Caderno Técnico

4

ESCUTA SUSP

PROTOCOLOS DE ATENDIMENTO

Atenção em Crise
Serviço III

Promoção da Saúde Mental e Atenção Psicológica aos Profissionais de Segurança Pública

PROTOCOLOS DE ATENDIMENTO - Escuta Susp

Organização dos

Cadernos Técnicos

Volume 4 de 6

Caderno Técnico 1	Fundamentos e Estrutura de Atendimento	Protocolo 1	Diretrizes Gerais para a Prática da Psicoterapia on-line
		Protocolo 2	Identificação de Alterações do Estado Mental em Profissionais da Segurança Pública no Contexto de Porte de Arma de Fogo
Caderno Técnico 2	Atenção Psicológica (Serviço I)	Protocolo 3	Serviço I - Avaliação on-line para o Profissional de Segurança Pública
		Protocolo 4	Serviço I – Aconselhamento Psicológico on-line – Abordagem Cognitivo-Comportamental
		Protocolo 5	Serviço I - Aconselhamento Psicológico on-line - Abordagem Fenomenológico-Existencial
Caderno Técnico 3	Atenção Psicoterapêutica (Serviço II)	Protocolo 6	Serviço II – Psicoterapia on-line para os Profissionais de Segurança Pública
Caderno Técnico 4	**Atenção em Crise (Serviço III)**	**Protocolo 7**	**Serviço III – Intervenção on-line para Estabilização de Crise Suicida em Profissionais de Segurança Pública**
Caderno Técnico 5	Atenção Psiquiátrica e Medicamentosa (Serviços IV e V)	Protocolo 8	Serviço IV - Gerenciamento da Terapia Medicamentosa on-line para Profissionais de Segurança Pública
		Protocolo 9	Serviço V - Telemedicina em Psiquiátrica para os Profissionais de Segurança Pública
Caderno Técnico 6	Guias Operacionais e de Ambientação	Guia 1	Orientações para Terapeutas do Escuta SUSP
		Guia 2	Plataforma de Atendimento on-line

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
Secretaria Nacional de Segurança Pública

Caderno Técnico 4

Atenção em Crise (Serviço III)

Protocolo 7	**Serviço III – Intervenção on-line para Estabilização de Crise Suicida em Profissionais de Segurança Pública**

Brasília, DF
2026

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
Secretaria Nacional de Segurança Pública – SENASP
Diretoria do Sistema Único de Segurança Pública – DSUSP
Coordenação-Geral de Valorização Profissional – CGVP
Esplanada dos Ministérios, Bloco “T”, Palacio da Justiça Raymundo Faoro, Anexo II, 5° andar, sala 514. Brasília – DF. CEP 7004-900.

Reserva de Direitos
Todos os direitos reservados ao Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP).
Este protocolo poderá ser revisado, atualizado ou alterado a qualquer tempo, a critério do MJSP.
É permitida a reprodução para fins institucionais, desde que preservada a integridade do documento e indicada a fonte, sendo vedada sua utilização para fins comerciais ou em desacordo com sua finalidade.

616.89
P768 P768 Protocolos de atendimento - atenção em crise (serviço III) / organização Janaína Marcondes de Moura. -- Brasília : Secretaria Nacional de Segurança Pública, 2026.
71 p. – (Caderno técnico ; 4)

Conteúdo: Protocolo 7: Serviço III- intervenção on-line para estabilização de crise suicida em profissionais de segurança pública / Luciana Almeida Santos, Luciene Oliveira Rocha Lopes.

Projeto Esculta SUSP instituído pela Secretaria Nacional de Segurança Pública em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais e outras universidades federais.

ISBN digital 978-85-5506-119-6
ISBN físico 978-85-5506-120-2

1. Profissional de segurança pública, aspectos da saúde, Brasil - 2. Saúde mental, Brasil - 3. Psicoterapia on-line. 4. Comportamento suicida, Brasil. I. Moura, Janaína Marcondes de. II. Santos, Luciana Almeida. III. Lopes, Luciene Oliveira Rocha. IV. Brasil. Secretaria Nacional de Segurança Pública. V. Título.

CDD

Este Caderno Técnico ou protocolo foi formatado com base nas normas da APA – American Psychological Association (7ª edição), com adaptações para documentos técnicos institucionais.

Caderno Técnico 4

Atenção em Crise (Serviço III)

Este caderno reúne o protocolo do Serviço III do Escuta SUSP, destinado ao atendimento de situações agudas de sofrimento psíquico, com ênfase na intervenção on-line para estabilização de crise suicida em Profissionais de Segurança Pública.

A atenção em crise constitui um componente estratégico da política de cuidado em saúde mental, exigindo resposta rápida, técnica e humanizada diante de situações de risco iminente, especialmente considerando os fatores ocupacionais e emocionais inerentes à atividade de segurança pública.

Este serviço tem como objetivo a estabilização do quadro, a redução de riscos imediatos e a construção de estratégias de proteção, articulando ações clínicas seguras, éticas e eficazes para a preservação da vida e o encaminhamento adequado para continuidade do cuidado.

A atuação nesse nível de atenção demanda elevado rigor técnico, supervisão clínica qualificada e observância permanente dos princípios de proteção integral ao profissional atendido.

Caderno Técnico 4

PROTOCOLO 7

Caderno Técnico 4

Serviço III

Intervenção on-line para Estabilização de Crise Suicida em Profissionais de Segurança Pública

EQUIPE RESPONSÁVEL PELA CONSTRUÇÃO DO PROTOCOLO 7

Coordenação geral do projeto
Prof. Dr. Maycoln L. Martins Teodoro (UFMG)

Pesquisadoras
Luciana Almeida Santos
Luciene Oliveira Rocha Lopes

FICHA TÉCNICA

Presidente da República
Luiz Inácio Lula da Silva

Ministro da Justiça e Segurança Pública
Wellington César Lima e Silva

Secretário Nacional de Segurança Pública
Francisco Lucas Costa Veloso

Reitora da UFMG
Sandra Regina Goulart Almeida

Diretor Executivo da FUNDEP
Prof. Jaime Arturo Ramírez

Diretor do Sistema Único de Segurança Pública
João Alberto Nogueira Júnior

Coordenadora-Geral de Valorização Profissional
Juliana Ribeiro

Coordenador de Promoção e Proteção de Direitos
Gustavo de Souza Rocha

Coordenadora de Saúde e Qualidade de Vida
Janaina Marcondes de Moura

Coordenação Técnica do Projeto/SENASP
Rubia Minuzzi Tschiedel

Coordenação do TED/UFMG
Maycoln Leôni Martins Teodoro

Equipe de Pesquisa
Docentes
Cristiane Faiad de Moura (UnB)
Darlindo Ferreira Lima (UFPE)
Helian Nunes de Oliveira (UFMG)
Juliana Alvares Teodoro (UFMG)
Katie Moraes de Almondes (UFRN)
Luciana Almeida Santos (UFMG)
Luciene O. Rocha Lopes (UFMG)
Marcela Mansur-Alves (UFMG)
Paulo Eduardo R A Evangelista (UFMG)
Sérgio Eduardo S Oliveira (UnB)
Yone de Almeida Nascimento (UFMG)
Zenith Nara Costa Delabrida (UFS)

Pesquisadores
Ana Clara Oliveira de Aguiar
Ana Gabriela Nunes da Silva Melo
Ana Letícia Senobio dos Santos
Ana Ludmila Santos Plauska
Brena Thaísa Q. Melo
Carolina Sousa Azulay
Francisco Guilherme Lima Macedo
Gustavo Salgueiro Rocha
Isaak Felipe de Araújo Sales
Isabela Ferreira Coelho
Isabella Ferreira Pinheiro
Júlia Eduarda V de Almeida
Júlia Salles Menezes
Lara Letícia Pinto Barbosa
Lara Luíza Cerávolo Rabelo
Lídia Figueiredo dos Santos
Lívia Calijorne Rolim
Lucas Jardim de Sena Pereira
Marcos Arthur R A Macedo
Mateus Guimarães Nobre
Matheus Felipe G Camargo
Mônica M. Oliveira Melo
Patrícia de Cássia C Campos
Pedro Henrique Francisco de Assis
Rafael Ferreira Simões
Renan Rodrigues da Silva Saraiva
Tayanne de Araujo Lobão
Thecia Karen Murta Miranda
Zaida Clara Teixeira Lopes

Equipe TI
Breno Max Horta Melo
Danielle Resende de Pádua
Paulo Rodrigues Gomes

Equipe Técnica da SENASP
Cirla Busato
Cristiano Abirached Junqueira Lopes
João Paulo de Medeiros
Iranilto Sales de Almeida
Laura Lucia Maximo
Thiago Machado de Araújo

Analista de projetos da FUNDEP
Fernanda Gonçalves de Araujo

Organização e Projeto Gráfico
Janaína Marcondes de Moura

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMPROV	Ambulatório de Promoção à Vida
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CC	*Crisis counseling*/ Aconselhamento em crise
OMS	Organização Mundial de Saúde
TCCB	Terapia Cognitiva Comportamental Breve
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
WHO	*World Health Organization*/ Organização Mundial de Saúde

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A – Psicoeducação sobre comportamento suicida

APÊNDICE B – Plano de segurança

APÊNDICE C – Cartão de crise

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Atitudes do terapeuta

Figura 2: Objetivos das sessões

Figura 3: Organização das sessões em blocos

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A: Entrevista Simple Steps

ANEXO B: Inventário de Frequência de Ideação Suicida (FSII-Br), adaptado ao projeto

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO 15

2. SERVIÇO 3: PROMOÇÃO À VIDA 17
   Contextualização 17

3. CONSTRUÇÃO DO PLANO DE INTERVENÇÃO 26

4. DIVISÃO EM BLOCOS 44

5. DETALHAMENTO DE CADA SESSÃO 45
   Primeira sessão 45
   Segunda sessão 47
   Terceira sessão 48
   Quarta sessão 49
   Quinta sessão 50
   Sexta sessão 51
   Sétima sessão 51
   Oitava sessão 52
   Nona sessão 53
   Décima sessão 53
   Décima primeira sessão 54
   Décima segunda sessão 55

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS 56

7. REFERÊNCIAS 57

8. APÊNDICES E ANEXOS 64
   Apêndice A: Psicoeducação para comportamento suicida 64
   Apêndice B: Plano de Segurança 67
   Apêndice C: Cartão de crise 69
   Anexo A: Entrevista Simple Steps 70
   Anexo B: Inventário de Frequência de Ideação Suicida (FSII-Br): Adaptado ao projeto 71

1. APRESENTAÇÃO

O contexto de trabalho dos profissionais de segurança pública é marcado por desafios intensos e permanentes, inerentes à natureza da atividade e à própria cultura institucional, refletindo-se em elevados índices de sofrimento psíquico, adoecimento mental e suicídio.

A exposição contínua à violência, o estresse ocupacional crônico, a sobrecarga emocional, as jornadas extensas e a elevada exigência funcional impactam diretamente a saúde, a qualidade de vida e o desempenho profissional desses servidores, tornando indispensável a implementação de ações concretas e estruturadas de cuidado e proteção institucional.

Nesse cenário, o Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP), por meio da Secretaria Nacional de Segurança Pública (SENASP), instituiu o Projeto Escuta SUSP como estratégia nacional de promoção da saúde mental e atenção psicológica especializada aos Profissionais de Segurança Pública (PSP).

O Escuta SUSP integra a implementação da Política Nacional de Segurança Pública e Defesa Social (PNSPDS), no âmbito do Sistema Único de Segurança Pública (SUSP), e materializa as diretrizes do Programa Nacional de Qualidade de Vida para Profissionais de Segurança Pública – Pró-Vida, consolidando a valorização do profissional como eixo estruturante para o fortalecimento das instituições de segurança pública.

Desenvolvido em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e outras Universidades Federais, o projeto estrutura-se como um dispositivo institucional de cuidado, fundamentado em protocolos clínicos baseados em evidências científicas e orientado por princípios éticos, técnicos e humanizados.

Seu principal instrumento de alcance é o teleatendimento, modalidade que garante acesso remoto, seguro e confidencial aos serviços de atenção em saúde mental, ampliando a cobertura territorial das ações e permitindo o atendimento de profissionais lotados em regiões remotas ou submetidos a escalas de plantão, jornadas extensas e deslocamentos frequentes.

A plataforma exclusiva do Escuta SUSP integra inscrição, agendamento, prontuário eletrônico, acompanhamento clínico e atendimento multiprofissional, contemplando serviços de psicologia, psiquiatria e gerenciamento da terapia medicamentosa.

Além de viabilizar o acesso qualificado ao cuidado, essa estrutura contribui para a produção de dados estratégicos essenciais ao monitoramento, à avaliação e ao aperfeiçoamento contínuo das políticas públicas de qualidade de vida e saúde mental no âmbito da segurança pública.

O projeto organiza-se em serviços escalonados, definidos conforme a complexidade da demanda e a especialidade necessária, cabendo aos terapeutas a identificação inicial, a condução clínica e os encaminhamentos aos demais serviços, sempre com base nos protocolos técnicos e na supervisão clínica especializada.

Mais do que uma ação assistencial, o Escuta SUSP representa o fortalecimento de uma política pública permanente de valorização, proteção e cuidado integral aos profissionais de segurança pública, reconhecendo que cuidar de quem protege a sociedade é condição essencial para o fortalecimento das instituições e para a efetividade da segurança pública no país.

2. SERVIÇO 3: PROMOÇÃO À VIDA

Contextualização

O trabalho de profissionais da segurança pública está permeado por situações que envolvem estresse contínuo, por vezes extremo. Alguns fatores como: um ambiente de trabalho perigoso, baixo controle sobre o processo de trabalho (cumprimento de ordens), frequente contato com o público (atendimento da comunidade geral), longas jornadas de trabalho (em razão da escala), recursos insuficientes, insatisfação com a atividade, baixa remuneração, dificuldade de ascensão profissional e exposição ao sofrimento alheio, podem estar presentes na vida de profissionais da segurança pública e se relacionar ao sofrimento psíquico desta categoria (Minayo & Souza, 2003).

Na formação desses servidores, estimula-se uma identidade profissional que denota a ideia de que o agente deve ser preparado para qualquer situação e estar pronto para qualquer condição ofertada pela rotina do trabalho, a qualquer custo: esta identidade inclui eliminar um inimigo, mesmo que haja uma identificação socioeconômica e cultural com os próprios policiais que estão em combate (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2024). Além disso, a edição mais recente do anuário de Segurança Pública (2025) destaca que a cultura de naturalização de situações estressantes no ambiente policial tende a reforçar o tabu em torno da saúde mental, podendo contribuir para a invisibilidade do trauma e favorecer o agravamento dos sintomas relacionados ao adoecimento mental desses profissionais.

Diante desse cenário, a natureza do trabalho de policiais impacta diretamente à saúde mental desses profissionais. Os dados apresentados no último Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2025) mostram que de 2023 para 2024 houve uma redução no total das mortes de policiais no Brasil, tanto por confronto em serviço e fora de serviço, quanto por suicídio, que diminuiu de 2023 para 2024: diminuição de 137 mortes para 126 casos. No entanto, o número de mortes por suicídio desses profissionais vem aumentando de maneira mais ou menos constante desde 2018, primeiro ano da série histórica analisada (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2025). O anuário ainda alerta que embora o número total de mortes de policiais tenha apresentado uma redução nos últimos anos, possivelmente refletindo menor exposição à violência letal

durante o exercício da função, observa-se um aumento relativo das mortes por suicídio, o que sugere a necessidade de investigar como as condições de trabalho desses profissionais influenciam seu bem-estar e saúde mental.

A redução do suicídio é uma prioridade global da Organização Mundial da Saúde (OMS), conforme estabelecido no seu plano de trabalho de 2019 a 2028 e no Plano de Ação Integral sobre Saúde Mental (2013-2030). A urgência desta meta é reforçada pelos dados quando demonstra que em 2021, 727.000 pessoas morreram por suicídio, sendo essa a terceira principal causa de morte na faixa etária entre 15 e 29 anos.

O comportamento suicida (ideação, plano, tentativa e morte por suicídio) é um grave problema de saúde pública e está relacionado a múltiplas causas. É um fenômeno complexo, mas que pode ser prevenido. Pode ser compreendido por meio de um contínuo, no qual há uma gradação que se inicia com pensamentos sobre a morte, as chamadas ideações suicidas, passando pelo planejamento e evoluindo com as tentativas (Botega, 2023, Nock et al.,2008, Wenzel et al., 2010, WHO, 2014) quando o sujeito busca deliberadamente um método para acabar com a própria vida, mas sua ação não resulta em morte. Por fim, a morte por suicídio é a última etapa desse processo e expressa falhas em todas as possibilidades de alívio do sofrimento e da dor emocional.

Os fatores de risco, além da tentativa prévia de suicídio, são: a restrição a serviço de saúde mental; o estigma associado à busca de ajuda; desastres, guerras e conflitos entre os povos; vivência de trauma e de abusos; transtornos por uso de substâncias; conflitos relacionais; falta de rede social de apoio e vivência de perdas; impulsividade; transtornos mentais; dor crônica; fatores genéticos e biológicos (Botega, 2023, CFM, 2014, WHO, 2014). Os fatores protetivos de acordo com orientações da WHO (2014) são: apoio da família, de amigos e de outros relacionamentos significativos; envolvimento na comunidade; vida social satisfatória; integração social; acesso a serviços e cuidados de saúde mental.

Wenzel et al. (2010) estudaram a terapia Cognitivo Comportamental para pacientes suicidas. Para eles, há sub organizações específicas dentro da personalidade, que formam uma rede cognitiva e comportamental afetiva que é acionada em situações particulares quanto alguém está tentando atingir um objetivo. Uma resposta dependerá das crenças e da relação das crenças com os outros componentes do sistema. O módulo suicida vai depender da ativação de crenças e sub organizações, sendo que quanto mais fatores

de risco, maior a chance do módulo suicida ser ativado. Nesse módulo há processos cognitivos específicos que são exacerbados quando associados a transtornos psiquiátricos e a fatores de risco, bem como desesperança, impulsividade e dificuldade na resolução de problemas. Com a ativação da desesperança há uma crença de que os problemas nunca se resolverão e essa crença ativa outras crenças negativas. A impulsividade aparece como um comportamento inconsequente, com pensamentos acelerados, inquietude, agitação e o foco no suicídio como única resposta para a dor (visão de túnel) e possibilidade para proporcionar algum alívio. Há dificuldade de resolução de problemas, com a percepção de situações intoleráveis e imutáveis que por sua vez ativam desesperança e visão do suicídio como única possibilidade para a crise vivenciada. A terapia, de acordo com Wenzel et al. (2010) pode proporcionar aos pacientes ferramentas necessárias para modificar esses esquemas e lidar com desesperança, impulsividade, distorções cognitivas e dificuldade em resolver problemas. Acredita-se que o confronto com atitudes disfuncionais pode proporcionar proteção contra recaídas em comportamentos desadaptativos (Dobson & Franche, 1999).

Frente ao cenário de adoecimento mental e número de suicídios em profissionais da segurança, foi criado um material composto de uma média 12 sessões para servidores de segurança pública com risco alto de suicídio, ou seja, com ideação alta, planejamento ou com tentativas de suicídio recentes. Esses servidores são encaminhados após serem identificados no serviço 1 do Projeto de Avaliação e Aconselhamento e/ou do serviço 2 de Psicoterapia do Projeto Escuta SUSP. O serviço 3 também poderá ser buscado diretamente pelo servidor público. A ideação suicida grave com ou sem planejamento, bem com as tentativas de suicídio são identificadas pelos itens 29 a 34 do processo de avaliação realizado no serviço 1. Mas, durante os atendimentos, o risco também poderá ser identificado, ocasionando os devidos encaminhamentos. Caso o paciente tenha passado por esses serviços há mais tempo, tenha respondido os questionários em um momento sem ideação ou tentativa recente ou não tenha os respondido, eles deverão ser aplicados no início do processo do serviço 3. No final da intervenção, o Inventário de Frequência de Ideação Suicida (FSII-Br), anexo B, adaptado ao projeto, também deverá ser aplicado.

Abaixo são citados os itens que estão na avaliação do serviço 1 que identificarão a necessidade de encaminhamento para o serviço 3 ou que serão aplicados caso o serviço 3 seja acionado antes do paciente passar pelos serviços anteriores:

29. Alguém da sua família ou rede de amigos mais próxima já tentou suicídio? (Suicídio na família e rede de amigos)

☐ Não
☐ Sim

Investigar emoções e comportamento e descrever brevemente:

_____

_____

30. Agora vamos conversar sobre você. Em algum momento da sua vida, você já se machucou, por exemplo, se cortou, de maneira intencional (Autolesão com ou sem intenção de morrer)?

☐ Não
☐ Sim

Como foi?

_____

_____

30.a Quando você fez esses ferimentos, você tinha a intenção/vontade de morrer?

☐ Não
☐ Sim

Descrever o que aconteceu antes e depois

_____

_____

30.b Você ainda faz esses cortes/ferimentos?

☐ Não
☐ Sim

Descrever (como, onde, quando e consequências)

_____

_____

31. Agora vamos conversar sobre pensamentos que podem aparecer em nossa mente. Irei te perguntar sobre pensamentos sobre morte ou suicídio nos últimos 12 meses (Ideação suicida). Para cada item, você pode escolher as opções:

Nunca
Menos do que 3 ou 4 vezes no último mês
Aproximadamente 1 vez por semana
Quase todos os dias
Todos os dias

1) Durante o último mês, quantas vezes você pensou em se machucar?
   - ☐ Nunca
   - ☐ Menos do que 3 ou 4 vezes no último mês
   - ☐ Aproximadamente 1 vez por semana
   - ☐ Quase todos os dias
   - ☐ Todos os dias

2) Durante o último mês quantas vezes você acreditou que não valia a pena viver?
   - ☐ Nunca
   - ☐ Menos do que 3 ou 4 vezes no último mês
   - ☐ Aproximadamente 1 vez por semana
   - ☐ Quase todos os dias
   - ☐ Todos os dias

3) Durante o último mês quantas vezes você pensou o que teria acontecido se tivesse acabado com sua vida?
   - ☐ Nunca
   - ☐ Menos do que 3 ou 4 vezes no último mês
   - ☐ Aproximadamente 1 vez por semana
   - ☐ Quase todos os dias
   - ☐ Todos os dias

4) Durante o último mês quantas vezes você pensou em cometer suicídio?
   - ☐ Nunca
   - ☐ Menos do que 3 ou 4 vezes no último mês
   - ☐ Aproximadamente 1 vez por semana
   - ☐ Quase todos os dias
   - ☐ Todos os dias

5) Durante o último mês quantas vezes você pensou em desistir?
- ☐ Nunca
- ☐ Menos do que 3 ou 4 vezes no último mês
- ☐ Aproximadamente 1 vez por semana
- ☐ Quase todos os dias
- ☐ Todos os dias

32. Você me contou um pouco sobre os seus pensamentos (resumir um pouco os resultados anteriores). Gostaria de saber se, em algum momento da sua vida, você chegou a pensar em morrer e planejar como seria (Planejamento)?
- ☐ Não
- ☐ Sim

Como foi (descrever motivação, se há definição clara de método, local e data)?

_____

_____

Se 32 sim, perguntar:

32.a Atualmente, você possui algum plano para morrer?
- ☐ Não
- ☐ Sim

Se 32.a sim, perguntar:

32.b Qual a sua motivação para colocar esse plano em ação?
- ☐ Baixa
- ☐ Moderada
- ☐ Forte

33. Em algum momento da sua vida, você chegou a tentar suicídio? (Tentativa)
- ☐ Não
- ☐ Sim

Quantas vezes? ____

Caso a resposta seja sim, perguntar:

33.a Vamos pensar agora na última vez que houve a tentativa. Me conte o aconteceu.
Descrever qualitativamente

_____

_____

Opções para marcar (perguntas norteadoras) a partir da descrição qualitativa:

33.a.1 Onde aconteceu?
☐ Casa
☐ Trabalho
☐ Rua
☐ Outros

33.a.2 Quando aconteceu?
Informar Data:
Marcar:
☐ Aconteceu nos últimos 3 meses?
☐ Aconteceu nos últimos 6 meses?
☐ Aconteceu antes disso

33.a.3 Qual foi o método?
☐ Enforcamento
☐ Uso de medicamento, substâncias lícitas ou ilícitas e/ou veneno
☐ Precipitação (jogar-se de altura)
☐ Afogamento
☐ Outros

Qual:

_____

_____

33.a.4 Qual foi o gatilho para a tentativa (o que aconteceu antes da tentativa que desencadeou o ato)
Qualitativo:

_____

_____

Gatilho relacionado a (marcar):
☐ Trabalho
☐ Chefia
☐ Família
☐ Amigos
☐ Outros

Caso haja mais de uma tentativa, perguntar:

34.a Vamos pensar agora na primeira vez que houve a tentativa. Me conte o aconteceu.
Descrever qualitativamente
_____
_____

Opções para marcar (perguntas norteadoras) a partir da descrição qualitativa:

34.a.1 Onde aconteceu?
☐ Casa
☐ Trabalho
☐ Rua
☐ Outros

34.a.2 Quando aconteceu?
Data: _____/_____/ _____

34.a.3 Qual foi o método?
☐ Enforcamento
☐ Uso de medicamento, substâncias lícitas ou ilícitas e/ou veneno
☐ Precipitação (jogar-se de altura)
☐ Afogamento
☐ Outros
Qual:
_____
_____

34.a.4 Qual foi o gatilho para a tentativa (o que aconteceu antes da tentativa que desencadeou o ato)
Qualitativo:

_____

_____

Gatilho relacionado a (marcar):
☐ Trabalho
☐ Chefia
☐ Família
☐ Amigos
☐ Outros

Espera-se que as sessões do serviço de Promoção à Vida ofereçam um cuidado mais intensificado no momento da crise, e que o psicólogo responsável, através de um bom vínculo terapêutico, ajude o paciente a entender a complexidade do comportamento suicida, a trabalhar os fatores de risco que estejam causando maior sofrimento, a potencializar fatores de proteção e a criar estratégias mais adaptativas em momentos de novas crises. Além disso, é um momento em que o terapeuta poderá psicoeducar e acolher alguém escolhido pelo paciente para ser sua referência afetiva, capaz de oferecer apoio social e suporte nos momentos de crises (caso retornem). Através do protocolo, objetiva-se reduzir o comportamento suicida e melhorar variáveis referentes a saúde mental.

3. CONSTRUÇÃO DO PLANO DE INTERVENÇÃO

Esse protocolo foi primeiramente desenvolvido para um projeto de doutorado pela equipe do Ambulatório de Promoção à vida (AMPROV), um projeto de extensão da Universidade Federal de Minas Gerais: ele foi adaptado para o atendimento on-line a profissionais de segurança pública. Foi desenvolvido com o objetivo de conduzir uma psicoterapia breve para pacientes em crise suicida em ambiente ambulatorial. A intervenção tem como finalidade a redução de ideação suicida e de novas tentativas de suicídio e melhora de indicadores de saúde mental e é baseada em: artigos que apresentam intervenção on-line para pacientes com risco de suicídio; em orientações da World Health Organization [WHO (2014/2019)] sobre fatores de risco e fatores protetivos; em pressupostos da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) (Beck, 1996, Knapp & Beck, 2008); em estratégias da terapia de resolução de problemas (D'Zurilla & Goldfried,1971, Nezu & Nezu, 1996); em orientações do uso da TCC no comportamento suicida (Bryan & Rudd, 2024, Ferrari & Cátula, 2014, Wenzel et al., 2010); em uma revisão de literatura sobre psicoterapias eficazes para prevenção de suicídio (Santos et al., 2024); na intervenção de crise (Botega, 2023) e em um ensaio clínico com população de militares (Rudd et al., 2015).

Para otimizar a chegada desse serviço a esses profissionais em sofrimento, a intervenção foi idealizada para ser aplicada de forma on-line. Intervenções on-line podem chegar a pessoas que vivem em uma região onde os cuidados de saúde mental são menos disponíveis ou acessíveis, além disso, facilita o acesso do usuário que em outras circunstâncias não buscaria ajuda, seja pelos custos ou pelos estigmas relacionados a busca de ajuda em saúde mental.

Foi realizada uma busca com descritores relacionados a eficácia de psicoterapias on-line para pacientes com ideação suicida e tentativa de suicídio em quatro bases, em 2024: Medline via Pubmed, Medline e Paho-Iris via BVS, PsycInfo e Google Acadêmico. Buscou-se artigos que trouxeram intervenções on-line para pacientes com ideação ou tentativa de suicídio. Como critérios de inclusão, os artigos ou textos precisavam dissertar sobre intervenções on-line para pacientes com comportamento suicida. As palavras-chaves e termos de

assunto empregados na busca foram: attempted suicide, suicide, parasuicide, suicide completed, self-injurious behavior, suicidal ideation, suicidal ideation, suicidal behavior, suicide prevention, suicide prevention, Internet Based Intervention, Internet-Based Interventions, Internet Intervention, Internet Interventions, Intervention, Interventions, Web-based, Web based Intervention, Online Intervention, Intervention, Online, Interventions, On Line Systems, System On-Line, Psychological intervention, Intervention, Psychological, Psychotherapy, Psychodynamic, Imagery Psychotherapy, Rational Emotive, Psychotherapy, Group Psychotherapy, Brief (Person-Centered Psychotherapy, Interpersonal Psychotherapy, Cognitive Behavioral Therapy, Crisis Intervention, Brief Advice, Critical Incident Stress Debriefing, Psychotherapies, Dialectical Behavior Therapy, randomized controlled trial, controlled clinical trial, randomized, drug therapy e randomly.

Os artigos foram enviados para o aplicativo Rayyan e as duplicatas foram excluídas. Os critérios de inclusão foram: psicoterapia on-line realizada por terapeuta em tempo real, a pacientes com ideação ou tentativa de suicídio recente. Os critérios de exclusão envolveram sessões autoguiadas ou realizadas em forma de vídeos, ou em forma de aplicativos. Os estudos foram avaliados por duas pessoas diferentes de forma cega, o cegamento foi quebrado e as divergências foram resolvidas entre ambos os pesquisadores. Dos 122 artigos selecionados através da leitura de títulos e resumos, somente 13 artigos foram selecionados para leitura integral. Nenhum dos artigos apresentou um ensaio clínico para pacientes com ideação suicida ou tentativa atendidos de forma on-line com a presença ativa do terapeuta. Todas as intervenções eram autoguiadas ou guiadas em forma de vídeos: Batterham et al, 2020; Naze et al, 2024, April et al, 2021, Christensen et al, 2013, Eylem et al, 2021, Kerkhof et al, 2016; Josifovski et al, 2022, Dimidjian et al, 2022, Robinson, et al, 2016, Robinson at al, 2015, Dimidjan et al. 2022, Hetrick et al, 2017. A intervenção de Dobias et al. (2013) teve a presença do terapeuta, mas ocorreu em apenas uma sessão e foi dedicado a adolescentes com automutilação não suicida, o que se distanciou do objetivo desse estudo.

As intervenções encontradas nessa busca se concentraram em: identificação da natureza do pensamento suicida repetitivo; regulação da emoção; identificação de padrões de pensamento e de crenças inúteis; identificação de pensamentos automáticos; prevenção de recaídas; ativação comportamental; planejamento de atividades; reestruturação cognitiva; promoção de competência social; higienização do sono; reconhecimento

do próprio corpo (interocepção) e técnicas de relaxamento. Abaixo destaca-se alguns artigos (De Jaegere et al., 2019; Dimidjian et al. 2022; Kerkhof e Spijker, 2016) que mostraram diferenças significativas que favoreceram a intervenção na redução de ideação suicida: algumas dessas técnicas são utilizadas no ambulatório de promoção à vida e serão estimuladas nessa versão do protocolo para profissionais da Segurança Pública.

De Jaegere et al. (2019) adaptaram a intervenção de autoajuda on-line *Think Life* não guiada, desenvolvida originalmente por van Spijker, van Straten e Kerkhof (2010) ao contexto flamengo. A intervenção é baseada principalmente na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e inclui elementos da Terapia Comportamental Dialética (TCD), Terapia de Resolução de Problemas (TSP) e Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness (TCMB). Os seis módulos que sempre se iniciam com psicoeducação, se concentram em diferentes aspectos, incluindo: a relação entre pensamento suicida e preocupação/ruminação; administração de crises suicidas; identificação de pensamentos automáticos; reconhecimento de padrões comuns de pensamento; desafio a pensamentos negativos; e preparação para contratempos futuros.

Dimidjian et al. (2022) estudaram os efeitos de uma terapia on-line *Mindful Mood Balance (MMB)*, baseado na terapia cognitiva e em atenção plena, na redução de ideação suicida. O tratamento MMB foi desenvolvido para fornecer os principais componentes do programa de terapia cognitiva presencial baseado em *mindfulness* em uma plataforma on-line de 8 sessões, autoadministradas. O tratamento ajudou os participantes trabalharem padrões cognitivos habituais, automáticos e disfuncionais relacionados a depressão. No final da intervenção, houve uma diferença significativa entre MMB e tratamento usual (t (103) = 2,02, p = 0,046) produzindo uma razão de chances de 3,43 (IC de 95% 1,02–11,53), indicando que os participantes do MMB tinham 3,43 vezes mais probabilidade de estar em uma categoria inferior de ideação suicida em comparação aos participantes do grupo controle.

Kerkhof e Spijker (2016) dissertaram sobre a necessidade de conscientização aprimorada do papel da preocupação e da conversa interna ruminativa no processo suicida e como abordagens de tratamento cognitivo-comportamental podem levar a um bom progresso no tratamento desses pensamentos. Essas abordagens podem ser adaptadas de forma útil para o tratamento da preocupação em pacientes suicidas deprimidos.

O estudo de Smith et al. (2021) teve como objetivo principal desenvolver um programa de treinamento de conscientização interoceptiva on-line e

testar sua aceitabilidade e como objetivo secundário testou se a intervenção estava associada a reduções nos resultados clínicos, em particular, na ideação suicida. A interocepção é a condição fisiológica de todo o corpo é crucial para reconhecer emoções e sensações, como fome, temperatura e dor, e responder adequadamente. É a consciência do self, se refere à correspondência entre sensações corporais sentidas e percebidas. A intervenção incluiu psicoeducação sobre interocepção e como ela está relacionada à saúde mental, e as sessões individuais ensinaram relaxamento muscular, funcionalidade corporal, consciência emocional e psicoeducação sobre alimentação intuitiva. Houve melhora na interocepção e diminuição de ideação suicida nos participantes.

Ainda sobre a contribuição de estudos na construção dessa intervenção do Serviço 3, foi utilizado o estudo de Santos et al. (2024) que realizaram uma revisão sistemática de literatura a respeito de intervenções psicoterápicas eficazes para redução de novas tentativas de suicídio. Essa revisão apontou para a eficácia dessas intervenções na redução de novas tentativas de suicídio. Foram encontrados dezessete artigos com amostras de pacientes com tentativas anteriores, dos quais sete (seis estudos) apresentaram diferenças estatísticas que favoreceram a intervenção psicoterapêutica em algum momento durante o acompanhamento. Essas intervenções tinham um número restrito de sessões e abordaram: aliança terapêutica precoce, psicoeducação, planejamento de segurança, contato contínuo de longo prazo, identificação e ajuda na resolução de dificuldades interpessoais que causaram ou pioraram o sofrimento psicológico, resolução de problemas, indução de esperança, adesão e continuidade na fase aguda, motivação para novas terapias e treinamento de habilidades.

Serão citados a seguir estudos clínicos com populações que apresentam riscos para tentativas de suicídio, ou para a morte por suicídio, além de aspectos de abordagens teóricas utilizadas na prevenção e no tratamento do comportamento suicida nesses estudos realizados de forma presencial.

O *Attempted Suicide Short Intervention Program* (ASSIP) foi um programa exitoso quanto à redução de tentativas de suicídio composto de três sessões de psicoterapia baseadas na Terapia Cognitiva Comportamental (TCC), administrada em 60 a 90 minutos com adição de envio de cartas, durante 24 meses, a pacientes admitidos na unidade de emergência do Hospital Geral da Universidade de Berna, Suíça, após tentativa de suicídio. Esse programa teve como objetivos a compreensão de situações emergenciais que desencadearam o comportamento suicida, visando a construção de estratégias de segurança

para crises futuras. Trabalhou com psicoeducação, planejamento de segurança, conceituação cognitiva de caso, formação de aliança terapêutica precoce e contato contínuo de longo prazo por cartas: essas cartas lembravam aos participantes o risco de longo prazo de futuras crises suicidas e a importância das estratégias de segurança. Em um acompanhamento de 24 meses, 5 tentativas de suicídio repetidas foram registradas no grupo ASSIP e 41 tentativas no grupo controle que recebeu somente o tratamento usual. A taxa de risco média foi de 0,17 (IC 95% 0,07–0,46), indicando que o grupo ASSIP teve um risco 83% reduzido de tentativa de suicídio durante o período de acompanhamento de 24 meses em comparação com o grupo controle (Gysin-Maillart, et al., 2016). Essa mesma terapia foi comparada com *Crisis Counseling* (CC) no estudo de Arvilommi et al. (2022) com pacientes adultos que tentaram suicídio e que foram atendidos em um hospital geral da cidade de Helsinque, Finlândia. O *Crisis Counseling* envolveu sessões individuais presenciais com identificação de sinais de alerta e estabelecimento de estratégias de segurança. Não houve diferença estatística significativa entre esses estudos: uma das possibilidades é que o CC também foi um programa de boa qualidade. Em 2025, um estudo publicado em Zurique por Monn et al. (2025) replicou a pesquisa de Gysin-Maillart et al. (2016) com pacientes admitidos após tentativa de suicídio. Surpreendentemente, não foi observada diminuição das tentativas de suicídio em pacientes com tentativas prévias. Esse resultado contrastante pode ser explicado por características específicas da amostra de Monn et al. (2025), que incluiu mais participantes com uso prejudicial de substâncias, transtornos de personalidade e histórico de tentativas repetidas de suicídio.

Brown et al. (2005) ofereceram 10 sessões de psicoterapia Cognitiva de forma ambulatorial a pacientes que tentaram suicídio e foram avaliados na emergência do Hospital da Universidade da Pensilvânia, Filadélfia. As sessões foram realizadas semanalmente ou quinzenalmente ou, conforme a necessidade, e identificaram pensamentos automáticos, imagens e crenças centrais que foram ativadas antes da tentativa de suicídio promovendo o desenvolvimento de estratégias e formas adaptativas para lidar com os estressores. Os resultados indicaram que os participantes do grupo de Terapia Cognitiva tiveram uma taxa de nova tentativa significativamente menor do que aqueles no grupo de cuidados habituais. A taxa de risco desta análise foi de 0,51 (IC 95%, 0,26-0,997), o que sugere que os participantes do grupo de Terapia Cognitiva eram, aproximadamente, 50% menos propensos a tentar suicídio durante o período de acompanhamento do que os participantes do

grupo de cuidados habituais. Da linha de base até a avaliação de 18 meses, 13 participantes (24,1%) no grupo de Terapia Cognitiva e 23 participantes (41,6%) no grupo de cuidados habituais fizeram pelo menos uma tentativa de suicídio subsequente (escore z assintótico, 1,97; P = 0,049).

O programa *Outreach, Problem-solving, Adherence, Continuity (OPAC)* desenvolveu a resolução de problemas, com gerenciamento de crises entre as sessões por meio de planos de enfrentamento acordados e promoveu auxílio na identificação de eventos, pensamentos e sentimentos relacionados ao comportamento suicida, além de trabalhar com indução de esperança, motivação da adesão e da continuidade do tratamento na fase aguda e motivação para terapia adicional em uma população que procurou o Hospital Universitário de Copenhagen em Amager, Dinamarca, depois de tentativa de suicídio. A intervenção ofereceu contato imediato após uma tentativa de suicídio, enquanto o paciente ainda estava no hospital e acompanhado após a alta hospitalar, por contato pessoal, telefonemas, cartas, mensagens de texto e e-mail. Dos 69 pacientes do grupo intervenção, 6 repetiram um ato suicida após um ano (dois dos quais estavam entre os quatro que desistiram após a randomização) e 17 repetiram uma tentativa de suicídio após 5 anos. Dos 64 pacientes do grupo controle, 14 repetiram um ato suicida após 1 ano (dois dos quais estavam entre os quatro desistentes) e 19 repetiram a tentativa de suicídio após 5 anos. O efeito parece se desgastar ao longo do tempo, deixando uma diferença de apenas dois pacientes que repetiram um ato suicida entre o grupo de intervenção e o controle. Os cálculos de significância realizados pelo teste *log-rank* mostraram que o efeito sobre o número de pacientes que repetiram um ato suicida não foi mais significativo no seguimento de 5 anos, enquanto apresentava uma diferença significativa em 1 ano. Para os 69 pacientes do grupo intervenção houve 8 casos de repetição de atos suicidas em 1 ano de seguimento e 33 casos de repetição de atos suicidas em 5 anos de seguimento. Para os 64 pacientes do grupo controle houve 22 eventos suicidas em 1 ano de seguimento e 36 eventos em 5 anos de seguimento. De acordo com o teste de regressão binomial negativo, o efeito do tratamento sobre o número de eventos suicidas permaneceu significativo no seguimento de 5 anos (p = 0,0392) (Hvid, et al., 2011 e Lahoz, et al., 2016). Concluindo, houve diferença significativa em 1 ano de segmento entre o número de eventos e o número de pessoas que tentaram suicídio e em 5 anos houve diferença significativa favorecendo a intervenção apenas para o número de evento e não para o número de participantes.

A psicoterapia Interpessoal Psicodinâmica aplicada por Guthrie, et al., (2001) a pacientes atendidos em um pronto-socorro de um hospital universitário no Reino Unido, após um episódio de autointoxicação deliberada, foi realizada em quatro sessões na casa do paciente e proporcionou o desenvolvimento de habilidades para a solução de dificuldades interpessoais que causavam ou agravavam o sofrimento psicológico. Esse modelo foi desenvolvido por Hobson (1985) com um grande foco na aliança terapêutica. Seus princípios foram definidos como: a suposição de que os problemas do paciente surgem ou são exacerbados por distúrbios de relacionamentos pessoais significativos; postura terapêutica de apoio e encorajamento que busca desenvolver uma compreensão mais profunda com o paciente por meio de negociação, exploração de sentimentos e metáforas; interligação da angústia do paciente a problemas interpessoais específicos; e utilização da relação terapêutica para abordar problemas e testar soluções no "aqui e agora" (Guthrie et al., 1999). As habilidades dessa terapia tiveram como objetivos: resolução de problemas interpessoais que se concentram nas pequenas variações da relação terapêutica (Coren, 2020); incentivo às pessoas a compartilharem como estavam se sentindo, com foco no presente; facilitação da compreensão de um problema, gerando hipóteses de resolução. Aos seis meses de acompanhamento, cinco pacientes (9%) no grupo de intervenção haviam tentado suicídio novamente em comparação com 17 pacientes (28%) no grupo de tratamento usual, demonstrando uma diferença estatística significativa favorecendo a intervenção (p = 0,009).

Assertive Intervention for Deliberate Self- harm, chamada de AID (Morthorst et al., 2012), foi uma intervenção ofertada a participantes que foram admitidos após uma tentativa de suicídio em seis hospitais regionais na área de abrangência de Copenhague, Dinamarca. AID consistia de gestão de casos com intervenção de crise, resolução de problemas, apoio motivacional e assistência ativa aos pacientes nas consultas agendadas, para melhorar a adesão ao pós-tratamento. Enfermeiros especialistas fizeram de 8 a 20 sessões, por seis meses. Foram utilizados também telefonemas e mensagens de texto. A gestora ofereceu consultas familiares mediadoras aos adolescentes e seus familiares e sugeriu o envolvimento de redes sociais ou profissionais independentemente da idade. Durante recaídas ou eventos estressantes da vida, a frequência de contato foi intensificada, incluindo a disponibilidade de contato fora do horário habitual para prevenir comportamento suicida subsequente. Essa intervenção foi adicionada ao tratamento padrão e pode

não ter apresentado diferença estatística significativa na redução de tentativa de suicídio em comparação ao grupo controle, que só recebeu tratamento usual, porque o tratamento padrão oferecido pelo Centro de Excelência em Prevenção ao Suicídio de Copenhague foi considerado um pós-tratamento de boa qualidade que oferecia de seis a oito sessões terapêuticas para pacientes que não abusavam de substâncias e não estavam recebendo outros tratamentos em andamento.

A Terapia Cognitiva Comportamental para Resolução de Problemas de Salkovskis, et al. (1990), ofertada a pacientes com tentativas prévias atendidos em um grande hospital geral da cidade de Leeds, Inglaterra, envolveu aprendizagem sobre formas de se enfrentar sistematicamente os estresses da vida. Os pacientes foram ensinados a identificar problemas e organizar prioridades para a resolução dos mesmos em cinco sessões, com ajuda de uma enfermeira. O tratamento poderia começar no hospital e se estender até a casa do paciente ou ser só na casa do paciente. Usando o teste exato de Fisher, a diferença entre proporção de pacientes que repetiram uma tentativa de suicídio em seis meses após a tentativa anterior ao tratamento foi significativa (nenhuma no grupo experimental versus três pacientes e quatro tentativas no grupo controle; p = 0,049). Aos 18 meses, os números não foram mais significativos (três pacientes e três tentativas no grupo experimental, quatro pacientes e seis tentativas no grupo controle; p=0,19). Esse estudo apresenta o problema de baixo poder estatístico em decorrência do pequeno número amostral, mas mostra a eficácia da TCC em seis meses de acompanhamento.

Wei et al. (2013) compararam três grupos com participantes que tentaram suicídio e que foram avaliados nos serviços de emergência de quatro hospitais gerais em Shenyang, China: um que recebeu Terapia Cognitiva, outro que recebeu ligações telefônicas periódicas e outro grupo que não recebeu intervenção específica: nos três grupos quando o paciente precisava do acompanhamento psiquiátrico com uso de medicação, esse acompanhamento era mantido. Os pacientes do grupo de Terapia Cognitiva foram programados para receber 10 sessões de Terapia Cognitiva desenvolvidas especificamente para prevenir tentativas de suicídio em um período de um mês. Essa terapia deveria ajudar os pacientes a desenvolverem formas adaptativas de lidar com estresse, pensamento e comportamento durante períodos de angústia emocional aguda, criando alternativas ao comportamento suicida. Os pacientes do grupo de intervenção telefônica foram programados para receber 12 ligações em um período de 3 meses. Essa

intervenção foi um apoio psicológico baseado principalmente na empatia, e proporcionou aos pacientes uma abordagem de suporte, escuta ativa e resolução colaborativa de problemas. Na avaliação de 3 meses, apenas um paciente no grupo controle tinha feito uma tentativa de suicídio subsequente. Na avaliação de 6 meses, 1 paciente na Terapia Cognitiva, 1 paciente no grupo de intervenção por telefone e 4 participantes do grupo de controle fizeram pelo menos uma tentativa de suicídio. Aos 12 meses, 1 paciente (1,2%) no grupo de Terapia Cognitiva, 1 paciente (1,3%) no grupo de intervenção por telefone e 5 pacientes (6,5%) no grupo controle fizeram pelo menos 1 tentativa de suicídio. Embora as taxas de tentativas tenham sido menores nos grupos que receberam intervenções comparadas ao grupo controle, as diferenças de tentativas de suicídio repetidas entre os três grupos não foram estatisticamente significantes (p = 0,08).

Nos estudos citados anteriormente pode se observar técnicas da Terapia Cognitiva e dentro dessa abordagem, a Terapia de Resolução de Problemas. O termo TCC, segundo Knapp e Beck (2008) é utilizado como um termo mais amplo que inclui tanto a Terapia Cognitiva padrão quanto combinações de estratégias cognitivas e comportamentais. Na terapia Comportamental Cognitiva (TCC) o terapeuta ajuda o paciente a compreender suas cognições e como elas mediam suas emoções e seu comportamento.

Segundo Wenzel et al. (2010) a premissa maior da Terapia Cognitiva é que diferentes interpretações da mesma situação podem favorecer respostas emocionais, fisiológicas e comportamentais muito diferentes que dependem de esquemas hipotéticos, desenvolvidos por experiências passadas, fatores genéticos e biológicos que guiam a direção na qual as pessoas canalizam sua atenção e codificam, organizam, armazenam e recuperam informações. Segundo os autores, as crenças de uma pessoa influenciam a maneira como ela interpreta seu ambiente e crenças desadaptativas vão gerando outras crenças negativas e distorções da realidade. Os esquemas negativos resultam em informações enviesadas: quando um esquema negativo é ativado, informações negativas são moldadas para se encaixarem no esquema e a função da Terapia Cognitiva é ajudar o paciente a desenvolver estratégias para avaliar informações novas antes que elas sejam integradas aos esquemas negativos (Wenzel et al., 2010). Ainda de acordo com Beck (1996) os sintomas e os comportamentos disfuncionais são cognitivamente mediados e sua melhora depende de uma modificação dos pensamentos e crenças disfuncionais. Para isso são utilizadas técnicas de auto-observação, identificação dos elos entre

cognição, afeto e comportamento, o trabalho com pensamentos automáticos e crenças errôneas.

Segundo Andretta (2011), na TCC deve ocorrer a formulação de caso que envolve: diagnóstico e sintomas; contribuições das experiências da infância; aspectos médicos, biológicos e genéticos; pontos fortes e qualidades; padrões típicos de pensamentos automáticos, emoções e comportamentos; esquemas subjacentes. A TCC é diretiva, voltada para o presente e exige participação ativa do paciente e terapeuta, tem tempo limitado, e uma estrutura pré-determinada com utilização de tarefas entre as sessões (Andrade, 2011).

A terapia de Resolução de Problemas foi desenvolvida em 1971 por D'Zurilla e Goldfried, com o propósito de treinar habilidades básicas de solução de problemas e sua extensão a problemas reais. Segundo Nezu e Nezu (1996) a solução de problemas depende das habilidades aprendidas durante a vida e da interferência de emoções negativas, como ansiedade e depressão, e compreende um processo de busca por uma solução eficaz para uma situação-problema, envolvendo competência social com a destreza de solução de questões de caráter interpessoal e intrapessoal. Pacientes suicidas geralmente tem dificuldades na resolução de problemas, apresentam constrição cognitiva com dificuldade em vislumbrar alternativas para os problemas vivenciados (McGlothlin, 2008). Os objetivos do tratamento são: ajudar na identificação de situações atuais e passadas que geram estresse, identificar um problema de forma correta para impedir ações impulsivas e automáticas e para direcionar a construção de soluções específicas e eficazes; criar várias alternativas para solução do problema; diminuir o nível em que uma resposta influencia de modo negativo as tentativas futuras de enfrentamento; aumentar a eficácia na resolução de problemas atuais; tomar decisões que implicam no bem-estar físico, emocional e social escolhendo as melhores alternativas; avaliar essas decisões; e ensinar habilidades para problemas futuros.

Townsend et al. (2001) baseados em uma meta-análise de seis estudos randomizados e controlados demonstraram a superioridade da terapia de Resolução de Problemas em comparação a tratamento usual com adultos com automutilação deliberada em relação a novos eventos de automutilação, mas a razão de chances agrupada não foi estatisticamente significativa. Segundo os estudos de Wenzel et al. (2010) a terapia de Resolução de Problemas sozinha não tem se mostrado eficaz em estudos com população suicida. Nesse projeto utiliza-se a Resolução de Problemas como um componente cognitivo e comportamental do programa. Embora esse estudo tenha como

base a TCC, ele não se restringe a essa teoria para a concretização do plano terapêutico.

Bryan e Rudd (2024) fizeram uma proposta de Terapia Cognitiva comportamental breve (TCCB), com média de 12 sessões, para pacientes com risco de suicídio alto. Eles organizaram o tratamento nas seguintes sessões: na primeira desenvolve-se com o paciente uma entrevista narrativa relacionada ao comportamento suicida, incluindo avaliação do risco, conceituação do caso e planejamento de resposta à crise. Nas sessões 2 a 5, foca-se nos fatores de risco, com estabilização de sintomas e redução do risco agudo, reforço do compromisso com o tratamento, desenvolvimento de habilidade de regulação emocional e aperfeiçoamento do plano de resposta à crise, criação de um ambiente seguro, treino de habilidades, evocação de emoções positivas e de motivos para viver, treino de controle do sono. Na sessão de 6 a 10 trabalha-se a redução de crenças suicidas, continua-se o trabalho com desenvolvimento de habilidades, trabalha-se com a relação dos pensamentos com emoções, o senso de significado da vida e de conexão com os outros e com experiencias positivas. Nas sessões 11 e 12 trabalha-se a prevenção de recaída, com o objetivo de assegurar que frente a situações de muito estresse, o paciente tenha habilidade para não recorrer ao suicídio: o paciente se imagina em situações de crise, mentalizando alternativas de enfrentamento, com resolução de problemas e flexibilidade cognitiva.

O artigo de Rudd et al. (2015) apresentou um ensaio clínico em que soldados com ideação ou tentativa recente de suicídio foram randomizados para tratamento usual sozinho ou tratamento usual acrescentado de Terapia Cognitiva comportamental breve (TCCB). Oito participantes em TCCB (proporção estimada: 13,8%) e 18 participantes em tratamento usual (proporção estimada: 40,2%) fizeram pelo menos uma tentativa de suicídio durante o período de acompanhamento de 2 anos (Wald $\chi^2 = 5,28$, df = 1, p = 0,02, razão de risco = 0,38).

Fonseca-Pedrero et al. (2021) enfatizaram a TCC e a Terapia Cognitiva (TC), juntamente com a terapia comportamental dialética (DBT), especialmente para indivíduos com transtornos de personalidade borderline, contato ativo e acompanhamento de casos, todos com alto grau de recomendação para tratamentos de transtornos psicológicos em adultos. Em seguida, veio o plano de segurança, programas de intervenção breve para indivíduos que tentaram suicídio e avaliação e gerenciamento colaborativo do comportamento suicida. Intervenções psicoterapêuticas são métodos de prevenção indicados para pessoas com tentativas anteriores de suicídio, abordando sentimentos,

pensamentos e comportamentos relacionados à tentativa de suicídio, resolução de problemas, gerenciamento do estresse e regulação emocional.

Visto todas as contribuições utilizadas, apresenta-se a seguir o plano do serviço para Promoção à Vida do Escuta SUSP (Serviço 3). Apresenta-se como uma psicoterapia breve, oferecida de forma on-line, com o objetivo de estabilizar o paciente que apresenta comportamento suicida. O Conselho Federal de Psicologia no uso de suas atribuições, regulamenta o exercício da psicologia mediado por Tecnologia Digital da Informação e da Comunicação (TDIC's) em território nacional. A regulamentação reconhece o exercício profissional mediado por TDIC's e reforça a atuação em consonância com os preceitos éticos da profissão. Entre outras orientações, o documento propõe que os profissionais que farão uso da tecnologia devem considerar meios para atender ou direcionar as demandas de urgência e emergência que ocorram durante a prestação do serviço, assim como ficarem atentos a necessidade de solicitar serviço prestado concomitante ou encaminhamento para a rede de proteção presencial, bem como para serviços exclusivamente presenciais em face das seguintes situações:

I - Situações que envolvam risco de morte/integridade do usuário, violência ou violação de direitos;

II - Ameaça à liberdade e privação de liberdade em suas diversas manifestações institucionais;

III - Situações de urgência e emergência, considerando a legislação sanitária vigente e desastres naturais.

A intervenção do plano do serviço para o serviço 3 do Escuta SUSP se pauta em uma escuta sensível, respeitosa e ética, considerando a individualidade de cada indivíduo. A atuação do profissional da psicologia deverá seguir com todas as orientações da resolução do CFP que regulamenta os atendimentos mediados por tecnologias digitais. (Resolução N° 9, DE 18 DE JULHO DE 2024 do Conselho Federal de Psicologia).

A intervenção, formada por 12 sessões, é de apoio e o paciente atendido nesta etapa deve ser acompanhado por uma psicoterapia (presencial, de preferência). A primeira sessão poderá ter 60 minutos. A segunda sessão terá um tempo de aproximadamente duas horas e as seguintes um tempo de 50 minutos: no início serão duas sessões por semana, sofrendo espaçamentos de acordo com a necessidade do paciente, mas chegando no limite de pelo menos uma sessão por semana. A segunda e a décima segunda sessões deverão contar

com a presença de uma referência afetiva. Essa referência não se restringe a familiares, pode ser um amigo, um vizinho: qualquer pessoa acima de 18 anos que o paciente sinta segurança para dividir seus sentimentos e buscar ajuda nos momentos de crise. Pode não ser a pessoa que o paciente indicou no cadastro do Escuta SUSP: explicações sobre essa referência afetiva e sua escolha serão realizadas na primeira sessão. Essa referência receberá psicoeducação e participará do plano de segurança nos itens permitidos pelo paciente.

Caso o terapeuta identifique um risco muito alto de suicídio já na primeira sessão, ele informará o paciente sobre a necessidade de contatar a referência afetiva, agindo com total cuidado e delicadeza. Além disso, o paciente será comunicado de que o Ponto Focal foi ou será acionado imediatamente para agilizar o acompanhamento psiquiátrico e psicológico presencial. A referência afetiva será acionada caso o paciente não compareça às sessões e não responda os contatos por telefone, bem como em situações de aumento de ideação suicida (tudo isso será explicada na primeira sessão). O papel dessa referência será dar apoio nos momentos de crise, buscando a segurança do paciente, fazendo companhia, retirando métodos letais e levando o paciente para serviços de crise em momentos que um tratamento intensivo, como internação, for indicado. Será importante também quanto a motivação do paciente no tratamento, frente o sofrimento apresentado.

Os objetivos das sessões dessa fase do Escuta SUSP são: realizar uma escuta acolhedora e cuidadosa, criar estratégias para enfrentar fatores de risco, potencializar fatores protetivos, desenvolver habilidades para resolução de problemas relacionados ao comportamento suicida, propiciar a elaboração de emoções e pensamentos negativos, capacitar os pacientes de recursos para atuarem de forma mais adaptativa em possíveis novas crises, realizar encaminhamentos para dispositivos da rede intersetorial.

A relação terapêutica deve ser construída com cuidado, interesse genuíno e empatia. A empatia é definida por Carl Rogers (1961) como a capacidade de perceber a emoção da outra pessoa como se fosse a sua, porém sem perder a condição do “se”, compreendendo e validando a experiência do outro, com questionamento gentil e aceitação incondicional do paciente.

A intervenção em crises, segundo Botega (2023) se orienta para as questões pessoais e sociais emergentes com objetivo de diminuir o risco de suicídio. Nesse processo, segundo esse autor, deve-se:

> Reforçar mecanismos de defesa adaptativos e aspectos sadios da personalidade; afastar pressões ambientais que estejam incrementando

> a crise; adotar medidas que visem ao alívio de sintomas e de condutas impulsivas; aumentar a autoestima do paciente; restabelecer habilidades adaptativas e um nível aceitável e seguro de funcionamento (p. 195).

Os princípios para psicoterapia de crise orientada para o paciente com comportamento suicida, segundo Botega (2023), estão descritos abaixo, com adaptações, associadas às orientações de Andrade (2011) para se estabelecer um bom relacionamento paciente – terapeuta:

Figura 1:
Atitudes do terapeuta

6. Ser empático, respeitoso, não crítico e colaborativo;
7. Estabelecer e manter uma relação terapêutica colaborativa;
8. Ser sensível às questões socioculturais, econômicas e educacionais do paciente;
9. Considerar sua disponibilidade interna;
10. Reservar tempo na agenda, pois novas crises podem surgir de forma inesperada;
11. Ouvir com atenção e sem julgamento;
12. Preparar-se para transfusão de esperança;
13. Tolerar a ambivalência;
14. Resumir o que compreendeu e buscar esclarecimentos sobre dúvidas;
15. Reavaliar sempre o risco de suicídio;
16. Se o risco for grande, permanecer com a pessoa até conseguir ajudar, sem deixá-la sozinha ou desamparada;
17. Identificar e obter apoio de pessoas significativas;
18. Viabilizar encontros com as referências afetivas;
19. Observar e encaminhar o paciente à Psiquiatria para ajuda de psicofármacos que são utilizados para tratar a ansiedade, insônia, impulsividade, alterações do humor, alterações do pensamento, alterações da sensopercepção;
20. Observar reações emocionais e distorções cognitivas, pontuando-as quando pertinente;
21. Respeitar momentos de silêncio e choro;
22. Definir problemas e buscar soluções alternativas;

23. Explorar como o paciente enfrentou e superou crises no passado;
24. Propor objetivos escalonados;
25. Revisar o plano de segurança sempre que necessário;
26. Fazer telefonemas periódicos;
27. Compartilhar angústia e ações com pares e supervisor;
28. Reconhecer os pensamentos e sentimentos do próprio terapeuta acionados pela terapia;
29. Buscar *feedback* do paciente;
30. Preparar e encaminhar o paciente para psicoterapia de longo prazo ou para rede intersetorial, de acordo com as necessidades apresentadas.

Trata-se de uma intervenção que seguirá um protocolo: mas esse protocolo é apenas uma direção de atendimento, podendo ser alterado de acordo com a necessidade do paciente. Os objetivos a serem trabalhados em cada sessão estão expostos abaixo. Posteriormente, as sessões são detalhadas e colocadas em blocos: isso ajudará o terapeuta a ter maior flexibilidade na sequência das sessões de acordo com a necessidade do paciente. No final da intervenção o clínico realizará um julgamento subjetivo sobre o progresso do paciente ao longo da terapia e os pacientes serão avaliados quanto ao comportamento suicida. Caso o paciente tente suicídio e retorne às sessões, o plano de segurança e o cartão de crise serão novamente acionados.

Figura 2:
Objetivos das sessões

Sessão	Objetivos
1	Acolhimento, explicação sobre o objetivo de estabilização, escuta da narrativa do paciente e sua correlação com o comportamento suicida, psicoeducação e construção do plano de segurança. Explicação sobre a presença de uma referência afetiva na próxima sessão.
2	Correlação da história de vida com o sofrimento atual. Identificação de problemas e gatilhos. Realização da conceituação de caso. Participação de referência afetiva: psicoeducação e plano de segurança.

Sessão	Objetivos
3	Identificação de problemas e objetivos de resolução. Exploração de novas maneiras de se relacionar com emoções intensas e pensamentos; transformação de crenças, pensamentos e comportamentos problemáticos, que estão relacionados a: impulsividade, desesperança e desespero.
4	Restruturação cognitiva de crenças negativas. Identificação de problemas e objetivos de resolução. Exploração de novas maneiras de se relacionar com emoções intensas e pensamentos; transformação de crenças, pensamentos e comportamentos problemáticos, que estão relacionados a: impulsividade, desesperança e desespero.
5	Modificação do ambiente para evitar gatilhos e retomada de resolução de problemas. Encaminhamento para outros dispositivos, conforme demanda, para acompanhamento concomitante: busca de serviços intersetoriais que diminuam as possíveis condições que causem vulnerabilidade ao sujeito.
6	Regulação emocional: frustrações e relações interpessoais. Desenvolvimento de habilidades de resolução de problemas relacionais e sociais. Técnicas de relaxamento.
7	Regulação emocional: frustrações e relações interpessoais. Desenvolvimento de habilidades de resolução de problemas relacionais e sociais.
8	Restruturação cognitiva: desenvolvimento de crenças positivas.
9	Potencialização de fatores protetivos e esperança: situações que favoreçam sentimentos positivos. Reforçar características positivas, trabalhar com habilidades sociais, talentos, explorar fatores ambientais e sociais que também colaborem para o sucesso do tratamento. Uma boa rede social deve ser sempre potencializada com o paciente.
10	Reflexão sobre experiências e relações positivas vividas no passado; perspectiva de futuro.

Sessão	Objetivos
11	Síntese de questões emocionais e cognitivas sobre o significado de vida frente às intervenções realizadas. Perspectivas futuras. Prevenção de recaídas: rever plano de segurança. Trabalhar novas possibilidades de reação em situações de risco. Avaliação do comportamento suicida.
12	Motivação para terapia de longo prazo e continuidade do acompanhamento psiquiátrico, caso esteja acontecendo. Acordo sobre acompanhamento telefônico. Novo encontro com referência afetiva: reforçar a importância dos vínculos sociais.

Observações: Durante todo o processo terapêutico, devem ser observados: aumento do risco suicida, piora do quadro de humor, aumento de consumo de álcool e outras drogas, abandono do seguimento de outras formas de tratamento tais como medicações. Além disso, o plano de segurança pode ser revisto sempre que necessário. Essas informações devem ser anotadas no prontuário eletrônico do paciente e a alteração comunicada ao supervisor. Importância crucial deve ser dada ao paciente de segurança pública quanto ao porte de arma de fogo. Sabe-se que a retirada da arma implica questões como diminuição do salário e quebra da imagem desse profissional de segurança pública, mas em momentos de crise deve se intensificar a segurança do profissional, com a retirada desse método. Essa questão sempre será comunicada pelo terapeuta do serviço 3 ao supervisor e será abordada com o paciente como uma medida temporária para assegurar sua segurança. Antes de chegar ao serviço 3, o Ponto Focal responsável será informado sobre a gravidade do quadro e sobre a necessidade de retirada do porte de arma de fogo.

No final de cada sessão deve ser questionado ao paciente o que ele aprendeu sobre seus sentimentos, pensamentos, comportamentos, resolução de problemas, técnicas de relaxamento e como isso pode ser utilizado em uma nova crise. O terapeuta pode pedir que o paciente tenha um caderninho para que possa fazer anotações e escrever sobre questões aprendidas em cada sessão, conforme orientado por Bryan e Rudd (2024). O ideal, segundo esses autores, seria o terapeuta comprar o caderno, mas isso não é possível em decorrência do formato on-line. A justificativa é que esse registro ajuda

o paciente a obter uma perspectiva sobre saúde, identificar padrões de comportamento, perceber estratégias eficazes para regulação emocional e resolução de problemas.

Caso seja percebida uma piora psíquica do paciente com a terapia, com aumento da ideação suicida e risco de novas tentativas, a referência afetiva do paciente será contatada imediatamente e instruída a levá-lo no local de urgência a ser definido pelo Ponto Focal. Se por qualquer motivo o paciente desejar interromper o tratamento, será respeitado, mas isso será comunicado ao Ponto Focal. O paciente na primeira sessão será informado que caso deixe de comparecer sem justificativas e esteja em alto risco, o ponto focal será comunicado.

Um dos grandes problemas encontrados quanto a esse público é a baixa adesão ao tratamento, com 50% ou mais dos pacientes que não compareceram ou abandonaram o tratamento de acompanhamento dentro de 1 semana (Gysin-Maillart). Isso foi observado no estudo de Wei et al. (2013), uma vez que a desistência do grupo que recebeu Terapia Cognitiva prejudicou a mensuração do comportamento suicida. Wenzel (2010) também aponta desistência do paciente nos processos de tratamento.

Se o paciente não for à sessão, após tentativa de contato com o mesmo pelo terapeuta responsável, haverá tentativa de contato com a sua referência afetiva e com os outros contatos presentes no plano de segurança do paciente, a fim de obter informações sobre motivos de perda de seguimento. Em caso de não comparecimento do paciente por óbito por suicídio, será ofertado acolhimento terapêutico a referência afetiva e outros familiares mais próximos.

4. DIVISÃO EM BLOCOS

Para possibilitar uma maior flexibilidade do protocolo de atendimento ao paciente em crise suicida, as sessões foram divididas em blocos.

Figura 3:
Organização das sessões em blocos

Bloco 1 (Sessões 1 e 2):
Acolhimento, entrevista, psicoeducação, construção do plano de segurança; correlação da história de vida com o sofrimento atual que desencadeou a tentativa de suicídio. Identificação de problemas e gatilhos. Realização de formulação de caso. Identificação, acolhimento e psicoeducação da referência afetiva. Avaliação quando necessário. *Simple Steps*.
Bloco 2 (Sessões 3, 4, 5, 6 e 7):
Identificação de problemas e objetivos de resolução. Regulação emocional: frustrações e relações interpessoais. Desenvolvimento de habilidades de resolução de problemas relacionais e sociais. Encaminhamento para outros dispositivos, conforme demanda, para acompanhamento concomitante.
Bloco 3 (Sessões 8, 9,10):
Restruturação cognitiva: desenvolvimento de crenças positivas. Potencialização de fatores protetivos e esperança: situações que favoreçam sentimentos positivos. Reforço de características positivas: habilidades sociais, talentos e fatores ambientais e sociais que também colaborem para o sucesso do tratamento.
Bloco 4 (Sessões 11 e 12):
Reflexão sobre experiências e relações positivas vividas no passado; perspectiva de futuro. Síntese de questões emocionais e cognitivas sobre o significado de vida frente às intervenções realizadas. Prevenção de recaídas: rever plano de segurança. Motivação para terapia de longo prazo. Acolhimento e aconselhamento da referência afetiva.

5. DETALHAMENTO DE CADA SESSÃO

Primeira sessão

> *Acolhimento, escuta da narrativa relacionada ao comportamento suicida, explicação sobre o objetivo de estabilização, psicoeducação e construção do plano de segurança. Priorização do vínculo terapêutico.*

Deve-se: realizar um bom acolhimento com uma escuta cuidadosa da narrativa apresentada: especificar o projeto, sinalizar que é uma terapia adicional para estabilização da crise e que não substitui a psicoterapia e acompanhamentos psiquiátricos de forma presencial; avaliar o risco de uma nova tentativa de suicídio; ajudar o paciente a identificar gatilhos para poder prevenir novas crises; realizar um plano de segurança em que o paciente desenvolva estratégias em situações de crise; identificar a necessidade de acompanhamento psiquiátrico e em caso de necessidade, realizar os devidos encaminhamentos; explicar ao paciente os limites da confidencialidade: essa será quebrada visando o menor prejuízo para o paciente (CFP, 2013). Explicar que duas faltas sem aviso prévio (12 horas) podem inviabilizar o acompanhamento. Orientar sobre a disponibilidade telefônica do terapeuta e os limites de contato por mensagens e ligações: o terapeuta estará disponível no horário de 08: 00 às 22:00, durante a noite o paciente deverá buscar os serviços de referência indicados pela corporação em caso de nova crise.

a) *Rapport*: acolhimento e empatia frente o sofrimento apresentado: deve-se construir “um relacionamento cordial, de entendimento, de aceitação e de empatia mútua, capaz de facilitar e aprofundar a experiência terapêutica” (Botega, 2023, p. 144). Legitime a experiência do paciente. Proporcione um vínculo que assegure uma comunicação efetiva que possibilite a ajuda. Busque compreender o que levou ao tratamento. Um estudo que avaliou a relação entre a aliança terapêutica na psicoterapia e as experiências suicidas em uma revisão da literatura realizada por Huggett et al. (2022) revelou evidências mistas quanto à relação entre a aliança terapêutica e as experiências suicidas como preditores, correlatos e desfechos.

No entanto, uma forte aliança terapêutica relatada no início da psicoterapia foi associada a uma subsequente redução na ideação suicida e nas tentativas de suicídio.

b) Explique o funcionamento do programa: serão 12 sessões, com tempo de 40 minutos (primeira e segunda com tempo maior). Serão duas sessões por semana, podendo ser espaçadas, de acordo com a estabilização do paciente, no limite de uma sessão por semana. O participante deverá ser sensibilizado sobre a importância de seguir o tratamento, realizar as tarefas e não faltar e deve ser informado que as sessões serão supervisionadas.

c) Realize a entrevista que contém questões que avaliam o risco de suicídio. Utilize o "*The Simple Steps model of suicide assessment*" *(McGlothlin,* 2008) (Anexo A), que possibilita uma definição do risco suicida em alto, médio ou baixo. *Simple Steps* é um acrônimo, no qual cada uma das letras é um item a ser investigado quando se busca avaliar o risco de suicídio de um paciente, são avaliados: ideação suicida; presença de método; dor emocional; perdas recentes; tentativas anteriores; usos de substâncias; capacidade de solução de problemas; diagnóstico; história de doenças mentais dos pais/família; presença de eventos estressores. O ideal é que a entrevista seja realizada em forma de conversa e não em forma de questionário.

d) Realize breve psicoeducação (Apêndice A): a história do paciente deve ser adicionada ao modelo de psicoeducação.

e) Certifique-se sobre os acompanhamentos psicológicos e psiquiátricos do paciente, bem como de medicações utilizadas, diagnósticos e retirada de métodos letais.

f) Ajude na elaboração do plano de segurança (Apêndice B) com estratégias para que o paciente previna novas tentativas de suicídio. O plano de segurança envolve desenvolver um conjunto de estratégias de *coping* enquanto o paciente não estiver em crise, para que estejam prontamente disponíveis no momento de colapso, para isso deve-se reconhecer o que desencadeia uma crise.

g) Ajude na elaboração do cartão de crise (Apêndice C): esse cartão deve ter estratégias individuais de enfrentamento e recursos que podem ajudar a pessoa a superar obstáculos durante uma crise suicida. O ideal é que seja do tamanho de uma carteira para fácil acesso (Chen et al., 2013 e Wenzel et al. 2010).

Segunda sessão

Correlação da história de vida com o sofrimento atual. Identificação de problemas e gatilhos. Realização de formulação de caso. Participação da referência afetiva: psicoeducação e plano de segurança.

a) Acolha a história do paciente: diagnóstico e sintomas; contribuições das experiências da infância e outras influências do desenvolvimento; questões situacionais e interpessoais; fatores biológicos e genéticos; pontos fortes e qualidades; padrões típicos de pensamentos automáticos, emoções e comportamentos.
b) Estimule o paciente a falar sobre seus pensamentos, sentimentos e questões relacionados ao comportamento suicida de forma livre. Você pode construir com seu paciente uma linha do tempo com questões afetivas, situacionais, cognitivas e comportamentais relacionas a tentativa de suicídio (Wenzel et al., 2010). Pergunte ao paciente o que ele pensou, sentiu e fez no momento da tentativa de suicídio.
c) Identifique problemas relacionados ao comportamento suicida, realize conceituação cognitiva e construa metas e objetivos. O processo de conceituação cognitiva diz que o comportamento e as emoções das pessoas são influenciados por suas percepções das situações (Beck, 1997). Ajude o paciente a compreender como vivencias difíceis do passado, crenças centrais e intermediárias, pensamentos automáticos, fatores de vulnerabilidade estão associados a tentativa de suicídio.
d) Pergunte sobre como foram os últimos dias (pensamentos, gatilhos, etc.).
e) Ajude o paciente a correlacionar pensamentos e emoções com o comportamento suicida.
f) Ajude o paciente a reconhecer as crenças centrais e intermediárias relacionadas ao comportamento suicida e, juntos, pensem em quais seriam as principais estratégias para modificação dos pensamentos que causam sofrimento.
g) Incentive o paciente a entender a importância de se comprometer com o tratamento, pois é uma possibilidade de modificar pensamentos, emoções e comportamentos que causam sofrimento.

h) Oriente o paciente sobre a necessidade de tirar um tempo para realizar as tarefas.

Atendimento à referência afetiva junto ao paciente:

a. Rapport: Acolha a referência afetiva
b. Desenvolva a psicoeducação: Apêndice A
c. Apresente o plano de segurança (Apêndice B): Certifique-se que o paciente autoriza essa apresentação.

Durante todo o processo é importante perguntar sobre a referência, a fim de reforçar os vínculos, trabalhar possíveis frustrações que possam ter distanciado a pessoa de referência e/ou avaliar a necessidade de outra referência. Importante também ressaltar os limites éticos: pode-se contactar a referência em momentos de crise, e caso contrário, se a referência pedir ajuda, o terapeuta entrará em contato com o paciente e falará sobre o pedido de ajuda de sua referência afetiva.

Terceira sessão

> *Identificação de problemas e objetivos de resolução. Exploração de novas maneiras de se relacionar com emoções intensas e pensamentos; transformação de crenças, pensamentos e comportamentos problemáticos, como impulsividade, desesperança e desespero.*

a) Peça ao paciente para pensar em algum momento que ele cogitou a possibilidade de suicídio, mas que conseguiu suportar ou solucionar a dor sentida.
b) Caso o paciente não tenha conseguido se lembrar de um momento que tenha cogitado o suicídio, mas que tenha conseguido suportar ou solucionar a dor sentida, o ajude a construir estratégias frente o processo de crise apresentado.
c) Relembrar o contexto das tentativas/ideações.
d) Ajudar o paciente a entender o caráter transitório de um tormento.
e) Mapear todos os gatilhos e reforçar a importância de cuidar dos mesmos.
f) Mapear quais são as principais dificuldades na resolução de problemas e ensinar flexibilização do pensamento.

g) Ensinar técnica de resolução de problemas: identificação, definição e formação do problema, levantamento de alternativa, tomada de decisões, prática da solução e verificação.
h) Identificar sentimentos como desesperança e desespero e formas de trabalhar essas emoções antes que se desdobrem em comportamentos autodestrutivos, como a impulsividade.
i) Peça o paciente para te relatar questões referentes ao sono e trabalhe com o mesmo a higiene do sono (Bryan & Rudd, 2024)
j) Trabalhar resiliência (Masten,2001). A resiliência é um movimento de assimilação, modificação, transformação e ressignificação da situação de adversidade enfrentada pelo sujeito (Junqueira & Deslandes, 2003; Poletto e Koller, 2008).

Tarefa 1: Peça ao paciente para lembrar formas de reação emocional quando algo ruim aconteceu e pensar em reações alternativas e mais adaptativas.

Quarta sessão

Restruturação cognitiva de crenças negativas: transformação de crenças, pensamentos e comportamentos problemáticos, como: impulsividade, desesperança e desespero.

a) Continuar a trabalhar a restruturação de crenças negativas.
b) Mapear quais são as principais dificuldades na resolução de problemas e ensinar flexibilização do pensamento.
c) Ensinar técnica de resolução de problemas: identificação, definição e formação do problema, levantamento de alternativa, tomada de decisões, prática da solução e verificação.
d) Identificar sentimentos como desesperança e desespero e formas de trabalhar essas emoções antes que se desdobrem em comportamentos autodestrutivos, como a impulsividade.
e) Trabalhar resiliência (Masten, 2001). A resiliência é um movimento de assimilação, modificação, transformação e ressignificação da situação de adversidade enfrentada pelo sujeito (Junqueira & Deslandes, 2003; Poletto e Koller, 2008).

Quinta sessão

Modificação do ambiente para evitar gatilhos e resolução de problemas. Encaminhamento pra outros dispositivos, conforme demanda, para acompanhamento concomitante: busca de serviços intersetoriais que diminuam as possíveis condições que causem vulnerabilidade e de serviços que aumentam fatores protetivos. Regulação emocional.

a) Trabalhe pensamentos automáticos negativos.
b) Trabalhe a constrição cognitiva. Ajude o paciente a desenvolver mecanismos de *coping,* nos quais há uma prevenção de fixação atencional no problema e a reflexão sobre a intolerabilidade (Wenzel era al.,2010).
c) Identifique distorções cognitivas e com delicadeza, ajude o paciente a enfraquecê-las. As distorções são erros na interpretação das experiências de vida da pessoa, são avaliações equivocadas das situações (Sayago & Domelles, 2011)
d) Ajude o paciente a compreender que há dias difíceis para todo mundo, mas que eles também passarão.
e) Trabalhe a oscilação emocional.
f) Trabalhe regulação emocional: as emoções podem ser modificadas em intensidade e duração frente os desafios encontrados (Hayes & Hofmann, 2020).
g) Realize encaminhamentos para rede de suporte, frente às questões apresentadas, por exemplo: uma pessoa que goste de pintura pode ser incentivada a buscar uma atividade/ oficina/ curso para desenvolver sua arte.

Tarefa 2: Peça ao paciente que pense em algum projeto ou serviço que o ajudaria a suportar sua angústia e despertar sentimentos bons. Lembre-se de projetos, igrejas ou grupos religiosos, academias, grupos de ajuda, oficina de artes, de poesia, de dança...

Sexta sessão

Emoção e regulação emocional: trabalho com frustrações e relações interpessoais e habilidades de resolução de problemas relacionais e sociais.

a) Revise tarefa e sessão anterior.
b) Trabalhe regulação emocional: isso implica em ajudar o paciente a identificar, validar, aceitar suas reações emocionais, sem que haja uma resignação. O paciente deve buscar uma melhor compreensão da relação entre suas emoções, pensamentos e comportamentos, deve fazer teste de realidade com os pensamentos e buscar reestruturar pensamentos intrusivos e negativos. Para emoções fortes deve-se ensinar ao paciente técnicas de relaxamento que diminuam a ativação fisiológica gerada e que desacelerem/ impeçam comportamentos que podem ser desadaptativos (Hayes & Hofmann, 2020). Durante todo o processo terapêutico técnicas de relaxamento e de *mindfulness* devem ser incentivadas (Bryan & Rudd, 2024).
c) Trabalhe as reações a frustrações.
d) Explore novas maneiras de se relacionar com emoções intensas: ajude na transformação da impulsividade, da desesperança e do desespero relacionada às expectativas dos outros.

Tarefa 3: Peça ao paciente para que durante a semana observe suas reações emocionais e que caso tenha uma emoção dolorosa, ocasionada por conflitos interpessoais, desesperança ou culpa, que tente utilizar estratégias de resolução de problemas e técnicas de relaxamento.

Sétima sessão

Regulação emocional: frustrações e relações interpessoais. Desenvolvimento de habilidades de resolução de problemas relacionais e sociais.

a) Trabalhe regulação emocional: isso implica em ajudar o paciente a identificar, validar, aceitar suas reações emocionais, sem que haja uma

resignação. O paciente deve buscar uma melhor compreensão da relação entre suas emoções, pensamentos e comportamentos, deve fazer teste de realidade com os pensamentos e buscar reestruturar pensamentos intrusivos e negativos. Para emoções fortes deve-se ensinar ao paciente técnicas de relaxamento que diminuam a ativação fisiológica gerada e que desacelerem/ impeçam comportamentos que podem ser desadaptativos (Hayes & Hofmann, 2020). Durante todo o processo terapêutico técnicas de relaxamento poderão ser utilizadas (técnicas respiratórias diafragmáticas, visualização de um lugar especial), pois são importantes no controle de emoções intensas e ajudam o indivíduo a ter uma maior conexão com o momento presente (Hayes & Hofmann, 2020).

b) Trabalhe as reações a frustrações.
c) Explore novas maneiras de se relacionar com emoções intensas: ajude na transformação da impulsividade, da desesperança e do desespero relacionada às expectativas dos outros.

Tarefa 4: Peça o paciente para pensar em um sonho que deseja realizar.

Oitava sessão

Emoção e regulação emocional: reestruturação cognitiva. Crenças positivas e esperança.

Reestruturação cognitiva: trabalho com crenças positivas e esperança.

a) Revise a tarefa anterior: reforce a capacidade de resolução de problemas ou construa essa resolução, caso o paciente não tenha conseguido.
b) Ajude o paciente a fazer uma linha da vida, incluindo momentos bons.
c) Investigue, dentro dos bons momentos, quais eram os possíveis pensamentos e emoções positivas.
d) Trabalhe alternativas positivas às formas de condicionamento e aprendizagem que se relacionam com o comportamento suicida.
e) Ajude o paciente a vislumbrar sonhos, desejos, propósitos e pretensões.

f) Trace com o paciente caminhos planejados para obtenção de um objetivo e trabalhe com ele a motivação para obter tal objetivo.

Tarefa 5: Peça ao paciente para relembrar pensamentos e sentimentos relacionados a algo bom e o que foi preciso fazer para conseguir um objetivo.

Nona sessão

Potencialização de fatores protetivos e esperança. Reforço das características positivas, desenvolvimento de habilidades sociais, talentos, exploração de fatores ambientais e sociais que também colaborem para o sucesso do tratamento. Uma boa rede social deve ser sempre potencializada com o paciente.

a) Retome a tarefa da sessão anterior.
b) Estimule a vida social.
d) Identifique relacionamentos sociais produtivos.
e) Estimule a realização de atividade física, participação em grupos, oficinas, atividades de lazer, ou prática religiosa ou espiritual de acordo com as crenças do paciente.
f) Ajude o paciente a compreender que mudanças demandam tempo e enfrentamento ativo.

Tarefa 6: Peça ao paciente para planejar como retomar bons momentos com atividades e planos: instigue a esperança.

Décima sessão

Reflexão sobre experiências e relações positivas vividas no passado, perspectiva de futuro.

a) Revise a sessão e a tarefa anterior.
b) Trabalhe e potencialize os principais recursos protetivos.
c) Trabalhe a aceitação do real e possível, que nem sempre é o ideal.
d) Trabalhe alternativas às crenças dicotômicas: ajude o paciente a ver as situações em um *continuum* e não em situação de "tudo ou nada" (Sayago & Domelles 2011).

e) Ajude o paciente a superar a "visão de túnel", desenvolvendo a capacidade de ver vários aspectos da situação. (Sayago & Domelles 2011).
f) Trabalhe a prevenção de recaídas: ajude no desenvolvimento de estratégias caso o comportamento suicida retorne. Peça ao paciente para imaginar uma situação de crise suicida, mas agora utilizando habilidades aprendidas.

Décima primeira sessão

> *Ativação do plano de segurança. Síntese de questões emocionais e cognitivas sobre o significado de vida e morte frente as intervenções realizadas. Perspectivas futuras. Reavaliação do risco de suicídio.*

Caso o pensamento suicida retorne, o que fazer?

Peça ao paciente para escrever uma carta para ele mesmo dizendo os motivos de permanecer vivo, caso o comportamento suicida retorne.

a) Trabalhe o plano de segurança e o cartão de crise caso este tenha sido realizado.
b) Ajude o paciente a sintetizar questões emocionais e cognitivas sobre o significado de vida e morte frente às intervenções realizadas, bem como as estratégias desenvolvidas relacionadas ao enfrentamento do comportamento suicida.
c) Questione o paciente se o desejo era sobre a morte ou sobre acabar com os problemas geradores de sofrimento.
d) Avalie o risco de suicídio: Inventário de Frequência de Ideação Suicida (FSII-Br, Anexo B): Adaptado ao projeto.

Tarefa 7: Peça ao paciente para imaginar um amigo ou pessoa que ame que está pensando em suicídio: o que ele faria para ajudá-lo? O que o paciente apontaria como coisas boas na vida? O que apontaria como estratégias para suportar os momentos ruins?

Décima segunda sessão

> *Motivação para terapia de longo prazo e acompanhamento psiquiátrico, caso necessário. Síntese sobre o processo da intervenção. Novo encontro com a referência afetiva.*

Atendimento ao paciente:

a) Reveja a tarefa anterior
b) Motive a terapia de longo prazo e acompanhamento psiquiátrico, quando necessário.
c) Faça um acordo sobre o acompanhamento telefônico: esse acompanhamento se dará durante três meses do fim da intervenção e terá o objetivo de avaliar como o paciente se encontra e incentivar a busca de ajuda caso esteja passando por outro processo de crise.

Atendimento junto à referência afetiva:

a) Avalie a evolução de sintomas e sinais psíquicos. Dê orientações sobre a rede de apoio e plano de segurança.
b) Realize devolutiva sobre o estado mental do paciente, bem como orientações referentes a fatores de risco e a fatores protetivos.
c) Oriente sobre a necessidade de terapia de longa duração.

Nos contatos telefônicos o paciente deve ser questionado como tem se sentido nos últimos dias, se ele tem conseguido realizar atividades prazerosas, se tem tido pensamentos ruins, se tem pensado em suicídio e se conseguiu psicoterapia de longa duração. Caso o paciente demonstre crise, oriente sobre plano de segurança e ligue para a referência afetiva.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo desse protocolo de intervenção on-line para estabilização de crise suicida em profissionais de segurança pública é contribuir em momentos de sofrimento extremo, nos quais o comportamento suicida se desenvolve. Busca-se através de um protocolo de média de 12 sessões realizar uma escuta acolhedora e cuidadosa, criar estratégias para enfrentar fatores de risco, potencializar fatores protetivos, desenvolver habilidades para resolução de problemas relacionados ao comportamento suicida, propiciar a elaboração de emoções e pensamentos negativos, capacitar os pacientes de recursos para atuarem de forma mais adaptativa em possíveis novas crises, realizar encaminhamentos para dispositivos da rede intersetorial. Ele foi construído baseado em estudos clínicos com populações de risco e no Ambulatório de Promoção à Vida, um projeto de extensão da UFMG. Espera-se que esse protocolo intensifique os cuidados aos pacientes que estão em situação de crise, oferecendo recursos para enfrentarem as adversidades vivenciadas. Os maiores fatores protetivos referentes ao comportamento suicida é a identificação, avaliação, gerenciamento e acompanhamento de pessoas em risco de suicídio: essas ações podem reduzir os riscos de novas tentativas de suicídio ou morte por suicídio.

7. REFERÊNCIAS

Andrade, T. M. R. (2011). Relação terapêutica. In L. Andretta & M. S. Oliveira (Orgs.), *Manual prático de terapia cognitivo-comportamental* (pp. 193–202). Casa do Psicólogo.

Arvilommi, P., Valkonen, J., Ruishalme, O., Kukkonen, M., Sihvola, H., Lindholm, L., Suominen, K., Gaily-Luoma, S., & Isometsä, E. (2022). A randomized clinical trial of the ASSIP vs. crisis counselling in preventing suicide attempt repetition: A two-year follow-up study. *Nordic Journal of Psychiatry*. Advance online publication. https://doi.org/10.1080/08039488.2021.2019916

Beck, J. (1997). Terapia cognitiva: Teoria e prática. Porto Alegre: Artmed.

Botega, N. J. (2023). *Crise suicida: Avaliação e manejo* (2ª ed.). Artmed.

Brown, G. K., Ten Have, T., Henriques, G. R., Xie, S. X., Hollander, J. E., & Beck, A. T. (2011). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: A randomized controlled trial. *JAMA*, *294*(5), 563–570. https://doi.org/10.1001/jama.294.5.563

Bryan, C. J., Gartner, A. M., Wertenberger, E., Delano, K. A., Wilkinson, E., Breitbach, J., & Bruce, T. O. (2012). Defining treatment completion according to patient competency: A case example using brief cognitive behavioral therapy (BCBT) for suicidal patients. *Professional Psychology: Research and Practice*, *43*(2), 130–136. https://doi.org/10.1037/a0026307

Bryan, C. J., & Rudd, M. D. (2024). *Terapia cognitivo-comportamental breve para prevenção do suicídio*. Artmed.

Brown, G. K., Ten Have, T., Henriques, G. R., Xie, S. X., Hollander, J. E., & Beck, A. T. (2011). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: A randomized controlled trial. *JAMA*, *294*(5), 563–570. https://doi.org/10.1001/jama.294.5.563

Calati, R., & Courtet, P. (2016). Is psychotherapy effective for reducing suicide attempt and non-suicidal self-injury rates? Meta-analysis and meta-regression of literature data. *Journal of Psychiatric Research*, *79*, 8–20. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.04.003

Coren, A. (2020). Psychodynamic interpersonal therapy: A conversational model. *Psychodynamic Practice*, 1–5. https://doi.org/10.1080/14753634.2020.1818612

Conselho Federal de Medicina. (2014). *Suicídio: Informando para prevenir*. CFM.

Conselho Federal de Psicologia. (2024, 18 de julho). *Resolução nº 9, de 18 de julho de 2024: Regulamenta o exercício profissional da Psicologia mediado por Tecnologias Digitais da Informação e da Comunicação (TDICs) em território nacional e revoga as Resoluções CFP nº 11/2018 e nº 04/2020*. https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-9-2024-regulamenta-o-exercicio-profissional-da-psicologia-mediado-por-tecnologias-digitais-da-informacao-e-da-comunicacao-tdics-em-territorio-nacional-e-revoga-as-resolucao-cfp-no-11-de-11-de-maio-de-2018-e-resolucao-cfp-no-04-de-26-de-marco-de-2020?origin=instituicao&q=09/2024

De Jaegere, E., van Landschoot, R., van Heeringen, K., van Spijker, B. A. J., Kerkhof, A. J. F. M., Mokkenstorm, J. K., & Portzky, G. (2019). The online treatment of suicidal ideation: A randomised controlled trial of an unguided web-based intervention. *Behaviour Research and Therapy, 119*, 103406. https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103406

Dimidjian, S., Kaufman, J., Coleman, N., Levy, J., Beck, A., Gallop, R., & Segal, Z. V. (2022). Impact of online mindfulness-based cognitive therapy on suicidal ideation: A secondary analysis of a randomized trial of Mindful Mood Balance. *Journal of Affective Disorders, 301*, 472–477. https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.05.003

Dobson, K. S., & Franche, R. L. (1999). A prática da terapia cognitiva. In V. E. Caballo (Org.), *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento* (pp. 471–493). Editora Santos.

D'Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology, 78*(1), 107–126. https://doi.org/10.1037/h0031360

Fonseca-Pedrero, E., Pérez-Álvarez, M., Al-Halabí, S., Inchausti, F., Muñiz, J., López-Navarro, E., Pérez de Albéniz, A., Lucas Molina, B., Debbané, M., Bobes-Bascarán, M. T., Gimeno-Peón, A., Prado-Abril, J., Fernández-Álvarez, J., Rodríguez-Testal, J. F., González Pando, D., Díez-Gómez, A., García Montes, J. M., García Cerdán, L., Osma, J., ... Ma, R. J. (2021). Tratamientos psicológicos empíricamente apoyados para adultos: Una revisión selectiva. *Psicothema*, *33*(2), 188–197. https://doi.org/10.7334/psicothema2020.426

Fórum Brasileiro de Segurança Pública. (2024). *18º Anuário Brasileiro de Segurança Pública*. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública. https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2024/07/anuario-2024.pdf

Fórum Brasileiro de Segurança Pública. (2025). *19º Anuário Brasileiro de Segurança Pública: 2025*. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública. https://publicacoes.forumseguranca.org.br/items/c3605778-37b3-4ad6-8239-94e4cb236444/full?utm_source=chatgpt.com

Guthrie, E., Moorey, J., Margison, F., Barker, H., Palmer, S., McGrath, G., Chew-Graham, C., & Creed, F. (1999). Cost-effectiveness of brief psychodynamic-interpersonal therapy in high utilizers of psychiatric services. *Archives of General Psychiatry*, *56*(6), 519–526. https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.6.519

Gysin-Maillart, A., Schwab, S., Soravia, L., Megert, M., & Michel, K. (2016). A Novel Brief Therapy for Patients Who Attempt Suicide: A 24-months Follow-Up Randomized Controlled Study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). *PLoS medicine,* 13(3), e1001968. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001968

Hayes, S. C.& Hofmann, S. G. (2020). *Terapia cognitivo-comportamental baseada em processos: ciência e competências clínicas*. Porto Alegre: Artmed.

Hobson, R. F. (1985). *Forms of feeling*. Tavistock Publications.

Huggett, C., Gooding, P., Haddock, G., Quigley, J., & Pratt, D. (2022). The relationship between the therapeutic alliance in psychotherapy and suicidal experiences: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(4), 1203–1235. https://doi.org/10.1002/cpp.2726

Hvid, M., Vangborg, K., Sørensen, H. J., Nielsen, I. K., Stenborg, J. M., & Wang, A. G. (2011). Preventing repetition of attempted suicide—II: The Amager Project, a randomized controlled trial. *Nordic Journal of Psychiatry*, *65*(5), 292–298. https://doi.org/10.3109/08039488.2010.544404

Jason, M., & McGlothlin, J. M. (2008). *Developing clinical skills in suicide assessment, prevention, and treatment*. American Counseling Association.

Jenkins, G. R., Hale, R., Papanastassiou, M., Crawford, M. J., & Tyrer, P. (2002). Suicide rate 22 years after parasuicide: Cohort study. *BMJ*, *325*(7373), 1155. https://doi.org/10.1136/bmj.325.7373.1155

Junqueira, M. de F. P. da S., & Deslandes, S. F. (2003). Resiliência e maus-tratos à criança. *Cadernos de Saúde Pública*, *19*(1), 227–234. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000100025

Kerkhof, A., & van Spijker, B. (2016). Delivering online cognitive behavioral therapy interventions to reduce suicide risk. In R. C. O'Connor & J. Pirkis (Eds.), *The international handbook of suicide prevention* (pp. 480–489). Wiley-Blackwell.

Kuhn, R. P., & Andretta, L. (2011). Formulação de caso. In L. Andretta & M. S. Oliveira (Orgs.), *Manual prático de terapia cognitivo-comportamental* (pp. 163–176). Casa do Psicólogo.

Lahoz, C., Hvid, M., & Wang, A. G. (2016). Preventing repetition of attempted suicide-III. The Amager Project, 5-year follow-up of a randomized controlled trial. Nordic Journal of Psychiatry. *Nordic Journal of Psychiatry*. https://doi.org/10.1080/08039488.2016.1180711

Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, *56*(3), 227–238. https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.227

McGlothlin, J. M. (2008). *Developing clinical skills in suicide assessment, prevention, and treatment*. American Counseling Association.

Minayo, M. C. S., & Souza, E. R. (2003). *Missão investigar: Entre o ideal e a realidade de ser policial*. Garamond. Disponível em https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-352749

Monn, S., Gooding, P., Pratt, D., Edwards, D., Awenat, Y., Drake, R. J., Emsley, R., Jones, S., Kapur, N., Lobban, F., Peters, S., Boardman, B., Harris, K., Huggett, C., Haddock, G., & the ASSIP Study Group. (2025). Randomized controlled trial for the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP): An independent non-replication study. *The Lancet Psychiatry*, *12*(3), 177–188. https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.04.023

Morthorst, B., Krogh, J., Erlangsen, A., Alberdi, F., & Nordentoft, M. (2012). Effect of assertive outreach after suicide attempt in the AID (Assertive Intervention for Deliberate Self Harm) trial: Randomised controlled trial. *BMJ*, *345*, e4972. https://doi.org/10.1136/bmj.e4972

Nezu, A. M., & Nezu, C. M. (1996). Treinamento em solução de problemas. In V. E. Caballo (Org.), *Manual de técnica de terapia e modificação do comportamento* (pp. 471–493). Santos

Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*, *30*(1), 133–154. https://doi.org/10.1093/epirev/mxn002

Poletto, M. (2006). Uma breve reflexão crítica sobre psicologia positiva e resiliência. *Psicologia Escolar e Educacional*, *10*(1), 137–140. https://doi.org/10.1590/S1413-85572006000100014

Rogers, C. (1961). *Tornar-se pessoa*. Martins Fontes.

Rudd, M. D., Bryan, C. J., Wertenberger, E. G., Peterson, A. L., Young-McCaughan, S., Mintz, J., ... Bruce, T. O. (2015). Brief cognitive-behavioral therapy effects on post-treatment suicide attempts in a military sample: Results of a randomized clinical trial with 2-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, *172*(5), 441–449. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14070843

Salkovskis, P. M., Atha, C., & Storer, D. (1990). Cognitive-behavioural problem solving in the treatment of patients who repeatedly attempt suicide: A controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, *157*(6), 871–876. https://doi.org/10.1192/bjp.157.6.871

Santos, L. A., Teodoro, M. L. M., & Oliveira, F. C. de. (2024). La efectividad de las psicoterapias en la reducción de nuevos intentos de suicidio: Una revisión sistemática con metanálisis de ensayos clínicos aleatorizados. *Ciencias Psicológicas*, *18*(2), e-3667. https://doi.org/10.22235/cp.v18i2.3667

Sayago, C. W., & Domelles, V. G. (2011). Conceituação cognitiva. In L. Andretta & M. S. Oliveira (Orgs.), *Manual prático de terapia cognitivo-comportamental* (pp. 177–192). Casa do Psicólogo.

Smith, A. R., Forrest, L. N., Perkins, N. M., Kinkel-Ram, S., Bernstein, M. J., & Witte, T. K. (2021). Reconnecting to internal sensation and experiences: A pilot feasibility study of an online intervention to improve interoception and reduce suicidal ideation. *Behavior Therapy*, *52*(5), 1145–1157. https://doi.org/10.1016/j.beth.2021.02.001

Townsend, E., Hawton, K., Altman, D., et al. (2001). The efficacy of problem-solving treatments after deliberate self-harm: Meta-analysis of randomized controlled trials with respect to depression, hopelessness, and improvement in problems. *Psychological Medicine*, *31*, 979–988. https://doi.org/10.1017/S0033291701004238

Van Spijker, B. A. J., van Straten, A., & Kerkhof, A. J. F. M. (2010). The effectiveness of a web-based self-help intervention to reduce suicidal thoughts: A randomized controlled trial. *Trials*, *11*(1), 25. https://doi.org/10.1186/1745-6215-11-25

Wei, S., Liu, L., Bi, B., Li, H., Hou, J., Tan, S., Chen, X., Chen, W., Jia, X., Dong, G., Qin, X., & Liu, Y. (2013). An intervention and follow-up study following a suicide attempt in the emergency departments of four general hospitals in Shenyang, China. *Crisis*, *34*(2), 107–115. https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000181

Wenzel, A., Brown, G. K., Beck, A.T. (2010). *Terapia cognitivo-comportamental para pacientes suicidas.* Porto Alegre, Artmed, 2010.

World Health Organization. (2014). *Mental health: preventing suicide: a global imperative.* http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/en/

World Health Organization. (2019). *Suicide in the world: Global health estimates.* https://apps.who.int/iris/handle/10665/326948

World Health Organization. (2025). *Suicide worldwide in 2021: Global health estimates*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240110069

8. APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A:
Psicoeducação para comportamento suicida

Para uma prática de cuidado ao paciente com comportamento suicida são recomendadas intervenções que contenham psicoeducação (Bertolote et al., 2010, Botega, 2015, Gysin-Maillart et al., 2016, Henrionet al., 2020, Linehan et al., 2015, Naidoo et al., 2014): uma forma de transferência interativa de conhecimentos sobre fatores de risco, fatores protetivos, prevenção, estratégias de busca de ajuda. A psicoeducação deve permear todo o processo terapêutico, mas é importante que receba ênfase nos primeiros atendimentos e que a mesma seja trabalhada com os familiares. Os objetivos da psicoeducação são: aumentar o conhecimento sobre o comportamento suicida, sensibilizar sobre o sofrimento presente, potencializar a busca por ajuda e transformar estigmas e preconceitos. Abaixo estão listados fatores que devem estar presentes no processo de psicoeducar, eles devem se relacionar com a história de vida do paciente:

a) Trabalhe a complexidade do comportamento suicida; identifique fatores de risco e fatores protetivos; potencialize fatores protetivos; advirta que o suicídio é um processo de sofrimento em que não há culpados e vítimas, e que o tratamento é uma possibilidade de suportar as turbulências vivenciadas favorecendo o desenvolvimento de estratégias psíquicas de enfrentamento do sofrimento apresentado. Oriente sobre a multicausalidade e a necessidade de ajuda concomitante de outros serviços e profissionais (WHO, 2014).
b) Oriente sobre a retirada de métodos letais de casa e a vigilância criteriosa enquanto o risco de novas tentativas ainda for real (WHO, 2014).
c) Ajude na compreensão que há uma dor psíquica insuportável: uma sensação de dor extrema, acompanhada de constrição afetiva e intelectual, em que o indivíduo não consegue ver outras saídas. (Shneidman,1993).
d) Sensibilize sobre o caráter transitório do sofrimento e o desenvolvimento de estratégias de soluções de problemas. É preciso enfatizar o caráter transitório de um tormento que parece

insuportável e interminável. O comportamento suicida faz parte de uma experiência sofrida, mas limitada no tempo. (Botega 2015, Nezu & Nezu, 1996).

e) Ajude na identificação de gatilhos que são ações externas que desencadeiam pensamentos e sentimentos muito angustiantes, que trazem à tona experiências muito dolorosas para o paciente. Muitas vezes desencadeiam comportamentos impulsivos, em que as pessoas não conseguem pensar nos seus atos e nas consequências dos mesmos.

f) Ensine que a impulsividade é uma predisposição para agir e reagir de forma rápida, não planejada, respondendo a estímulos externos ou internos com pouca ou nenhuma preocupação sobre as possíveis consequências negativas para si e/ou para os outros, mas que pode ser transformada (Dalgalarrondo, 2008).

g) Trabalhe a ambivalência: a ambivalência entre o desejo de viver e morrer no comportamento suicida é frequente, e os desejos relacionados à vida que aparecem nas falas dos pacientes podem ser potencializados como fatores protetivos. (Botega, 2015)

h) Oriente o familiar: pode-se falar sobre suicídio, desde que de forma acolhedora e empática: isso ajudará a pessoa a se sentir à vontade para falar de seus sentimentos (WHO, 2014).

i) Oriente o familiar ou a referência afetiva a não deixar uma pessoa sozinha se ela mantém ideação suicida; a não banalizar ou desafiar; a não gritar nem fazer orações como se a pessoa estivesse com um espírito ruim; a não ficar com medo de perguntar à pessoa o porquê dela está triste, irritada, deprimida; a não julgar nem comparar: o sofrimento é único; a não dar soluções simples: uma solução óbvia e simples pode ajudar a aumentar os sentimentos de impotência, vergonha ou solidão na pessoa (Consellería de Sanidad, 2012).

j) Encoraje a pessoa a obter apoio: centro de saúde, serviços de emergência, serviços de saúde mental, serviços sociais, conselho tutelar, educadores, serviços religiosos, serviços de ajuda on-line e por telefone como o Centro de Valorização da Vida (188): dê os contatos telefônicos dessa rede. (Botega, 2015, Gysin-Maillart et al., 2016, WHO, 2014).

l) Peça à pessoa que se comprometa a falar se as ideias de suicídio retornarem.

m) Trabalhe resiliência e ofereça uma perspectiva mais positiva sobre o desenvolvimento humano e a adaptação, bem como dê orientações práticas destinadas a compreender e mudar o curso de vida. (Masten, 2001). A resiliência é um movimento de assimilação, modificação, transformação e ressignificação da situação de adversidade enfrentada pelo sujeito (Junqueira & Deslandes, 2003; Poletto & Koller, 2008).

APÊNDICE B:
Plano de Segurança

Tópico 1: Sinais de alerta

1. ☐ Querer dormir e não acordar mais
2. ☐ Querer me ferir
3. ☐ Pensar "Eu não aguento mais isso"
4. ☐ Me sentir desamparado, desesperado e sem esperança
5. ☐ Me sentir.....

Tópico 2: Estratégias distratoras – Coisas que eu posso fazer para me distrair sem contatar alguém nesses momentos difíceis:

1. ☐ Escutar uma música
2. ☐ Sair para dar uma volta
3. ☐ Fazer um exercício de respiração
4. ☐ Outros: Pense em algo que te faça sentir bem

_____

Tópico 3: Situações sociais e pessoas que podem me ajudar a distrair:

1. ☐ Telefonar para um amigo: nome e número da referência afetiva:

_____

2. ☐ Chamar um amigo para um café, uma caminhada:

_____

Tópico 4: Pessoas que eu posso pedir ajuda e dizer que estou em crise:

1. ☐ Familiar/ amigos

Nome e telefone do familiar _____

Nome do amigo _____

Tópico 5: Profissionais ou locais que eu posso contatar durante as crises:

1. ☐ Terapeuta _____
2. ☐ Psiquiatra _____
3. ☐ CAPS ou Hospital _____

Tópico 6: Coisas pelas quais vale a pena continuar vivendo:

1. _____
2. _____
3. _____

Tópico 7: O que você pode fazer para deixar o ambiente mais seguro**?**

1. ☐ Esconder ou desfazer de métodos que podem ser utilizados
2. ☐ Não ficar sozinho
3. ☐ Outros _____

Tópico 8: Você quer acrescentar mais alguma informação?

1. _____
2. _____
3. _____

Rede de suporte

Telefone de familiares/ amigos: _____

Telefone CVV: 188

Telefones de saúde mental de profissionais de segurança

APÊNDICE C:
Cartão de crise

Cartão de crise
Sinais de alerta:
_____ _____ _____
Estratégias de enfrentamento:
_____ _____ _____
Referência afetiva e contato:
_____ _____ _____

ANEXO A:
Entrevista Simple Steps

SIMPLE STEPS	Baixo risco											Alto Risco
Suicida?*	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Suicida
Ideação*	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Definitivamente
Método**	Nenhum	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Específico
Dor*	Nenhuma	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muita dor
Perdas**	Nenhuma	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Perdas severas
Tentativas prévias**	Nenhuma	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Tentativas anteriores
Uso substâncias**	Nenhum	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Uso de subst. ativo
Res. Problemas**	Forte	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sem resol. de prob.
Emoções/Diag.**	Nenhum	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Severa emoção/diag.
Hist. Familiar**	Nenhum	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Histórico familiar
Estressores**	Nenhum	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Impac. sev. de estress
Continuum de letalidade		**B**		**B-M**		**M**		**M-A**			**A**	

* Avaliação baseada nas respostas dos clientes

** Avaliação baseada nas respostas dos clientes e julgamento clínico

McGlothlin (2008)

Níveis de Letalidade

- Letalidade baixa: O paciente possui baixo risco de se engajar em algum comportamento suicida.
- Letalidade baixa a moderada: O paciente é considerado “um pouco suicida”, mas não possui muitos componentes do SIMPLE STEPS. Ele está ou na fase de ideação ou na fase de ameaça do processo.
- Letalidade moderada: O paciente é considerado “suicida” e possui diversos componentes do SIMPLE STEPS. Ele está ou na fase de ideação ou na fase de ameaça do processo.
- Letalidade moderada a alta: O paciente pode morrer nas próximas 72 horas se não houver uma intervenção. Ele está na fase de tentativa do processo suicida.
- Letalidade alta: O paciente está no processo de tentativa de suicídio. Ele irá morrer sem intervenção.

ANEXO B:
Inventário de Frequência de Ideação Suicida (FSII-Br): Adaptado ao projeto.

Por favor, indique a frequência com que você teve pensamentos sobre suicídio no último mês: marque os itens abaixo usando a seguinte escala: (OPÇÕES, POSSINILIDADES).

1	Nunca
2	Menos do que 3 ou 4 vezes no último mês
3	Aproximadamente 1 vez por semana
4	Quase todos os dias
5	Todos os dias

Itens	1	2	3	4	5
Durante o último mês, quantas vezes você pensou em se machucar?					
Durante o último mês quantas vezes você acreditou que não valia a pena viver?					
Durante o último mês quantas vezes você pensou o que teria acontecido se tivesse acabado com sua vida?					
Durante o último mês quantas vezes você pensou em cometer suicídio?					
Durante o último mês quantas vezes você pensou em desistir?					

PRÓ-VIDA
SEGURANÇA PÚBLICA

ESCUTA SUSP

SECRETARIA NACIONAL DE SEGURANÇA PÚBLICA
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
GOVERNO DO BRASIL
DO LADO DO POVO BRASILEIRO