificada pelo profissional, favorecendo a empatia, a construção de vínculos e oferecendo-lhe cuidado integral com respostas adequadas e resolutivas (GUTIEREZ, 2014).

Compreender o usuário como um ser integral e realizar o acolhimento poderá ser um grande diferencial, pois, ao contrário do que se imagina, falar com o paciente sobre suicídio não o incentiva a se matar, podendo, inclusive, ter efeito protetor, já que pode favorecer o sentimento de segurança e conforto por poder conversar sobre assuntos que lhe causam incômodo (DAUTD et al., 2014). Sendo assim, é importante reservar tempo, estar presente e se disponibilizar a ouvir atentamente o paciente, mostrando empatia e respeito por seus valores e atos, sem fazer julgamentos.



**PRIMEIROS SOCORROS
PSICOLÓGICOS (PSP) NA ABORDAGEM
A USUÁRIOS COM TENTATIVA DE
SUICÍDIO EM HOSPITAIS GERAIS**

Assim como existem os primeiros socorros destinados à prestação de cuidados imediatos a pessoas com desestabilização do estado físico, existem os primeiros socorros psicológicos. Ambos podem ser realizados por qualquer pessoa, desde que obtenha os conhecimentos necessários para isso.

O que é?

É um cuidado psicológico precoce e imediato, com a proposta de aliviar uma situação de sofrimento agudo da pessoa em crise, com desestabilidade emocional ou em estresse agudo. É um cuidado empático e não invasivo, ou seja, possibilita a expressão da dor da forma como a pessoa quiser e puder, diante de uma situação de sofrimento (OMS, 2015).

Quem pode aplicar?

Qualquer pessoa pode oferecer esse acolhimento, desde que tenha os conhecimentos necessários, além de condições físicas e psicológicas (OMS, 2015).

O que não é?

Não é feito somente por profissionais

Não é atendimento psicológico

Não é imposição de ajuda

Quando oferecer?

Em situações de emergências e/ou crises, que podem ser comunitárias ou individuais, como em desastres, atentados, pandemias, acidentes, perdas significativas, violência e crises individuais, como nas tentativas de suicídio.



PASSOS PARA ATUAÇÃO DOS PRIMEIROS SOCORROS PSICOLÓGICOS (OMS, 2015; COUTO; SANTOS, 2011).

O primeiro passo no atendimento ao comportamento suicida deve ser o cuidado físico, com objetivo de cessar o risco de morte ou de agravamento do estado físico. Após isso, é possível abordar os demais aspectos envolvidos, devendo verificar se o usuário se encontra em condições de receber os PSP. Em caso positivo, inicia-se a abordagem após acessar os atendimentos e cuidados ofertados até o momento, assim como dados sobre o que o levou àquele momento.

Ao se deparar com uma pessoa em sofrimento psíquico, pode-se encontrar diferentes atitudes, desde a expressão de emoções como tristeza, choro, ansiedade, medo, como pessoas com recusa à abordagem e comportamento agressivo/hostil, pessoas com comportamento incongruente, ou até mesmo pessoas que não conseguem expressar suas emoções e pensamentos. Assim sendo, torna-se essencial a observação sobre a situação que ocorre. Nesse processo, a comunicação é importante ferramenta, isso porque a forma como ela se desenvolve poderá contribuir para que a pessoa se sinta compreendida, segura, protegida e respeitada, favorecendo o processo de cuidado.

Os passos apresentados a seguir se referem, de forma didática, à ideia geral da estratégia PSP. Portanto, não precisam ser seguidos sequencialmente, assim como realizados em sua totalidade. A intenção é que possibilite a reflexão sobre formas de abordar os aspectos subjetivos e sociais, presentes em todo processo de desestabilização, seja de ordem física ou psíquica.

OBSERVAR

1. Observe e avalie a situação (verifique se a pessoa está em condições de abordagem).

O primeiro passo no atendimento ao comportamento suicida deve ser o cuidado físico, com objetivo de cessar o risco de morte ou de agravamento do estado físico. Após isso, é possível abordar os demais aspectos envolvidos. Observe se o usuário se encontra em condições de receber os PSP.

2. Esteja atento para singularidade da pessoa e suas necessidades mais imediatas.

A preparação inicial se refere ao respeito pelo ser humano, na sua dor, nos seus atos e na sua forma de expressar. Deve-se respeitar sua falta de sentido, sua condição emocional e a situação de vida que o levou até ali, sem julgamentos e sem minimizar o sofrimento. Neste momento, é importante trazer para reflexão os sentimentos que o atendimento à pessoa com tentativa de suicídio desperta em você, de forma que eles não interfiram em sua abordagem. Diante do sentimento de raiva, por exemplo, posso não conseguir compreender que há sofrimento existencial, ao passo que se sinto pena, posso desqualificar a capacidade de superação do outro.

ESCUTAR

3. Apresente-se, explicando quem é e o que faz. Comunique-se de forma adequada, com calma e tranquilidade, sem usar termos técnicos.

Diga seu nome e sua função no hospital.

Ex: Boa tarde. Eu sou Cristina, psicóloga do hospital.

4. Ofereça sua escuta. Faça perguntas respeitosas e simples (não por curiosidade), e não pressione a falar:

Ex.: “Você gostaria de conversar?”

“Como você se sente?”

“Você gostaria de falar sobre o que aconteceu?”

Atos comuns de cortesia podem facilitar a aproximação, como oferecer um copo d'água ou um lenço de papel quando estiver chorando.

5. Escute os sentimentos e pensamentos sem emitir opiniões pessoais e julgamentos.

Disponibilizar-se a escutar o outro exige presença, acolhimento e ausência de julgamento. Isso por si só já é terapêutico. É preciso deixar de lado preconceitos, crenças e valores pessoais e estar aberto ao que a pessoa quer falar e transmitir naquele momento de vida.

ESCUTAR

Falar não provoca suicídio, porque o sofrimento é existencial e está na pessoa que sente, mas a fala reduz a ansiedade e a angústia, promovendo alívio e sensação de conforto.

Realize a avaliação de risco.

6. Escute os sentimentos e pensamentos sem emitir opiniões pessoais e julgamentos.

Disponibilizar-se a escutar o outro exige presença, acolhimento e ausência de julgamento. Isso por si só já é terapêutico. É preciso deixar de lado preconceitos, crenças e valores pessoais e estar aberto ao que a pessoa quer falar e transmitir naquele momento de vida.

É essencial dar importância e demonstrar interesse, preocupação e desejo de ajudar. Isso já é um fator de proteção para o suicídio e facilita a construção do vínculo e adesão ao tratamento durante a hospitalização e após alta.

Falar não provoca suicídio, porque o sofrimento é existencial e está na pessoa que sente, mas a fala reduz a ansiedade e a angústia, promovendo alívio e sensação de conforto.

Realize a avaliação do risco durante esta etapa.

ESCUTAR

7. Não fale de você, não ofereça solução. Pergunte como pode ajudar. Às vezes, a única coisa que a pessoa precisa é desabafar ou compartilhar seus sentimentos e frustrações.

Cuidar envolve atenção às necessidades do outro. Não se ajuda levando em conta nossa maneira, mas sim a forma como a pessoa se sente à vontade e necessita. Se quer ajudar, pergunte como a pessoa deseja ser ajudada. Se quer cuidar, pergunte como a pessoa precisa ser cuidada.

Ex.: “Como posso te ajudar?”

“Tem algo de que você precisa neste momento que eu possa ajudar? “

ESCUTAR

8. Procure tranquilizar de forma realista. Não tente remediar ou dar falsas esperanças.

EVITE

“isso vai passar logo”
“eu no seu lugar faria...”
“as coisas não são tão ruins”
“você tem que se esforçar”

PREFIRA

“estou aqui com você”
“eu imagino que não deva ser
fácil enfrentar isso”
“posso fazer algo por você?”
“o que você precisa?”

APROXIMAR

9. Verifique outras necessidades (ofereça assistência prática como alimentação, água, informações, contatos).

APROXIMAR

10. Estimule a conexão com a rede de apoio: família, amigos e comunidade.

Relacionamentos familiares e sociais são considerados fatores de proteção para o suicídio sendo importante estimulá-los. Em muitos momentos o usuário pode não conseguir reconhecer inicialmente pessoas em quem sente confiança, sendo necessário ajudá-lo a identificar.

11. Ajude a encontrar estratégias para enfrentar a situação vivenciada, tentando remeter a mecanismos usados no passado pela pessoa e não o que você considera que será bom ou o que é bom para você.

Devido à rigidez de pensamento, é comum as pessoas com comportamento suicida não conseguirem visualizar outras possibilidades em sua vida. Estimular essa reflexão poderá contribuir para o enfrentamento da dor. Lembre-a de situações difíceis já vivenciadas e que ela superou e a forma como realizou isso. Reforce os fatores de proteção. Nesta etapa, pode-se recorrer a utilização do Plano de segurança (Anexo 1)

12. Conecte com serviços disponíveis necessários no momento ou no futuro, como especialistas.

Algumas pessoas precisarão de apoio especializado, para além do PSP.

Considerando-se que uma tentativa de suicídio anterior é o maior fator de risco para o suicídio, deve-se encaminhar para o atendimento com especialista, seja no próprio serviço de saúde em que se encontra em atendimento (psicologia ou psiquiatria) ou para serviços ambulatoriais, como CAPS e Unidades de Saúde da Família. Forneça contato de centros e serviços de emergência também podem ser úteis para situações futuras (CVV, SAMU, Corpo de Bombeiros).

APROXIMAR

13. Deixe-se disponível.

Em muitos momentos o que a pessoa precisa é se sentir acolhido e compreendido. A simples presença e a disponibilidade ajudam na reorganização interna, dão conforto e referência. Quanto mais se demonstra compreensão, mais é organizativo e terapêutico.

Para refletir

Caso 1- Pedro tem 25 anos, conheceu Ana e estão apaixonados. Iniciaram o namoro, mas mesmo sem razões aparentes, ele se mostra inseguro e sente ciúmes de suas amigas e atividades. Diante dessas atitudes, após algumas tentativas e conversas, Ana decide por romper o relacionamento. Pedro entra em desespero e não se conforma, chegando a utilizar todos os recursos para tentar reconquistá-la. Sem sucesso, o tempo vai passando e a persistência de sentimentos se mantém, atrapalhando suas rotinas de estudo e suas relações com amigos e família, já que se isolou de tudo. Pedro começa a pensar que a morte poderia aliviar seu sofrimento. Com o passar dos dias, inicia pensamentos de como poderia se suicidar, até que realiza um plano e tenta suicídio por meio da ingestão de calmantes naturais. Ao tomar essa atitude, Pedro envia uma mensagem para uma amiga, despedindo-se dela e agradecendo por ter lhe dado apoio nesse período difícil. Desconfiada, a amiga resolve ir à casa de Pedro, porém o encontra sonolento e decide levá-lo ao hospital da cidade.

Após atendimento no hospital, Pedro foi encaminhado para continuidade do tratamento no CAPS da cidade. Durante esse acompanhamento, descobriu-se que Pedro foi uma criança rejeitada na infância. Filho de pais separados, aos 2 anos foi abandonado pela mãe, que nunca mais apareceu. O pai, diante do abandono, distanciou-se de Pedro, que acabou sendo criado pela avó. Apesar dos cuidados e carinhos recebidos por esta familiar, Pedro não se sentia desejado por seus pais, sentindo-se rejeitado e inseguro com o medo do abandono. Assim, de maneira inconsciente, reproduzia em seus relacionamentos os sentimentos vivenciados e internalizados na infância, o que acabava por interferir negativamente nas relações estabelecidas.

Lembrando dos conceitos sobre o comportamento suicida e da multicausalidade presente no suicídio, propõe-se a reflexão desta situação.

Para refletir

Caso 2- Henrique chegou ao hospital levado pelo SAMU após chamado da família. Encontrava-se alcoolizado e com cortes nos braços. Ainda agitado, referia desejo de morrer e, expressando-se de forma agressiva, falava para que ninguém chegasse perto dele pois não queria nenhum tipo de ajuda. Estava acompanhado da irmã, mas pedia pela mãe que se encontrava nervosa do lado de fora. Já passava de 20h. Como poderíamos conduzir esse caso, nos remetendo ao aprendizado relacionado ao Primeiros Socorros Psicológicos?

Caso 3 – Fernanda tem 21 anos e já é acompanhada pelo CAPS há muitos anos. Seu diagnóstico ainda é impreciso, tendo como hipótese transtorno bipolar do humor e transtorno de personalidade. Fernanda é atendida com frequência no hospital, com tentativas de suicídio. Geralmente trazida pelo SAMU, ela ameaça se jogar da ponte da cidade. Nunca chegou a fazê-lo. Seu afeto encontra-se incongruente com a situação, pois falava de sua intenção de se matar sorrindo. Ao ser questionada sobre o ocorrido, dizia que queria morrer pois havia tido uma briga com a mãe. Disse que sempre que se depara com situações difíceis entra em crise e acaba agindo sem pensar muito, vendo no suicídio uma forma de reduzir seu sofrimento. Ela não planeja, mas já é a quinta vez que tenta e diz que na hora da crise não consegue pensar em outras alternativas.

Refletindo sobre as características do comportamento suicida, os primeiros socorros psicológicos e considerando a avaliação de risco e o plano de segurança na abordagem do comportamento suicida, de que forma essas estratégias poderiam contribuir com a condução inicial do caso?



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. *Suicídio: informando para prevenir*. Brasília: CFM/ABP, 2014.
- BARRERO, S.A.P. El suicidio, comportamiento y prevención. *Rev Cubana Med Gen Integr*, CIDADE, v.15, n.2, p. 196-217, 1999.
- BERTOLETE, J.M; FLEISCHMANN, A. Suicide and psychiatric diagnosis: A worldwide perspective. *World Psychiatry*, v.1, p. 181-185, 2002.
- BERTOLETE, J. M; MELLO-SANTOS, C.; BOTEAGA, N.J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de psiquiatria* [on line], vol 32, suppl. 2, p. S87-S95, 2010.
- BERTOLETE, J.M. *O suicídio e sua prevenção*. São Paulo: Unesp, 2012.
- BOTEAGA, J.N et al. Comportamento suicida na comunidade: prevalência e fatores associados à ideação suicida. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. 2005, vol.27, n.1, pp.45-53
- BOTEAGA, J. N. et al. *Prevenção do comportamento suicida*. Psico, Porto alegre, vol. 37, n 3, p. 213-220, set/dez., 2006.
- BOTEAGA, N.J.; RAPELI, C.B.; CAIS, C.F.S. Comportamento suicida. In: BOTEAGA, N.J (Org). *Prática Psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2012, p.335-355.
- BOTEAGA, N. J. *Crise Suicida. Avaliação e manejo*. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS*. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Prevenção do suicídio*. Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Universidade Estadual de campinas, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Manual instrutivo de preenchimento da ficha de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e outras violências*. Brasília, 2009.
- BRYAN, C.J; RUDD, M.D. Brief Cognitive Behavioral Therapy for suicide prevention. *Omega-Journal of death an dying*, p. 1-4, 2019.

- CASSORLA, R.M.S. *Suicídio*. Fatores inconscientes e aspectos socioculturais: uma introdução. São Paulo: Blucher, 2017.
- COUTO, M.H; SANTOS, R.C. *Cartilha de Apoio Psicossocial Cruz Vermelha Brasileira*. Disponível em: <www.ifrc.org/psychosocial>.
- DAUDT, A.D., et al. *Manejo em emergência do paciente suicida*. 2014.
- FRANKLIN, J.C., NOCK, M.K. *Nonsuicidal self-injury and its relation to suicidal behavior*. New York: Oxford University Press. 2017.
- FREITAS, A.P.A; BORGES, L.M. Do acolhimento ao encaminhamento: O atendimento às tentativas de suicídio nos contextos hospitalares. *Estud. psicol.*, vol.22, n.1, p. 50-60, mar. 2017.
- FUKUMITSU, K. O. *Programa RAISE*. Gerenciamento de crises, prevenção e pósvenção do suicídio em escolas. São Paulo: Phorte, 2019.
- GONÇALVES, P.I.E; SILVA, R.A.; FERREIRA, L.A. Comportamento suicida: percepções e práticas de cuidado? *Psicol. hosp.*, vol. 13, n. 2, p. 64 - 87, ago. 2015.
- GUTIERREZ, B.A.O. Assistência hospitalar na tentativa de suicídio. *Psicol. USP*[online], vol.25, n.3, p.262-269, 2014.
- HENRIQUES, G.; BECK, A.T; BROWN, G.K. Cognitive therapy for adolescent and Young adult suicide attempters. *American Behavioral Scientist*, v. 46, p. 1258-1268.
- MARTELLI, C.AWAD, H.; HARDY, In-patients suicide: epidemiology and prevention. *Encephale*, v. 32, n. 5, p. 351-359.
- MINAYO, M. C. S. A autoviolência, objeto da sociologia e problema de saúde pública: a sociological concern and a public health problem. *Caderno de Saúde Pública* [on line], v. 14, n. 2, p. 421-428, 1998.
- MINOIS, G. *História do suicídio*. A sociedade ocidental diante da morte voluntária. São Paulo: Unesp, 2018.
- O'CARROLL, P.W., et al. Beyond the tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, v. 26, n. 3, 1996.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Prevenção do suicídio: um manual para médicos clínicos gerais*. Genebra, 2000.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. War Trauma Foundation e Visão Global Internacional. *Primeiros Cuidados Psicológicos: guia para trabalhadores de campo*. Genebra: OMS. 2015

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OPAS/OMS Brasil, 2018. Folha informativa – *Suicídio*. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5671:folha-informativa-suicidio&Itemid=839>. Acesso em: 20 jun 2019.

PINHEIRO, R. *Integralidade*. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Disponível em: <<http://www.epsv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>>.

QUESADA, A.A., et al. *Noções gerais sobre automutilação*. Fortaleza: Fundação Demétrio Rocha, 2020.

SHNEIDMAN, E.S. Suicide as psychache. *The journal of nervous and mental disease*, v 181, p. 147-149, 1993.

SCHREIBER, J., CULPEPPER, L. *Suicidal ideation and behavior in adults*. Waltham: UptoDate, 2019.

SIMONETTI, A. *Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença*. São Paulo: Casa do psicólogo, 2016.

VIDAL, C.E.L.; GONTIJO, E. D. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. *Cad. saúde colet.* [online], vol.21, n.2, p.108-114, 2013.

WENZEL, A.; BROWN, G.K; BECK, A.T. *Terapia cognitivo-comportamental para pacientes suicidas*. Porto Alegre: Artmed.

WERLANG, B.S.G., BOTEGA, N. J. (Orgs.). *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Art-Med, 2004.

Anexo 1

Plano de Segurança - Uma estratégia possível para salvar vidas

O plano de segurança se refere a uma estratégia da teoria psicológica cognitivo-comportamental, baseado na ideia de que a crise é passageira, buscando, por meio de atividades estruturadas, criar tempo para que a pessoa em sofrimento possa lidar com o momento crítico (SCHREIBER; CULPEPPER, 2019).

Construído em conjunto pelo profissional e usuário, este deve ser auxiliado a descobrir e registrar no papel, preferencialmente à mão, maneiras positivas de reagir diante de uma situação de crise (HENRIQUES; BECK; BROWN, 2003; WENZEL; BROWN; BECK, 2010). O documento deve permanecer com o usuário e estar em local facilmente acessível para momentos de angústia e de risco, como uma foto no celular ou guardado na carteira, tendo sua aplicação incentivada diante de pensamentos e comportamentos suicidas.

A utilização efetiva do plano de segurança, poderá contribuir com a redução em até 76% na realização de uma nova tentativa de suicídio nos próximos seis meses (BRYAN; RUDD, 2018).

Para iniciar a construção do plano de segurança, é importante que o profissional primeiramente procure estabelecer uma relação de confiança com o paciente, mantendo-se próximo e disponível, buscando compreender seus sentimentos e não expressar julgamentos e opiniões pessoais (BOTEGA, 2015).

ITENS QUE COMPÕE O PLANO DE SEGURANÇA (HENRIQUES et al., 2003; WENZEL et al., 2010; BOTEGA, 2015)

1- Sinais de alerta (listar situações e/ou gatilhos que costumam desencadear ideação suicida).

Questionamentos possíveis:

Você consegue identificar o que acontece quando a crise se aproxima?

O que é gatilho para iniciar uma crise?

2- Identificação de formas de enfrentamento (como lidar com pensamentos e momentos de angústia)

Questionamentos possíveis:

Quando a crise chega, o que você faz para lidar com ela?

Observação 1- Estimule a pensar em formas de relaxar e distrair, mas que não seja algo negativo.

Observação 2- Lembrete para afastar meios que possam ser utilizados para autoagressão.

3- Razões para viver (registrar uma ou mais razões para continuar vivo)

Questionamentos possíveis:

O que te faz se manter vivo?

O que te motiva a ainda estar aqui?

4- Rede de apoio pessoal (registrar nome e telefone de duas ou mais pessoas que costuma dar apoio)

Questionamentos possíveis:

Em quem você confia que você possa ligar ou procurar em momentos ruins?

(Caso a pessoa não identifique a princípio, ajude-a a encontrar. Não deixe este item em branco).

5- Rede de apoio profissional (informações sobre como contactar o médico, psicólogo ou profissional de referência)

6- Registro de telefones de centros de crise, como CVV, e serviços de emergência, como SAMU e Corpo de Bombeiros.

O profissional deve incentivar o paciente a seguir os passos do plano de segurança, de forma que cada passo possa trazer alívio que o possibilite ultrapassar a crise, muitas vezes sendo possível controlá-la sem nem mesmo utilizar todos os recursos descritos.

TELEFONES ÚTEIS PARA CHAMAR

CVV - 188

CORPO DE BOMBEIROS - 193

SAMU - 192