

Prevenção do Suicídio em Emergências e Desastres Ambientais

ORGANIZADORAS

Karen Scavacini e Jessica Silva



Ficha Técnica

Diretora Técnica: Dra. Karen Scavacini (CRP 06/64761)

Organizadoras: Karen Scavacini e Jessica Silva

Autores em ordem alfabética: Bárbara Alves, Bruna Machado, Claudia Bruscagin, Jessica Silva, Izabela Guedes, Karen Scavacini, Rafael Henriques Candiago.

Projeto Gráfico e Diagramação: Beatriz Góes

Revisão Gramatical: Anna Luiza Ferrari

Revisão de Conteúdo: Andreia Novo Volkmer, Franciele Sassi, Bruno Moraes da Silva, Claudia Weyne Cruz, Angela Helena Marin, Sandra Teresinha Gomes Guimarães, Mayte Raya Amazarray, Rafael Henriques Candiago, Tânia Regina Armani Nery

Realização: Instituto Vita Alere

Apoio Institucional: Comitê Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio do Rio Grande do Sul, Vertentes, ABEPS, IASP, UNICEF, Pode Falar, ABRASES, Corpo de Bombeiros do Estado de São Paulo, Fórum CCNT's.

Ano: 2024

ISBN: 978-65-80351-18-3

Sugestão de como citar este material: Scavacini, K., & Silva, J. S. (Orgs.). (2024). Prevenção do suicídio em emergências e desastres ambientais. São Paulo: Instituto Vita Alere. ISBN: 978-65-80351-18-3

Licença Creative Commons

É permitido copiar, distribuir, exibir e executar a obra, e criar obras derivadas sob as seguintes condições: dar crédito ao autor original, da forma especificada pelo autor ou licenciante; não utilizar essa obra com finalidades comerciais; para alteração, transformação ou criação de outra obra com base nessa, a distribuição desta nova obra deverá estar sob uma licença idêntica a essa.

APOIO INSTITUCIONAL:



Índice

Ficha Técnica	2	PARTE D	
Índice	3	Luto em desastres e catástrofes	72
Apresentação	6	Posvenção, e o quando o suicídio ocorre?	75
PARTE A		PARTE E	
Mudanças Climáticas e Saúde Mental	8	O papel da mídia e a desinformação	77
Antes de começar	11	Diversidade e inclusão	80
Primeiros cuidados psicológicos	13	Fortalecendo a resiliência familiar em desastres naturais	82
PARTE B		Conclusão	85
Autolesão	15	PARTE F	
PARTE C		Canais de ajuda	86
Comportamento suicida	20	Sobre o Víta	88
Números do suicídio	21	Referências	90
Prevenção do suicídio em emergências e desastres ambientais	23	Apêndice	96
Fatores de risco	27		
Fatores de proteção	29		
Sinais do comportamento suicida	32		
Sinais em crianças e adolescentes	35		
Avaliação de risco	36		
Ficha da avaliação de risco	43		
Plano de ajuda	47		
Tentativa de suicídio	54		
Estratégias e intervenções	56		

Apresentação

A saúde transcende a mera ausência de doença, abrangendo o bem-estar físico, mental e social tanto do indivíduo quanto da comunidade. É importante ressaltarmos que não existe saúde sem saúde mental, e essa tem relação direta com os direitos humanos.

Portanto, garantir acesso a necessidades básicas como água potável, alimentos, moradia, educação, segurança, saneamento básico e cuidados de saúde de qualidade é fundamental para promover comunidades saudáveis e resilientes. Mas como fazer isso em cenários de incerteza e perdas, quando a realidade e o cotidiano mudam subitamente?

Após emergências e desastres, a preocupação imediata gira em torno de garantir a segurança e prestar assistência. Mas e depois, quando as perdas se tornam palpáveis e a realidade se apresenta de maneira implacável – as feridas invisíveis – aquelas que afetam o bem-estar – são frequentemente subestimadas e desconsideradas.

Os cuidados de saúde mental tornam-se ainda mais essenciais, pois esses eventos podem desencadear reações emocionais e psicológicas profundas. Proporcionar apoio adequado, que vai desde atender às necessidades básicas e oferecer serviços de acompanhamento e terapia, é crucial para mitigar o impacto negativo na saúde mental das vítimas.

Aqueles que estão na linha da frente, incluindo socorristas, profissionais de saúde e voluntários, também precisam de cuidados, pois não enfrentam somente desafios físicos, mas também suportam uma pressão psicológica substancial.

As emergências e os desastres tem um impacto na saúde, **aumentando o risco de suicídio nas comunidades afetadas.**

Este manual procura equipar **profissionais da área da saúde, coordenadores, comunidade em geral, responsáveis, poder público e outros** com conhecimentos, técnicas e recursos para analisar, planejar e atuar na prevenção do suicídio.

Esse manual foi desenvolvido para que tanto pessoas que não tem conhecimento prévio de prevenção do suicídio como aqueles que já atuam na área possam entender os conceitos e aplicar as sugestões de intervenção e manejo.

Por isso, dividimos a cartilha em 5 partes:

- a) Mudanças climáticas e saúde mental;
- b) Autolesão;
- c) Comportamento suicida;
- d) Luto e posvenção do suicídio;
- e) Outros fatores;
- f) Canais de ajuda e apêndice;

Ao incorporar a prevenção do suicídio nos planos de resposta a emergências e nas estratégias de recuperação de desastres, podemos salvar vidas.

Pensando nisso, o **Instituto Vita Alere** elaborou este material visando contribuir para o desenvolvimento do bem-estar e cuidados de saúde mental em comunidades afetadas por emergências e desastres, oferecendo **estratégias na prevenção do suicídio** nesses contextos.

Acreditamos que o conhecimento precisa ser compartilhado e desenvolver esse material foi a forma que encontramos de ajudar aqueles que infelizmente são e serão atingidos por essas situações.

Agradecemos a todos que colaboraram e revisaram o material, em especial para Andréia Novo Volkmer, do Comitê de Prevenção do Suicídio do Rio Grande do Sul, pela coordenação junto ao grupo.

Vídeos rápidos com os conteúdos da cartilha estarão disponíveis no canal do YouTube do Vita Alere para aqueles que preferirem se capacitar dessa forma.

Você também encontrará a ficha de avaliação de risco e o plano de ajuda em versões fáceis de serem imprimidas e usadas.

Tivemos o apoio institucional do Comitê Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio do Rio Grande do Sul, Vertentes, Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio (ABEPS), *International Association for Suicide Prevention* (IASP), UNICEF, Pode Falar, Associação Brasileira de Sobreviventes Enlutados pelo Suicídio (ABRASES) e do Corpo de Bombeiros do Estado de São Paulo..

E revisão de conteúdo de Francielly Sassi, Andréia Novo Volkmer, Bruno Moraes da Silva, Claudia Weyne Cruz, Angela Helena Marin, Sandra Teresinha Gomes Guimarães, Mayte Raya Amazarray, Rafael Henriques Candiago, Tânia Regina Armani Nery.

Esperamos que você possa utilizar essa cartilha e também enviar para quem pode se beneficiar desse material.

Karen Scavacini

Mudanças Climáticas e Saúde Mental

As mudanças climáticas são um dos maiores desafios de saúde do século XXI. A Organização Mundial da Saúde (OMS) destacou que elas representam um desafio significativo e são uma prioridade urgente de saúde pública, trazendo ameaças sérias à vida, à saúde e ao bem-estar. Muitos aspectos da sociedade em que vivemos estão ameaçados: o aumento da temperatura na superfície da Terra aumenta a frequência e a gravidade de eventos climáticos extremos e desastres naturais, como tempestades, incêndios florestais, inundações, ondas de calor e secas, afetando especialmente as pessoas socialmente vulneráveis.

Muitos desses eventos climáticos levam a vivenciarmos situações de emergências e desastres, situações que acontecem subitamente e causam danos significativos a indivíduos, comunidades, infraestrutura e meio ambiente, **especialmente quando unidos ao descaso do poder público, à falta de investimento, ao negacionismo ambiental e ao desmatamento de áreas florestais, dentre outros**. As consequências desse quadro são socioeconômicas, migratórias, estruturais e psicossociais. Estima-se que até 150 milhões de pessoas precisem se deslocar devido aos eventos climáticos. As formas pelas quais os eventos climáticos extremos podem afetar a saúde mental são diversas, incluindo: :

- **Impactos psicológicos imediatos**, como reações agudas ao estresse, transtorno de estresse pós-traumático, alterações de humor, com sintomas ansiosos e/ou depressivos e outros transtornos (Clayton et al., 2017; North & Pfefferbaum, 2013; Galea, Nandi & Vlahov, 2005).
- **Estresse psicológico crônico** atrelado às incertezas do futuro, especialmente em comunidades e pessoas que lidam diretamente com enchentes, aumento dos níveis do mar e perdas agrícolas (Doherty & Clayton, 2011).
- **Aumento do uso de substâncias psicoativas** piorar condições previamente existentes e/ou trazer novos problemas sociais e de saúde (Flory & Hankin, 2013).
- **Perda da coesão social e estrutura comunitária**, aumentando o isolamento e reduzindo o

suporte social, que são protetivos para a saúde mental. Nas áreas mais impactadas pode haver o aumento do risco de distúrbios sociais (Albrecht et al., 2007).

- **Perdas materiais e simbólicas** desencadeiam processos de luto, a ser vividos conforme a singularidade dos indivíduos e coletividades e de acordo com particularidades desses processos em situações de pós-desastre. As pessoas atingidas vivenciam o luto pelo mundo presumido, em que são afetadas as percepções sobre sua própria vida, experiências passadas, cotidiano e expectativas para o futuro (Ministério da Saúde, 2024).
- **Impactos econômicos**, incluindo perdas de meios de subsistência, empregos, bens e propriedades, e os custos da reconstrução. Tais impactos são fatores de risco conhecidos para a estabilidade emocional e saúde mental.
- **Interrupções** da educação, afastamento dos amigos, maior vulnerabilidade para sofrer abusos e doenças e mudança significativa na trajetória do desenvolvimento e das possibilidades para crianças e adolescentes (Peek, 2008).
- **Impactos nas crianças e adolescentes**, como aumento da “eco ansiedade” ou “sostalgia”. Sostalgia refere-se à dor referente à perda do nosso lugar no mundo pela perda da terra, do espaço ao qual estamos emocionalmente vinculados. Enquanto “eco ansiedade” é uma forma de sofrimento emocional ou existencial causada pelas alterações ambientais, incluindo preocupações individuais e com o futuro do planeta e das próximas gerações estão tornando-se cada vez mais comuns (Albrecht et al., 2007; Pihkala, 2020).
- **Maior impacto em populações e países mais vulneráveis**, como nos de baixa renda e em crianças, idosos e pessoas com transtornos mentais prévios (Berry, Bowen & Kjellstrom, 2010).

Para responder eficazmente a estas situações é importante ter uma abordagem intersetorial que envolva governos, setores público e privado, sociedade civil, comunidades e indivíduos que inclua planejamento, preparo, acesso aos meios e conscientização de maneira imediata, a curto, médio e longo prazos.

No Brasil, o risco de enfrentar catástrofes naturais como erupções, terremotos ou tufões é baixo. Contudo, **na nossa realidade estamos cada vez mais experimentando situações graves de enchentes, em contrapartida às secas, deslizamentos e incêndios**.

- Emergências e desastres são consideradas situações de crise e, por esta razão, são desencadeadoras de estresse devido à sua imprevisibilidade, além de impactarem emocionalmente as vítimas.
- A incerteza, o medo e as perdas reais e simbólicas podem levar a sofrimento psíquico intenso e ao desenvolvimento de transtornos mentais e do comportamento, bem como o aumento de casos de suicídio, se não cuidados.
- Os impactos psicossociais podem persistir por anos, afetando o bem-estar individual e comunitário.
- É essencial abordar os desafios associados a emergências, desastres e mudanças climáticas de forma integrada e holística.
- Isso inclui investimentos em medidas de prevenção, adaptação, fortalecimento da autonomia dos indivíduos e dos recursos comunitários e garantia de acesso a serviços de saúde e de saúde mental.
- A conscientização pública e a educação sobre os riscos são fundamentais para uma preparação e resposta eficazes.
- Identificar e apoiar grupos vulneráveis é imprescindível no processo de mitigação dos danos, além de oferecer intervenção precoce e cuidados prolongados para aqueles que enfrentam desafios de saúde mental pré-existent.

Antes de começar

Compreender como a emergência e/ou desastre ambiental impactou o seu contexto imediato é essencial para **reconhecer, avaliar a situação e traçar um caminho de estratégias, intervenções e necessidades** voltadas à prevenção do suicídio. Nesse sentido, é crucial analisar **como as condições atuais foram afetadas pela crise que você está enfrentando em sua região**. Isso implica investigar tanto os **impactos diretos** quanto os **indiretos** do desastre ambiental.

Refletir sobre essas questões fornecerá uma visão abrangente do panorama pós-desastre e ajudará na identificação de medidas para mitigar os impactos e promover a resiliência da comunidade, além de permitir um melhor aproveitamento das orientações práticas apresentadas ao longo da cartilha.

Para isso, algumas perguntas-chave podem guiar a reflexão das pessoas envolvidas, como profissionais e/ou voluntários:

1. Como a paisagem mudou fisicamente?
2. Que impactos imediatos foram sentidos pela comunidade?
3. De que maneira a economia local sofreu? Quais setores foram mais afetados?
4. Que infraestruturas essenciais foram danificadas e como isso afetou o cotidiano, o acesso a serviços de saúde e sociais da comunidade?
5. Quais são os desafios emergentes em matéria de saúde pública e segurança?
6. Como estão sendo as dinâmicas sociais e culturais?
7. Quais são os sentimentos predominantes na comunidade pós-desastre (ansiedade, tristeza, resiliência) e há relatos sobre o aumento de problemas de saúde mental (quais)?
8. Que medidas foram tomadas pela comunidade e pelas autoridades para enfrentar o desastre? Existe um esforço de resposta em vigor? As pessoas conseguem se comunicar e manter-se informadas?
9. Como está sendo a divulgação da mídia e qual o seu impacto?
10. Faça um levantamento dos movimentos e serviços específicos para pessoas com necessidades especiais (crianças com espectro autista, deficiência auditiva, etc.) e/ou grupos específicos

(população quilombola, indígenas, LGBTQIA+, etc.)

- 11. É possível incluir a comunidade e/ou pessoas com a experiência vivida no planejamento e nas ações de saúde mental e prevenção do suicídio?
- 12. Qual a realidade prévia do suicídio antes do ocorrido? Quais as regiões com maiores taxas? Quais os métodos mais utilizados? Qual o grupo com maior risco?
- 13. Com relação à prevenção das diferentes formas de violência e do suicídio, existia algum programa ou ação em andamento? Como está agora?
- 14. Existe algum lugar para encaminhar pessoas em risco? Se não, há alguma previsão para que isso aconteça? Existem pessoas especializadas na região que possam ser acionadas? Como será feito o prontuário ou registros sobre cada caso e que prezam pela confidencialidade do envolvido?

Sugestão de exercício: Faça um mapeamento para entender quais os atores, recursos, e redes que estão disponíveis no momento e como elas podem ser usadas (IASC, 2022).

Quem	O que?	Para quê	Ação
Nome do Instituto ou ator social da comunidade	Descreva os serviços ou formas que esse local pode auxiliar nas demandas	Em quais situações ele pode ser acionado?	O que precisa ser feito?
Instituto de Psicologia e Estudos Surdos – IPES	Atendimento psicológico online em libras.	Pessoas Surdas que precisam de suporte emocional/psicológico.	Ligar para (xx) xxxxxxxx.

Fonte: produzida pelo autor

Primeiros cuidados psicológicos

Os Primeiros Cuidados Psicológicos (PCP) são uma abordagem de assistência que visa oferecer suporte humano básico e ajuda prática a indivíduos que sofreram crises. Este tipo de cuidado é orientado para auxiliar pessoas em situações de estresse agudo e deve ser realizado respeitando a dignidade, cultura e habilidades das pessoas afetadas (OMS, 2015).

Os PCP são baseados em três princípios principais: observar, escutar e aproximar.

1. Observar

- Verificar a segurança do local.
- Identificar pessoas com necessidades básicas urgentes.
- Identificar indivíduos com reações psicológicas severas ao estresse.

2. Escutar

- Abordar as pessoas que possam precisar de ajuda.
- Perguntar sobre suas preocupações e necessidades.
- Ouvir ativamente e ajudar as pessoas a se acalmarem.

3. Aproximar

- Ajudar as pessoas a resolver suas necessidades básicas e acessar serviços.
- Oferecer assistência para lidar com problemas.
- Fornecer informações úteis.
- Facilitar o contato com entes queridos e apoio social.

Orientações Práticas para Realizar os PCP

- **Preparação:** Antes de entrar em uma área de crise, é crucial entender o que aconteceu, quem foi afetado, os serviços disponíveis e quaisquer questões de segurança.
- **Atuação no Local:** Durante a intervenção, os cuidadores devem constantemente avaliar a segurança, observar as necessidades básicas e as reações de estresse das pessoas, escutar suas preocupações e necessidades, e aproximá-las de serviços e apoios necessários.

– **Finalização do Suporte:** Após fornecer os primeiros cuidados, é importante garantir que as pessoas saibam como acessar suporte contínuo e resolver suas necessidades pendentes.

Importância dos PCP

Os PCP são recomendados por especialistas internacionais como uma abordagem eficaz para prestar suporte imediato a pessoas em estresse agudo, oferecendo uma alternativa ao “debriefing psicológico” que pode não ser apropriado imediatamente após eventos traumáticos.

Mas quem está apto para realizar esse suporte?

1. Membros efetivos ou voluntários de uma organização que prestam assistência em desastres de grandes proporções.
2. Professores ou profissionais da área da saúde que interagem com membros da comunidade que passaram por situações traumáticas.

O Instituto Vita Alere oferece o **programa A.P.O.I.A.R., focado em primeiros socorros emocionais e que incluem o contexto da Prevenção do Suicídio**. Este programa visa capacitar indivíduos para identificar pessoas em crise emocional e com risco de suicídio, além de promover ações de acolhimento. O desenvolvimento do programa é estruturado em seis passos (Scavacini, 2022):

- A** **Aprender** sobre saúde mental e prevenção do suicídio
- P** **Perguntar**
- O** **Ouvir**
- I** **Incluir** outros no cuidado
- A** **Agir**
- R** **Refazer** os caminhos

Por fim, ressaltamos que para iniciar conversas sobre suicídio pós-desastre, seja um indivíduo, membro da família, voluntário ou profissional de saúde, a chave é se preparar tecnicamente, abordar com empatia, cuidado e sem julgamento. A escuta ativa e a criação de um ambiente de apoio são cruciais para incentivar o diálogo aberto sobre um tópico tão sensível.

MATERIAIS COMPLEMENTARES:

[Vídeo: Primeiros Socorros Emocionais](#)

[Vídeo: Primeiros Socorros Emocionais com Major Diógenes Munhoz](#)

[Respostas Emocionais e Primeiros Cuidados Psicológicos em Emergências e Desastres \(MS\)](#)

PARTE B

Autolesão

Embora este manual seja focado em prevenção do suicídio, devido ao aumento dos casos de autolesão nos últimos anos e na probabilidade do profissional se deparar com esse comportamento no contexto das emergências e desastres, decidimos incluir esse tema neste material.

Salientamos que autolesão é diferente de comportamento suicida, especialmente no que se refere à intencionalidade do ato, porém pessoas que se autolesionam possuem um risco aumentado de se engajarem no comportamento suicida por estarem fazendo ajustamentos criativos disfuncionais.

A maior diferença entre os comportamentos está relacionada à intencionalidade do ato, portanto sempre que avaliar uma tentativa de suicídio por cortes ou ferimentos, verifique se a intenção da pessoa era o suicídio ou a autolesão.

A autolesão (anteriormente conhecida como automutilação) é uma manifestação de sofrimento psíquico, em que a pessoa desenvolve o comportamento de provocar intencionalmente algum tipo de lesão sob a pele ou outros tecidos, como: cortes, arranhões, queimaduras, mordidas e socos. Tal ato está dentro dos comportamentos que chamamos de violência autoprovocada (que inclui o comportamento suicida) e sua prática, pode ou não ter intenção de provocar a própria morte.

Mesmo quando não há intenção suicida, os comportamentos autolesivos são indicativos de sofrimento intenso e podem favorecer o desencadeamento ou agravamento de diversas complicações psicológicas e sociais, como depressão, abuso de substâncias (Muehlenkamp et al., 2019), isolamento (Klonsky & Muehlenkamp, 2007), além de aumentar as chances de suicídio posteriormente (Kiekens et al., 2018).

Dentre as funções que levam ao comportamento autolesivo sem intenção suicida, encontramos a busca por regulação emocional, uma forma de se punir, falta de pertencimento, de comunicação ou necessidade desesperada por sentir algo (Cacciacarro, 2023).

No contexto de emergências e desastres naturais, a incidência de autolesão pode aumentar. O estresse, as perdas, as rupturas do cotidiano, o deslocamento em relação à sua casa/território e a dificuldade de acesso aos serviços públicos, sociais e de saúde – que ocorrem muitas vezes durante as catástrofes – contribuem para um maior sofrimento emocional. Com isso, compreender a circunstância e o sentido do comportamento autolesivo é crucial para uma intervenção e apoio eficazes, tanto em termos gerais quanto, especificamente, em resposta a crises.

Algumas características aumentam a chance de desenvolvimento e manutenção das autolesões. Estes fatores de risco incluem transtornos mentais como ansiedade, depressão e transtorno de personalidade borderline, estresse crônico, experiências traumáticas e problemas de relacionamento (Klonsky & Muehlenkamp, 2007).

Os fatores de proteção incluem acesso a serviços de saúde mental, estratégias de enfrentamento que foquem na solução dos problemas e regulação emocional, vínculos importantes e habilidade de se comunicar de maneira eficaz (Hawton & James, 2005).

O desafio de abordar a autolesão no contexto de emergências e desastres naturais requer uma abordagem ativa e abrangente que envolva estratégias imediatas (North et al., 2004) e de longo prazo (Norris et al., 2002).

Durante as emergências e desastres:

- Capacitar profissionais da saúde sobre primeiros socorros psicológicos, incluindo como identificar, abordar e manejar os casos de autolesão.
- Ter espaços seguros e de decompressão em um ambiente acolhedor e de não julgamento;
- Incluir profissionais da saúde mental com a equipe de primeiros socorros;
- Identificar os casos potencialmente vulneráveis para monitorar, apoiar e encaminhar pessoas que precisem de apoio específico para setores de saúde da própria comunidade ou espaços montados exclusivamente para estes cuidados continuados;
- Orientar os familiares nos cuidados e sinais de alerta;
- Quando possível, oferecer supervisão e apoio presencial ou online para as equipes de saúde mental na linha de frente.

Cuidados iniciais por voluntários:

Ao identificar comportamentos autolesivos, é necessário realizar o encaminhamento para profissionais da Saúde Mental. Ao abordar a pessoa em sofrimento emocional, apresentamos algumas orientações:

1. Escolha um ambiente adequado, e se possível, sem ruídos em excesso, para conversar que garanta privacidade.
2. Utilize uma abordagem empática, cuidadosa e acolhedora.
3. Forneça informações às pessoas com segurança e apenas se tiver certeza delas.
4. Oriente sobre sensações, sentimentos, reações e sintomas considerados normais em uma situação que é anormal. Mas avalie a intensidade e frequência com que aparecem.
5. Preste atenção para não expor a pessoa em sofrimento. Pondere o compartilhamento de informações conforme a necessidade de auxílio.
6. Evite criar demandas (instigar pensamentos, condutas, etc.) que não surjam como necessidades dos próprios indivíduos atendidos.
7. Evite deixar o indivíduo sozinho ao encaminhá-lo para atendimento clínico.
8. Esclareça sobre a obrigatoriedade de encaminhamento para profissionais da saúde como um gesto de cuidado com o seu bem-estar.

Acesse a [Cartilha sobre Autolesão](#) produzida pela Vita Alere, para mais indicações de comportamentos que promovem um acolhimento empático.

Cuidados iniciais de profissionais de saúde mental

1. Busque informações sobre experiências prévias do paciente com serviços de saúde e sua vinculação com estes serviços. Avalie transtornos mentais e/ou comorbidades.
2. Busque compreender as motivações, funções e sentimentos relacionados aos comportamentos autolesivos.
3. Avalie características da autolesão: você pode questionar sobre a data estimada de início, frequência, métodos utilizados, letalidade, risco infeccioso do método, comportamentos de risco associados, cuidados com as lesões.

4. A autolesão pode causar infecções, cicatrizes, danos nos nervos, perda sanguínea e doenças infectocontagiosas. Dependendo da extensão e de características das lesões, é importante atentar para estes cuidados com a equipe de saúde.
5. Realize uma avaliação de risco de suicídio. Orientações para avaliação e manejo estão disponíveis mais adiante na Cartilha.
6. Os machucados precisam ser cuidados, mas a atenção dos profissionais em saúde mental deve ser direcionada aos estressores que antecederam as lesões para o cuidado ser vinculado ao sofrimento emocional que a pessoa está vivenciando.
7. Trace estratégias e oriente para atividades saudáveis para manejo quando houver pensamentos relacionados à autolesão. Nas páginas 11 e 12 da Cartilha sobre Autolesão produzida pela Vita Alere, você encontra algumas sugestões de comportamentos alternativos. Acesse em: <https://vitaalere.com.br/autolesaoguiadeajuda>. Ainda assim, é importante esclarecer que os processos de mudança podem ser mais lentos e graduais em alguns casos. Além disso, as substituições precisam ser ponderadas e discutidas com a pessoa e no caso de crianças e adolescentes, com familiares.
8. Construa um plano de segurança juntamente com a pessoa em sofrimento emocional. Algumas indicações sobre o plano estão disponíveis mais adiante na cartilha.
9. É importante que haja, a partir deste encontro inicial, um acompanhamento mais diretivo do caso.
10. Em crianças e adolescentes, a família deve ser comunicada. Para isso, é recomendado que o jovem saiba sobre o aviso aos responsáveis e, se possível, que ele esteja presente durante essa comunicação.
11. É necessário realizar a notificação compulsória de casos suspeitos ou confirmados de violência autoprovocada às autoridades sanitárias, conforme a Lei n.º 13.819/2019. A notificação compulsória não é caracterizada como denúncia policial, a intenção é acionar a rede de cuidados e coletar dados epidemiológicos. Saiba mais em "[Instrutivo: Notificação de violência interpessoal e autoprovocada, 2016](#)"

Familiares:

Para pais e mães, a descoberta da autolesão dos filhos pode ser um ponto de virada nas suas vidas, despertando emoções intensas como culpa, medo, raiva, além de um impacto constante no bem-estar físico, psicológico e social da família (Zhao et al., 2022). Esse impacto se particulariza em uma situação de desastre natural, em que há um aumento do número de pessoas em sofrimento psíquico e risco de agravamento dos casos já em tratamento (Rafaloski et al., 2021).

Para cuidadores, indicamos este material com informações sobre os comportamentos autolesivos e o tratamento psicoterápico: "[Enfrentando a autolesão: orientação para mães e pais de adolescentes](#)".

Após as emergências e desastres:

- Implementar apoio regular nos meses seguintes, em especial em quem apresenta comportamento autolesivo ativo.
- Em crianças e adolescentes, é necessário orientar pais e responsáveis sobre a necessidade de acompanhamento e da formação de uma rede de apoio, incluindo dados sobre como acessar os serviços de saúde mental.
- Fornecer apoio e educação comunitária relacionados ao manejo do estresse, transtornos mentais, autolesão e prevenção do suicídio.
- Organizar grupos de apoio com foco nas experiências compartilhadas, para promover estratégias de enfrentamento saudáveis e reduzir o estigma relacionado às questões de saúde mental e autolesão
- Distribuir materiais informativos sobre os efeitos esperados na saúde mental depois das emergências e desastres, com técnicas de manejo e locais de ajuda
- Facilitar o acesso a serviços de telemedicina, centros de cuidados temporários e linhas de apoio psicológico.

Ao integrar os serviços de saúde mental na preparação e resposta a catástrofes, ao fornecer apoio comunitário e ao garantir o acesso contínuo aos cuidados, as comunidades podem apoiar melhor os indivíduos vulneráveis a esse comportamento durante e depois dos tempos críticos.

MATERIAIS COMPLEMENTARES:

Cartilha Autolesão: Um guia de ajuda

Vídeo: Como saber se alguém está se automutilando? | Você Sabia? #8

Vídeo: Autolesão: O que fazer?

Comportamento suicida

O suicídio é considerado um problema de saúde pública pela Organização Mundial da Saúde (OMS) há mais de 10 anos. O comportamento suicida é complexo, multifatorial e compreendido em um continuum que inclui ideação suicida, ameaças de suicídio, tentativas de suicídio e suicídio consumado.

Pessoas com comportamento suicida geralmente estão enfrentando uma dor emocional profunda, que parece não ter fim e da qual não conseguem escapar – os 3 I's – inescapável, intolerável e insuportável. Esse sofrimento pode ser agravado por sentimentos de baixa autoestima, incapacidade de ver soluções, solidão intensa e falta de esperança. Além disso, o suicídio pode estar relacionado a problemas como depressão, sensação de desespero, delírios e confusão mental (Brasil, 2006).

Nos próximos capítulos, **será abordado com mais profundidade os fatores atrelados, incluindo aqueles relacionados às emergências e desastres**, bem como as possibilidades de intervenção.

Aqui estão algumas palavras-chave para a compreensão do fenômeno do **comportamento suicida**:

Pensamento de Morte: Como: “A vida não vale a pena”; “Tenho vontade de dormir e não acordar mais”; “Deus poderia me levar”. Indicam, em geral, desesperança ou outros sintomas depressivos, mas sem ideação suicida presente.

Autolesão: Refere-se a qualquer comportamento deliberado que cause danos físicos a si, mas não com a intenção direta de causar a morte. Não deve ser confundido com o comportamento suicida, por tratar de fenômenos distintos. Podem incluir cortes, queimaduras e outras formas de se machucar.

Risco suicida: Refere-se à probabilidade de uma pessoa ter um comportamento suicida. O risco suicida é avaliado com base em uma variedade de fatores, incluindo histórico de tentativas de suicídio, pensamentos atuais, presença de doenças mentais, uso de substâncias, acesso a meios letais, ausência de apoio social e outros fatores de estresse. A avaliação do risco suicida é crucial para identificar, elaborar o plano de ajuda, intervenção necessária e encaminhamento para serviços de apoio e tratamento adequados.

Ideação suicida: É o pensamento mais intenso de morrer por suicídio. Pode variar desde pensamentos intrusivos sobre não querer mais viver até planos específicos para o ato.

Plano suicida: Refere-se aos pensamentos, detalhes específicos ou estratégias elaboradas que uma pessoa tem para o suicídio. Isso pode incluir métodos, data e local. Em geral, quanto mais um plano possui detalhes, maiores a probabilidade do ato suicida.

Tentativa de suicídio: É um ato deliberado de autolesão com a intenção de morrer, mas que não resulta na morte do indivíduo.

Suicídio: É o ato de intencionalmente causar a própria morte.

Posvenção: Refere-se às medidas e intervenções implementadas após um suicídio, visando oferecer suporte e cuidado às pessoas que perderam alguém para o suicídio ou foram afetadas por essa morte, incluindo familiares, amigos, colegas de escola/universidade/trabalho e comunidades. A posvenção visa reduzir o impacto emocional e prevenir possíveis efeitos futuros, como outros suicídios ou problemas de saúde mental. O termo posvenção é SEMPRE relacionado ao suicídio completo e não deve ser usado em outros casos ou para tentativas de suicídio.

Números do suicídio



Uma pessoa morre no mundo por suicídio a cada **40 segundos**

Uma pessoa tenta se matar a cada **3 segundos**

Em média por ano temos
800.000
suicídios

No Brasil uma pessoa morre por suicídio a cada **33 minutos**, totalizando **44 pessoas por dia**, ou **16.262 casos em 2022**.





De 2000 a 2019, foi registrado um aumento de **17%** nos casos de suicídio nas Américas.

De 2000 a 2019, foi registrado um aumento de **43%** na taxa de casos de suicídio no Brasil. Contrariando a tendência global que registrou uma queda de **36%** no mesmo período pré-pandemia.

Entre 2011 e 2022, a taxa de suicídio em jovens brasileiros cresceu **6%** ao ano. Na população geral o crescimento foi de **3,7%** no mesmo período.

As notificações de autolesão no período de 2011 a 2022 aumentaram em **29%** na faixa etária de 10 a 24 anos de idade.

Homens se matam 3 vezes mais do que mulheres.



Rio Grande do Sul (12,4 por 100.000), Santa Catarina (10,6) e Piauí (9,5) são os estados com maiores taxas de suicídio no país (MS, 2024)

Indígenas têm as maiores taxas do país.

Estima-se que para cada suicídio completo, **135 pessoas** podem ser impactadas.

Prevenção do suicídio em emergências e desastres ambientais

Segundo a OMS (2021) e Reifels et al. (2024), durante as catástrofes naturais e situações de emergências de saúde pública surgem barreiras à prevenção do suicídio, tais como mudanças estruturais na liderança e nos sistemas, mudanças nas prioridades, questões de segurança e restrições de recursos. Por outro lado, **temos o risco de agravamento de muitos dos fatores de risco para o suicídio.**

Portanto, mesmo nesses momentos desafiadores, urge pensar e **construir esforços coletivos e organizados para a prevenção do suicídio.** Muitos estudos demonstram uma relação bem estabelecida entre emergências e desastres e o aumento dos índices de suicídio nas regiões afetadas, que vão desde um aumento de 13,8% após enchentes e 31% de furacões (Krug et al., 1998) e sendo maior entre os homens (Safarpour et al., 2020). Outros estudos apontam que os índices podem não aumentar de imediato e sim meses ou até anos após o desastre, especialmente após o segundo ano (Horney et al., 2020). **Por isso, a necessidade de um suporte de curto, médio e longo prazo.**

Em um primeiro momento, é importante analisar o quadro geral da emergência ou desastre, **para então construir um plano de prioridades imediatas e viáveis para a prevenção do suicídio.**

Isso pode ser feito pelas pessoas responsáveis da região atingida e/ou voluntários em conjunto com a equipe de emergências e desastres.

Passos para a elaboração de um plano de prioridades para a prevenção do suicídio, conforme a OMS, Centro para controle e prevenção de doenças (CDC), Administração de Abuso de Substâncias e Serviços de Saúde Mental (SAMHSA) e Associação Internacional de Prevenção do Suicídio (IASP):

01

Avalie os riscos e necessidades, incluindo populações vulneráveis e recursos existentes

02

Estabeleça seus objetivos e metas, dê preferência à metodologia SMART (metas específicas, mensuráveis, alcançáveis, relevantes e temporais) - Veja exemplos no apêndice.

03

Desenvolva estratégias de intervenção direta, capacitação, comunicação e educação.

04

Pense na implementação dos recursos (humanos e financeiros) e nas parcerias estratégicas (ongs, serviços de saúde, organizações locais)

05

Monitore (com indicadores claros), avalie, com base nos dados, e faça os ajustes necessários.

06

Garanta a sustentabilidade, para que as práticas continuem quando a assistência externa direta diminuir e estabeleça um plano de continuidade e renovação.

07

Engaje a comunidade no desenvolvimento, avaliação e reformulação das estratégias

A OMS (2021) desenvolveu um guia para ajudar no desenvolvimento de estratégias nacionais de prevenção do suicídio. Elas podem ser adaptadas para o contexto de emergências e desastres.

LIVE

Fundamentos transversais

Análise da situação

Colaboração multisetorial

Aumento de *awareness*

Capacitação

Financiamento

Vigilância, monitoramento e avaliação

Principais intervenções baseadas em evidências

L

Acesso limitado aos meios de suicídio



I

Interagir com reportagens responsáveis pela mídia



F

Promover habilidades de vida para os jovens



E

Identificar precocemente e dar suporte a todos os afetados



Sugere-se que o plano seja elaborado por uma equipe multiprofissional e de forma intersetorial.

Outros cuidados necessários e com sugestões de como implementá-los você encontra no capítulo ESTRATÉGIAS E INTERVENÇÕES.

Crie um comitê de saúde mental que inclua representantes de diferentes níveis, incluindo gestão e linha de frente. Este comitê deve reunir-se para revisar políticas de saúde mental, discutir os resultados e ajustar estratégias.

Inclua nos atendimentos às pessoas afetadas, questões relacionadas ao comportamento suicida. Frequentemente, discutir o tema diminui a ansiedade da pessoa, promove compreensão e possibilita abordagens mais eficazes do problema.

FALAR AJUDA A ENDEREÇAR E ORGANIZAR O CAOS.

MATERIAIS COMPLEMENTARES:

Documento LIVE LIFE (OMS) – em inglês

Guia de Saúde Mental e Suporte Psicossocial em Emergências (IASC) – em inglês

Nota técnica sobre a atuação da psicologia em riscos e desastres

Fatores de risco

O suicídio é multifatorial; o comportamento suicida é complexo, existindo diversos fatores e causas inter-relacionadas que podem contribuir para sua ocorrência. Nunca existe uma única causa, pessoa ou estressor que explique exclusivamente o ato suicida (OMS, 2021; OPAS, 2020).

De modo geral, temos a interação entre questões sociais, culturais, econômicas, psiquiátricas, psicológicas, biológicas, tecnológicas, ambientais, religiosas e situacionais que podem influenciar esse comportamento.

A relação entre os fatores de risco (que aumentam a probabilidade de uma pessoa desenvolver comportamento suicida) e os fatores de proteção (que ajudam a reduzir essa probabilidade) permitem uma avaliação mais abrangente na triagem, no manejo, no desenvolvimento de políticas específicas e de estratégias mais eficazes para o enfrentamento e prevenção do suicídio.

Principais fatores de risco para o suicídio (Scavacini, 2022):

- Presença de transtornos mentais, diagnosticados previamente ou não;
- Histórico de tentativas prévias;
- Desemprego ou baixa renda;
- Problemas legais ou financeiros;
- Problemas de relacionamento amoroso e interpessoal;
- Impulsividade e agressividade;
- Histórico familiar de suicídio;
- Abuso de substâncias;
- Falta de acesso a serviços de saúde mental;
- Falta de acesso aos direitos básicos;
- Ser vítima de violência ou abusos, incluindo situações online;
- Pessoas sem vínculos significativos;
- Acesso a meios letais, como armas, venenos e outros;
- Preconceito e estigma;
- Dor crônica ou doença.

E como eles se relacionam em ambientes de emergências e desastres:

- Ter distúrbios como **depressão e esquizofrenia** pode aumentar a probabilidade de suicídio após um desastre, pois os sintomas tendem a piorar sob estresse e pode haver alteração ou paralização na medicação.
- Experimentar ou testemunhar esses eventos pode levar ao **Transtorno Pós-Estresse** (TEPT), o que pode elevar as chances de comportamento suicida.
- **Dificuldades financeiras** decorrentes das possíveis perdas de propriedades privadas ou comerciais, da interrupção do emprego podem agravar quadros de angústia, levando a pensamentos suicidas.
- A **falta de apoio social** com a diminuição ou extinção de uma rede pode aumentar a sensação de isolamento e vulnerabilidade, e como consequência os desafios da saúde mental.
- A **perda** de familiares ou amigos em desastres pode intensificar o risco de suicídio devido ao processo de luto abrupto e violento.
- **Sofrer lesões incapacitantes** como resultado de desastres pode desencadear sofrimento psicológico e sentimentos de desamparo, aumentando, em última análise, a probabilidade de pensamentos suicidas.
- As **mulheres, crianças, adolescentes e os idosos** são particularmente vulneráveis ao suicídio após catástrofes, devido a fatores de estresse psicossociais e potencialidade de sofrerem violências.
- Recorrer às **substâncias psicoativas** como forma de lidar com o estresse e o trauma pode resultar no agravamento do comportamento suicida.

Segundo Noris et al. (2002), para adultos, quanto mais grave o impacto, ser do sexo feminino, meia-idade, pertencer a minorias étnicas, ter transtornos psiquiátricos anteriores, fatores de estresse secundários e recursos psicossociais fracos ou deteriorados aumentaram de forma mais consistente a probabilidade de resultados adversos. Entre os jovens, os fatores familiares eram os fatores primários.

Esses aspectos ressaltam a relação entre elementos individuais, sociais e ambientais que influenciam a probabilidade de suicídio após calamidades. Ao abordar estas questões por meio de intervenções personalizadas e que contemplem esses múltiplos fatores, é possível reduzir o risco de suicídio entre as comunidades afetadas. Perguntas sobre violência, abuso, desespero e tristeza também desempenham um papel neste cenário.

É fundamental evitar a psicopatologização das pessoas, tratando o fenômeno como meramente individual. Pessoas podem ter pedido bens que demoraram uma vida inteira para construir, sua identidade local e questões de intergeracionalidade, além de entes queridos, devido à confluência de um evento climático extremo com a negligência, fatores estruturais, descaso e falta de prevenção por parte das autoridades.

Sentimentos como choque, 'anestesia', confusão, estranhamento, raiva, desesperança, indignação e desespero devem ser acolhidos e validados. Reconhecer e respeitar essas emoções é essencial para o apoio efetivo e para a recuperação emocional das pessoas impactadas.

Fatores de proteção

Os fatores de proteção são importantes para reduzir as chances de suicídio. Eles necessitam de uma abordagem abrangente que combine iniciativas individuais, como características e habilidades de enfrentamento, de relacionamento e comunitárias, como conexões sociais e recursos ambientais. Reconhecer e valorizar esses fatores é essencial para estratégias de prevenção do suicídio (Scavacini, 2019).

Fatores de proteção individual:

- Habilidades eficazes de enfrentamento e resolução de problemas;
- Razões para viver (como família, amigos, animais de estimação, etc.);
- Um forte senso de identidade cultural.

Fatores de proteção nos relacionamentos:

- Suporte de parceiros, amigos e familiares;
- Sentimento de conexão com outras pessoas.

Fatores de proteção comunitária:

- Sensação de conexão com a escola, comunidade e outras instituições sociais;
- Disponibilidade de cuidados físicos e comportamentais de alta qualidade e consistência;
- Pessoas treinadas e capacitadas para acolher e dar suporte para pessoas em risco.

Fatores de proteção social:

- Redução do acesso a meios letais de suicídio entre pessoas em risco;
- Objeções culturais, religiosas ou morais ao suicídio;
- Existência de políticas públicas implementadas para a prevenção do suicídio;
- Campanhas de prevenção do suicídio que tenham objetivos claros e sejam desenvolvidas com cuidado e conhecimento;
- Políticas que promovam estabilidade econômica ou tenham programas de apoio financeiro específico.

Durante emergências e catástrofes, especialmente catástrofes naturais, é necessário considerar fatores de proteção específicos que abordam os desafios únicos colocados por tais eventos. A ansiedade, o sofrimento emocional e o trauma associados às catástrofes podem aumentar de maneira significativa a probabilidade de suicídio, sublinhando a importância de reforçar medidas adaptadas a estes cenários específicos.

Aqui estão alguns fatores de proteção para o suicídio em **situações de emergências e desastres** (Fitzpatrick & Spialek, 2020, Gordon et al., 2011, Bertolote, 2012).

Apoio Social	Uma rede social de apoio atua como um amortecedor contra o sofrimento psicológico e pensamentos suicidas após um desastre, fornecendo suporte emocional e material essencial durante a recuperação.
Coesão Comunitária	O aumento da coesão comunitária, onde os membros da comunidade se unem na recuperação de desastres, promove um sentimento de pertencimento e reduz sentimentos de isolamento, mitigando assim o risco de suicídio.
Acessos a serviços de saúde mental	Apoio e intervenção de saúde mental imediatos e eficazes podem reduzir a gravidade dos sintomas psicológicos pós-desastre, reduzindo assim o risco de suicídio.
Crenças religiosas e espirituais	A fé e as crenças espirituais podem fornecer mecanismos de enfrentamento e oferecer consolo e promover recursos pessoais para aplacar o desespero e pensamentos suicidas após eventos traumáticos.
Otimismo e Esperança	Manter uma perspectiva positiva e esperança para o futuro pode proteger significativamente contra o suicídio. O otimismo ajuda os indivíduos a ver além das consequências imediatas e a acreditar nas possibilidades de recuperação.

Estabilidade econômica	A estabilidade financeira ou a rápida recuperação econômica após um desastre reduz o estresse e a ansiedade relacionados a perdas e danos, diminuindo assim o risco de suicídio.
Envolvimento nos esforços de recuperação	A participação ativa na reconstrução da comunidade e nos esforços de recuperação pode proporcionar um senso de propósito e reduzir sentimentos de desamparo, que muitas vezes estão ligados a pensamentos suicidas.
Resposta robusta do governo e das agências	Respostas eficientes e eficazes do governo e das agências de ajuda humanitária garantem a segurança, fornecem necessidades básicas e reduzem o caos e a incerteza, ajudando a mitigar o trauma psicológico e o subsequente risco de suicídio.
Relacionamentos familiares significativos	O apoio familiar consistente proporciona amortecimento emocional e ajuda prática durante a recuperação. As famílias podem oferecer uma rede de cuidados e garantias que proteja contra o desespero que leva ao suicídio.
Processos de resiliência	A resiliência, que inclui a capacidade de adaptação a situações difíceis, reduz diretamente o risco de pensamentos suicidas, aumentando a capacidade de lidar com o estresse e se recuperar das adversidades.

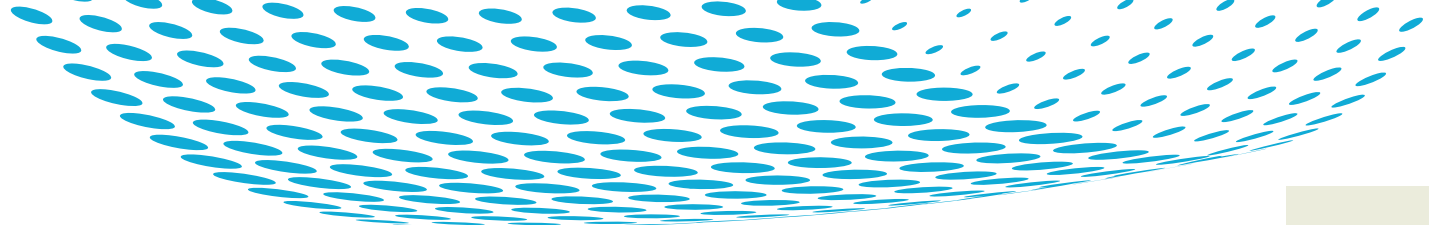
Fonte: do autor

Esses fatores de proteção destacam a importância dos apoios comunitários, pessoais e externos **na mitigação do risco de suicídio após catástrofes naturais, enfatizando a abordagem multifacetada necessária para uma prevenção eficaz do suicídio.**

As estratégias devem sempre ser adaptadas culturalmente, considerando tradições culturais e resiliência, especialmente em comunidades indígenas, ribeirinhas e quilombolas, para fortalecer a identidade cultural e a coesão comunitária.

MATERIAIS COMPLEMENTARES:

Plantão Saúde Mental - Rede de proteção e suicídio



Sinais do comportamento suicida

Uma pessoa pode ter mudanças de comportamento quando está com pensamento suicida. Conhecer e identificar os sinais de risco de suicídio, faz parte do processo de cuidado, especialmente na gestão da saúde mental de indivíduos tanto em circunstâncias normais quanto após emergências e desastres.

É fundamental entender que nem todas as pessoas dão sinais de risco e nem todos os sinais são claros de serem identificados, em alguns casos, os sinais só fazem sentido depois da morte.

Podemos separar os sinais em verbais e comportamentais. Quanto mais o número de sinais e mais intensos, maior pode ser o risco. Os sinais diretos são mais óbvios, porém por conta dos mitos relacionados, nem sempre são levados a sério.

A seguir, são listados alguns comportamentos que podem indicar que alguém está pensando em suicídio (Scavacini, 2022):

Sinais verbais diretos:

- Eu quero morrer
- Vou me matar
- Gostaria de estar morto
- Não quero mais viver
- A morte poderá resolver isso
- Se eu for demitido, me mato. Se você me abandonar, me mato.

Sinais verbais indiretos:

- Ninguém mais precisa de mim, não sirvo para nada
- Logo vão sentir saudades de mim
- Acho os suicidas muito corajosos
- Estou muito cansado, não quero mais continuar
- Não sei mais quem sou
- Tudo vai melhorar depois que eu morrer
- Ficarão melhores depois que eu morrer
- Não sirvo para nada, quem se importa se estou vivo ou morto
- Logo ninguém vai precisar se preocupar comigo
- Morto não dá trabalho e eu dou muito trabalho

Sinais no comportamento:

- Aumento do uso de álcool ou drogas
- Procurar maneiras de acabar com a própria vida, como pesquisar métodos online
- Afastar-se de atividades
- Isolamento da família e amigos
- Dormir muito ou pouco
- Visitar ou ligar para pessoas para se despedir
- Doar posses valiosas
- Agressividade
- Fadiga
- Fazer um plano ou pesquisar formas de morrer
- Ter tentativas anteriores
- Comer ou dormir mais ou menos que o habitual

Sinais no humor ou sentimentos:

Pessoas que estão considerando o suicídio frequentemente apresentam um ou mais dos seguintes estados de humor:

- Depressão
- Ansiedade
- Perda de interesse nas atividades que antes gostava de fazer
- Irritação
- Sentimento de humilhação ou vergonha
- Agitação ou raiva
- Sentir-se vazio, sem esperança, preso ou sem razão para viver
- Extremamente triste

Alguns possíveis sinais no contexto de Desastres e Emergências Ambientais:

Estes sinais podem não ser tão claros e especialmente em emergências e desastres, onde o sofrimento, desesperança e outros comportamentos e sentimentos podem comparecer no processo de luto e perdas e do contexto geral da situação, portanto esse contexto deve sempre ser considerado ao observar esses sinais que podem ou não estar ligados ao comportamento suicida.

Deterioração da aparência física e da higiene:

- Negligenciar o cuidado pessoal após um desastre pode refletir uma falta de autoestima ou um estado depressivo.
- Não confundir esse sinal se a pessoa estiver com falta de acesso aos cuidados pessoais e vestimentas.

Aumento da ansiedade ou novos medos:

- Um aumento na ansiedade ou o desenvolvimento de medos específicos relacionados ao desastre, como medo de ficar sozinho, pode agravar o estresse e a dor emocional.

Sintomas físicos sem uma causa clara:

- Queixas de dores de cabeça, dores de estômago e outros males físicos que não têm uma base médica podem indicar sofrimento emocional

Agravamento de condições de saúde mental existentes:

- Desastres podem exacerbar condições psiquiátricas pré-existentes, aumentando o risco de suicídio

Sentimento de desconexão ou entorpecimento:

- Incapacidade de se conectar com os outros ou sentimentos de entorpecimento podem ser um mecanismo de enfrentamento que também indica um sofrimento significativo

MATERIAIS COMPLEMENTARES:

Vídeo – Mitos sobre o comportamento suicida

Vídeo – Como ajudar alguém que quer se matar

Sinais em crianças e adolescentes

Embora o suicídio em crianças seja um fenômeno raro, tem crescido entre adolescentes. Esses sinais também podem indicar a presença de violência, portanto uma avaliação cuidadosa é necessária, para entender o grau do sofrimento psíquico, os fatores atrelados e se existe ou não uma ideação suicida, ou desejo de morte – sempre com o olhar para o contexto das emergências e desastres.

- Tédio constante
- Dificuldade de concentração
- Perda de interesse no que gostava
- Descaso com aparência
- Declínio no desempenho escolar
- Má conduta na sala de aula
- Uso de álcool ou drogas
- Possui sintomas de ansiedade ou depressão
- Agitação
- Mudanças na alimentação ou sono
- Ter passado por violências (bullying, cyberbullying)
- Mudanças na personalidade
- Dores de estômago e fadiga (repetidas reclamações de problemas físicos)
- Intolerância com as pessoas / agressividade
- Dificuldade em receber elogios e prêmios (menor valor)
- Perda de prazer nas atividades usuais
- Isolamento ou afastamento da família ou amigos
- Organização diferenciada (dar objetos, limpar o quarto, jogar fora pertences importantes)
- Parecer feliz subitamente, principalmente após episódio depressivo
- Apresentar sinais de psicose (alucinações ou pensamentos estranhos, bizarros, etc)
- Desesperança ou falas sobre falta de futuro
- Ser perfeccionista
- Falar em morrer / Posts sobre morte e suicídio / posts de despedida
- Busca de meios ou métodos para se matar

MATERIAIS COMPLEMENTARES:

Vídeo – Sinais que um adolescente precisa de ajuda

Vídeo – 10 sinais de risco de suicídio em jovens

Ebook Saúde Mental de Adolescentes

Canal Pode Falar

Avaliação de risco

Em cenários de catástrofe, é essencial adaptar as avaliações do risco de suicídio aos desafios únicos colocados pela situação, incluindo os impactos nos recursos comunitários, a potencial perda de redes de apoio e o impacto traumático abrangente da própria catástrofe.

A identificação imediata do risco, seguida de encaminhamentos e intervenções apropriados, é fundamental para apoiar a saúde mental e a segurança dos indivíduos afetados por catástrofes.

Aqui estão algumas orientações:

1. Considerando a proporção da emergência ou desastre ambiental procure adaptar as perguntas considerando o estado emocional do indivíduo e o impacto da crise.
2. Não faça perguntas que mobilizem memórias acerca do evento traumático, foque em saber sobre a assistência que a pessoa está recebendo no tempo presente, se está tendo acesso a questões básicas e fundamentais de subsistência em primeiro lugar.
3. Não se atenha às perguntas exclusivamente, mas aos objetivos delas.
4. Use uma linguagem clara, simples e apropriada ao contexto cultural da pessoa.
5. Seja cuidadoso com sua fala e evite perguntas que possam revitimizar a pessoa e fixá-la ao passado, assim como evite questionar sobre situações que possam potencializar ansiedades e angústias sobre certezas e futuro.
6. Seja paciente, respeitando o tempo da pessoa para se abrir e compartilhar suas preocupações.
7. Se possível busque um local onde seja possível conversar de maneira privada, respeitando a confidencialidade e privacidade da pessoa.
8. Verifique como serão feitos os registros do atendimento e a segurança desses dados. Assegure a pessoa que todas as informações coletadas serão mantidas em sigilo e explique como esses dados serão protegidos e utilizados.
9. Encaminhe aos serviços de saúde do município em caso de necessidade. Tenha uma lista pronta de contatos dos serviços de saúde locais e explique o processo de encaminhamento, incluindo como e quando o indivíduo poderá ou será contatado pelo serviço de saúde.

Lembre-se que se você suspeita da possibilidade de comportamento suicida (ideação suicida e tentativa de suicídio) é imprescindível avaliar **o estado mental da pessoa** (ela está sob o efeito de alguma substância?), se há **plano suicida** (quão o nível de planejamento para o ato suicida que ela relata?) e como está **o sistema de apoio social da pessoa**. (Brasil, 2006)

Para obter essas informações, é essencial construir uma conversa acolhedora e empática. Caso possível, faça uma abordagem estruturada adaptada para essas situações. Com exceção do vínculo inicial, todas as outras perguntas podem ser feitas conforme você achar necessário, ou seja, não precisam seguir exatamente a ordem proposta:

1. Contato e vínculo inicial

Objetivo: estabelecer um espaço seguro e sem julgamento, ser transparente sobre o propósito da avaliação e como as informações serão usadas, promover abertura para a expressão de sentimento, ter uma escuta ativa e verificar a disponibilidade em aceitar ajuda.

- Estamos aqui para ajudar. Você gostaria de nos contar o que seria mais útil para você atualmente, sem precisar entrar em detalhes que sejam desconfortáveis.
- Tudo bem levar o tempo que precisar, estou aqui para ouvir quando você estiver pronto para falar.
- Você está tendo acesso à alimentação, água?
- Como está o seu sono?
- Você está precisando de algo que possa estar faltando ou demorando a vir?
- Como você está organizando o seu dia neste espaço? (pensando em locais específicos como abrigos, por exemplo)
- Como você está se sentindo hoje? Há algo específico que você precisa atualmente que possamos ajudar a providenciar?
- Quais são suas necessidades imediatas que podemos ajudar a atender hoje?

2. Saúde Mental e Uso de Substâncias

Objetivo: fazer uma triagem inicial e identificar quais sintomas a pessoa tem, avaliar sinais de estresse agudo, depressão e ansiedade. Também inclui o histórico de saúde mental, com relação a transtornos mentais, tentativas de suicídio anteriores ou tratamentos psiquiátricos. Você faz uso de alguma medicação controlada? Está tendo acesso a ela neste momento?

- Você usa alguma medicação controlada? Está tendo acesso a ela atualmente?
- Você está enfrentando algum problema de saúde mental, como depressão ou ansiedade?
- Você usa álcool ou drogas? Se sim, com que frequência?

3. Fatores de Risco

Objetivo: determinar o nível de exposição ao desastre e o impacto pessoal (perda de entes queridos, destruição de propriedades, etc.), verificar condições de vida, perda de emprego ou recursos financeiros e outros fatores de risco atrelados.

- Quais fatores mais estressantes você está enfrentando atualmente em sua vida?

4. Fatores de Proteção

Objetivo: avaliar a disponibilidade e qualidade do suporte social e comunitário, a capacidade de enfrentamento e resiliência do indivíduo e se tem acesso a serviços de saúde mental e apoio psicológico.

- Que apoios você tem na sua vida quando as coisas ficam difíceis?
- O que percebe que te ajuda nesse momento?
- Podemos ajudar a entrar em contato com alguém da sua família ou amigos? Como você prefere que façamos isso?

5. Avaliação do risco suicida:

Objetivo: iniciar as perguntas mais focadas no tema.

- Você tem tido pensamentos de se machucar ou de fazer algo com você durante esse período?
- Você tem pensado bastante nisso? Consegue afastar esses pensamentos?
- Você pensa em fazer algo com você ou acabar com a sua vida?
- Como são esses pensamentos?
- Você já pensou em como fazer isso?

6. Risco e letalidade

Objetivo: entender um pouco mais sobre o risco, frequência e a letalidade do pensamento.

- Com que frequência você pensa sobre suicídio?
- Você já tem a forma de fazer isso? (seja específico, como remédios ou armas)
- Você conhece como funcionam?
- Pensa em quando fazer isso?
- Você tem acesso aos meios para executar o plano?

7. Histórico do comportamento suicida

Objetivo: entender melhor o histórico do comportamento e como a pessoa conseguiu lidar com ele em outros momentos, também serve para saber de tentativas anteriores.

- Você tem acesso aos meios para executar o plano?
- Você já se sentiu assim no passado ou tentou o suicídio antes?
- O que aconteceu na sua tentativa anterior?
- Você estava recebendo algum tratamento para alguma condição de saúde mental?
- O que o impediu de agir de acordo com seus pensamentos suicidas no passado?

8. Fatores de enfrentamento, ambivalência e resiliência

Objetivo: é conhecer a capacidade de enfrentamento e a esperança. São perguntas que devem ser feitas com sensibilidade, especialmente nesse contexto.

- O que o ajudou nos últimos momentos difíceis?
- Quem na sua vida pode apoiá-lo agora?
- Quais são as suas razões para viver?

9. Próximas ações

A conversa deve terminar com um plano desenvolvido (ver próximo capítulo) e orientações práticas sobre o que acontecerá após a conversa, como encaminhamentos ou novas conversas. Caso a pessoa esteja muito nervosa, agitada e um risco iminente for detectado, deve ser encaminhada para serviços de saúde disponíveis e a família ser orientada em como proceder.

- Como você se sente sobre o que conversamos?
- O que você acha sobre o que vai acontecer (em termos do cuidado e da ajuda)
- Precisa de mais alguma coisa nesse momento?
- Quem podemos incluir nesse cuidado?

ATENÇÃO: Há questões que podem ser bastante mobilizadoras. A depender da forma como forem realizadas, podem suscitar sentimentos que precisarão ser acolhidos, além da necessidade de acompanhamento.

Considere a seguinte classificação de risco (Botega, 2015; Brasil 2006)

A forma mais eficaz de descobrir se alguém está tendo pensamentos suicidas é perguntar diretamente. Ao contrário do que muitos acreditam, falar sobre suicídio não introduz a ideia na mente das pessoas. Na verdade, elas costumam se sentir gratas e aliviadas por terem a oportunidade de discutir o assunto com alguém. (Brasil, 2006)

Baixo	Moderado	Alto
- Nunca tentou o suicídio. - Ideias de suicídio são passageiras e perturbadoras. - Não planeja como se matar. - Transtorno Mental, se presente, com sintomas bem controlados. - Boa adesão ao tratamento. - Tem vida e apoio social. - Tem capacidade de enfrentar problemas e buscar ajuda quando necessário.	- Tentativa de Suicídio prévia. - Depressão ou transtorno bipolar. - Ideias persistentes de suicídio, vistas como solução. - Não tem um plano de como se matar. - Não é uma pessoa impulsiva. - Não abusa/depende de álcool ou drogas. - Algumas dificuldades em lidar com problemas e estresse. - Conta com apoio social, mas limitado.	- Tentativa de suicídio prévia. - Depressão grave, influência de delírio ou alucinação. - Desespero, tormento psíquico intolerável, não vê saída. - Plano definido de se matar. - Tem meios de como fazê-lo. - Já tomou providências para o ato suicida. - Rede de apoio social fraca ou inexistente.

Após a avaliação inicial e a classificação dos níveis de risco, planeje as ações que devem ser tomadas conforme o nível de risco detectado:

Baixo	Moderado	Alto
- Faça monitoramento regular do estado emocional. - Fortaleça a rede de apoio, conexões sociais e familiares. - Envolve em atividades comunitárias e em grupo. - Forneça informações sobre saúde mental e sinais de alerta. - Faça um plano de ajuda - Explique onde achar apoio psicológicos ou recursos de saúde mental. - Encoraje o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento saudáveis. - Entenda os fatores de risco e de proteção.	- Avalie regularmente o risco com profissional da saúde mental. - Inicie terapia. - Desenvolva um plano de ajuda/segurança. - Envolve a rede de apoio e garanta suporte contínuo. - Reduza o acesso a meios letais (armas, medicamentos, substâncias tóxicas).	- Intervenção imediata, que pode incluir hospitalização ou cuidados intensivos. - Garanta supervisão contínua, especialmente durante períodos de crise. - Inicie tratamento intensivo com profissionais da saúde mental (psicólogo e psiquiatra). - Crie um plano de crise personalizado. - Acesso restrito a meios letais com medidas rigorosas de acesso. - Inclua e envolva familiares e amigos e oriente sobre como apoiar a pessoa. - Garanta que haja acompanhamento contínuo para monitorar o progresso e prevenir recaídas.

Para Bertolote (2012, pg 111), as seguintes ações relacionadas ao risco devem ser tomadas:

Risco	Sintomas	Avaliação	Manejo
0	Nenhum desconforto		
1	Alterações emocionais	Pergunte sobre ideias de suicídio	Ouçá com empatia
2	Vagas ideias de morte	Pergunte sobre ideias de suicídio	Ouçá com empatia
3	Vagas ideias de suicídio	Avalie a intenção (plano e método)	Identifique as possibilidades concretas. identifique fontes de apoio psicossocial.
4	Ideias de suicídio na ausência de transtornos mentais	Avalie a intenção (plano e método)	Identifique as possibilidades concretas. identifique fontes de apoio psicossocial.
5	Ideias de suicídio com transtornos mentais ou graves estressores vitais	Avalie a intenção (plano e método)	Encaminhe para um profissional da saúde mental
6	Ideias de suicídio com transtornos mentais ou graves estressores vitais ou agitação psicomotora e tentativas prévias	Permaneça com o paciente, qté que alguém possa garantir que ele não terá acesso aos meios	Hospitalize

FICHA DE AVALIAÇÃO DE RISCO DE SUICÍDIO

Informações do Paciente

- Nome:
- Idade:
- Sexo:
- Contato de Emergência:
- Data:
- Nome do profissional:
- Encaminhado por:

Sobre o Contato e Vínculo Inicial

1. Como foi o contato e vínculo inicial?
2. Qual o motivo do encaminhamento ou indicação?

Histórico Médico e Psicológico

1. Histórico de Saúde Mental:
 - Diagnóstico prévio de transtornos mentais (depressão, ansiedade, PTSD, etc.):
 - Uso de medicação psiquiátrica:
 - Histórico de internações psiquiátricas:
2. Histórico de Suicídio:
 - Tentativas de suicídio anteriores (datas e métodos):
 - Ideação suicida atual:
 - Presença de plano suicida específico:
 - Acesso a meios letais (armas, medicamentos, substâncias tóxicas):

Avaliação Atual

1. Sintomas e Comportamentos Recentes:

- Sinais de desespero ou desesperança:
- Isolamento social ou retraimento:
- Mudanças significativas no comportamento ou humor:
- Expressões verbais ou escritas de intenção suicida:
- Aumento no uso de álcool ou drogas:
- Mudanças no padrão de sono ou apetite:

2. Fatores de risco:

- Presença de fatores de risco:
- Quais?

3. Fatores Desencadeantes Recorrentes:

- Perdas recentes (morte de ente querido, perda de emprego, etc.):
- Conflitos interpessoais significativos:
- Eventos traumáticos recentes (desastres naturais, acidentes, etc.):

4. Fatores de Proteção:

- Presença de suporte social (familiares, amigos, comunidade):
- Participação em atividades comunitárias ou religiosas:
- Acesso a serviços de saúde mental e suporte psicológico:
- Capacidades de enfrentamento e resiliência identificadas:

Situação de Emergência e Desastre

1. O que compartilha sobre a situação atual?
2. Como está lidando com os acontecimentos recentes?
3. Tempo desde a emergência ou desastre?
4. Perdeu algum ente querido ou amigo no desastre?
5. Está enfrentando dificuldades adicionais devido ao desastre, como falta de moradia, perda de emprego, etc.?

Escala de Avaliação¹

Gravidade da Ideação Suicida:

Nenhuma (0): O indivíduo não apresenta pensamentos suicidas.

Leve (1-3): O indivíduo tem pensamentos suicidas ocasionais, mas eles são passageiros e não interferem significativamente na vida diária.

Moderada (4-6): O indivíduo experimenta pensamentos suicidas frequentes que causam algum grau de angústia, mas não há planos específicos de suicídio.

Grave (7-9): O indivíduo tem pensamentos suicidas persistentes que causam angústia significativa e podem incluir alguns planos vagos ou não definidos.

Muito Grave (10): O indivíduo tem pensamentos suicidas constantes, detalhados e perturbadores, com um alto nível de angústia e intenção clara.

Plano Suicida:

Nenhum (0): O indivíduo não tem nenhum plano de suicídio.

Indefinido (1-3): O indivíduo tem ideias vagas sobre como poderia cometer suicídio, mas sem planos específicos ou detalhes.

Definido mas sem acesso a meios (4-6): O indivíduo tem um plano específico de suicídio, mas não tem acesso imediato aos meios necessários para realizar o plano.

Definido com acesso a meios (7-9): O indivíduo tem um plano específico e acesso aos meios para morrer por suicídio, mas sem intenção imediata de agir.

Imediato e letal (10): O indivíduo tem um plano específico, acesso aos meios e intenção imediata de morrer por suicídio.

Rede de Suporte Social:

Excelente (0-2): O indivíduo tem uma rede de suporte forte e confiável, incluindo família, amigos e/ou comunidade que fornecem apoio consistente.

Boa (3-5): O indivíduo tem uma rede de suporte adequada, mas pode haver algumas limitações na disponibilidade ou na qualidade do apoio.

Moderada (6-8): O indivíduo tem uma rede de suporte limitada, com poucas pessoas disponíveis para oferecer ajuda ou apoio emocional.

Fraca (9-10): O indivíduo tem pouca ou nenhuma rede de suporte, com poucos ou nenhum contato social confiável.

¹ Escala baseada na C-SSRS (Columbia).

Plano de Ação

1. Intervenções Imediatas:

- Remoção de meios letais:
- Supervisão constante:
- Hospitalização se necessário:
- Contato com familiares e amigos para suporte:

2. Referências e Encaminhamentos:

- Encaminhamento para serviços de saúde mental:
- Encaminhamento para grupos de suporte comunitário:
- Informação sobre linhas de apoio e serviços de emergência:

3. Seguimento:

- Data da próxima avaliação:
- Plano de acompanhamento regular:
- Revisão de fatores de proteção e planos de segurança pessoal:

Observações Adicionais

Plano de ajuda

Por Rafael Henriques Candiago e Karen Scavacini

O que é um plano de ajuda ou plano de segurança?

Um plano de segurança é um documento que apoia e orienta alguém quando está vivenciando pensamentos suicidas, para ajudá-lo a evitar um estado de crise suicida intensa. Diversas pesquisas e revisões têm demonstrado que o plano de segurança é uma intervenção segura e eficaz em diminuir a ideação e comportamento suicida, em diminuir sintomas de depressão e desesperança, inclusive com resultados positivos em desfechos como melhor aderência ao tratamento, menos tentativas de suicídio e menor necessidade de hospitalização. Adicionalmente, é considerado viável e aceitável em uma variedade de contextos e situações.

Quem pode elaborar?

Qualquer pessoa que tenha uma relação de confiança com a pessoa que está pensando em suicídio pode ajudar a elaborar o plano; eles não precisam ser um profissional. Portanto, num contexto de emergência e desastres, qualquer profissional que esteja na equipe de atendimento poderia fazê-lo.

Quando ele é indicado?

Um plano de segurança é escrito quando uma pessoa **está experimentando pensamentos suicidas intensos**. Deve-se diferenciar este momento do momento que a pessoa está na iminência de realizar um ato suicida, o que é considerado uma crise suicida. Ele pode ser escrito **após** uma crise suicida, mas não durante, pois neste momento um indivíduo pode ficar sobrecarregado com pensamentos suicidas e ficar confuso, podendo não conseguir pensar com clareza. Um plano de segurança é escrito quando uma pessoa tem esperança de vida, ou mesmo pode considerar a possibilidade de vida, para poder identificar seus sinais, o que piora a situação, o que alivia, suas razões de viver e ações positivas que pode tomar para evitar que seus pensamentos se tornem intensos e avassaladores.

Num contexto de desastres e emergências, o plano de segurança deve ser considerado para os indivíduos que apresentam risco de suicídio, mas não tem, no momento da intervenção, a intenção de realizá-lo, o que seria considerado uma crise suicida e provavelmente o indivíduo seria encaminhado para um serviço de saúde mental.

Quais os objetivos:

Identificar, num trabalho junto com a pessoa que está com pensamentos suicidas:

- Seus sinais pessoais de alerta;
- Estratégias de enfrentamento que podem piorar a situação;
- Estratégias de enfrentamento que funcionaram no passado e/ou acham que podem funcionar no futuro;
- Pessoas que são fontes de apoio em suas vidas (amigos, familiares, profissionais, suportes de crise);
- Como os meios de suicídio podem ser removidos de seu ambiente;
- Suas razões pessoais para viver, ou o que as ajudou a permanecer vivas.

Ele é dinâmico, ou seja, pode ser revisado e alterado tanto pelo indivíduo quanto no próximo encontro com a equipe assistencial. Conforme as condições do indivíduo mudam, ele pode e deve ser readequado a esta nova realidade.

Ao revisar e salientar os pontos fortes da resiliência pessoal de cada indivíduo, o registro destes recursos pessoais (e também ao apoio de terceiros, instituições, serviços de saúde mental, etc.) em momentos de crise suicida facilitam o acesso aos mesmos, ajudando no processo de recuperação e superação da crise suicida.

Nestas revisões, a avaliação da viabilidade da implementação das medidas sugeridas deve ser sempre revisada individualmente e por vezes, posteriormente, com familiares e amigos.

Quando implementados, os planos de segurança tornam-se autorreforçados. Para as pessoas que experimentam pensamentos ou crises suicidas recorrentes, é uma forma de saber que já enfrentaram a tempestade antes e conseguiram sair (Ferguson et al., 2022; Stanley et al., 2018; Scavacini et al., 2021).

Passo 1:

Liste os **sinais de alerta** que indicam que uma crise suicida pode estar se desenvolvendo

Que (situações, pensamentos, sentimentos, sensações corporais ou comportamentos) você experimenta que o informa que está prestes a pensar em suicídio ou que o informa que não está bem emocionalmente? Inclua sinais leves.

Exemplos:

Situação: discussão com um ente querido, brigas familiares.

Pensamentos: “Estou tão farto disso e não aguento mais”

Sensações do corpo: Vontade de beber álcool

Comportamento: navegar na internet buscando informações sobre meios de suicídio, assistir a filmes violentos, alimentação irregular

Importância: Estar ciente dos próprios sinais de alerta pode alertar a pessoa para que ela pode estar em alto risco de pensar em suicídio quando essas situações/pensamentos/sensações corporais surgirem. Eles podem colocar o plano em ação e passar para a próxima etapa: estratégias de enfrentamento. Estar ciente dos sinais de alerta pessoais pode ajudar os amigos/cuidadores a identificar quando essa pessoa pode precisar de mais apoio, mesmo antes de pedir.

Passo 2:

Liste as **estratégias de enfrentamento negativas** que utiliza e que podem piorar a situação ou gatilhos que ativam esse pensamento.

Que ações ou comportamentos que atraem ou pioram os meus pensamentos suicidas?

Exemplos:

Vontade de beber mais, arrumar briga, guardar tudo que estou sentindo para mim

Passo 3:

Liste as **estratégias de enfrentamento** que podem ser usadas para desviar pensamentos, incluindo pensamentos suicidas.

Que (atividade de distração, técnica de relaxamento, atividade física) ajuda a afastar sua mente destes pensamentos suicidas?

Exemplos:

Atividade de distração: Assistir a um filme engraçado, ouvir rádio, redes sociais

Técnica de relaxamento: Respiração

Atividade física: Andar de bicicleta, cuidar do jardim, etc

Importância: A pessoa com pensamentos suicidas pode usar essas estratégias de enfrentamento para ajudar a distraí-la de seus pensamentos e movê-la para um espaço mental mais positivo. Amigos/cuidadores podem sugerir a pessoa que ela use uma ou mais de suas estratégias de enfrentamento e apoiá-la, se necessário.

Passo 4:

Liste os **lugares e pessoas** que podem ser usados como distração dos pensamentos de suicídio.

Onde você pode se sentir melhor, onde sua mente pode ser desviada dos pensamentos de suicídio? Quem ajuda a tirar sua mente desses pensamentos?

Exemplos:

Lugares: ir ao cinema, sentar em um parque, vizinhos

Pessoas: mandar mensagem para um amigo (nome, telefone), tomar um café com um colega de trabalho (nome, telefone)

Importância: A pessoa com pensamentos suicidas pode ir a esses lugares ou entrar em contato com essas pessoas para ajudar a distraí-las de seus pensamentos suicidas e movê-las para um espaço mental mais positivo.

Passo 5:

Liste todas as **pessoas que podem ser contatadas em uma crise**, juntamente com suas informações de contato.

Para quem entre seus amigos, familiares e prestadores de serviços você pode ligar quando precisar de ajuda (quando os passos anteriores não forem suficientes para distrair ou modificar seus pensamentos suicidas)?

Exemplos:

Mãe: nome, telefones

Cônjuge: Nome, telefones

Amigo(a): nome, telefones

Importância: A pessoa com pensamentos suicidas pode ligar para essas pessoas a qualquer momento, para distraí-las de seus pensamentos ou avisá-las quando seus pensamentos estiverem se tornando intensos, sinalizando que precisam de apoio.

Amigos e cuidadores podem responder à pessoa apoiando-a nesse momento difícil: ouvindo-a, indo visitá-la, certificando-se de fazer check-in com frequência, perguntando o que especificamente elas podem fazer para ajudar.

Passo 6:

Liste os **profissionais de saúde mental** e os horários em que podem ser contatados, bem como os números de contato de emergência 24 horas por dia, 7 dias por semana, que podem ser acessados em uma crise.

Quais os profissionais com quem você trabalhou e que podem ser úteis para você em uma crise? Que outros profissionais ou organizações você poderia chama ou ir?

Exemplos:

ESF de referência: 7-22h segunda a sexta: telefone:

SAMU: 192 - 24 horas /dia

CVV: Linha de ajuda 188 24h/dia para ideação suicida

Importância: A pessoa com uma crise suicida deve ligar ou visitar imediatamente esses contatos de crise, caso os passos anteriores não consigam controlar a crise suicida.

ATENÇÃO: FAÇA ESSE PASSO SOMENTE SE ESTIVER CONFORTÁVEL COM ELE

Passo 7:

Liste os passos a serem tomados para **retirar do meio ambiente o acesso aos meios de suicídio**.

O que poderia ser usado para morrer por suicídio em seu ambiente (casa, trabalho)? Como você já pensou em morrer por suicídio antes, como você pode tornar esse(s) método(s) mais difícil de acessar?

Exemplos:

Comprimidos: Familiar controla e mantém trancado em lugar seguro

Armas (ou corda): Retire de casa (entregue a um amigo, etc.)

Veneno de rato: descarte

Importância: A própria pessoa com pensamentos suicidas pode retirar esses itens de seu ambiente, entregando-os a amigos ou cuidadores e a pessoa que trabalha com eles em seu plano de segurança deve confirmar que todos os meios foram removidos da casa. Amigos/cuidadores podem se oferecer para manter ou jogar fora esses itens. Manter uma pessoa a salvo de um método de suicídio pode significar coisas diferentes para cada pessoa e método. As armas de fogo, em particular, devem sempre ser retiradas de casa, independentemente de terem sido apontadas ou não como meio de suicídio.

Passo 8:

Liste **razões importantes para viver**

Quando você se sente mais à vontade durante o dia? Quem você ama? O que você gosta de fazer? O que você gostava de fazer? O que é importante para você, ou costumava ser importante para você? O que o manteve vivo até agora?

Importância: A lembrança de memórias felizes, e de pessoas importantes atua como fator de proteção contra a evolução dos pensamentos suicidas para uma crise suicida. Quando os pensamentos ficam mais difíceis de controlar, e quando o humor está muito depressivo, lembranças positivas são mais difíceis de serem acessadas.

PLANO DE AJUDA OU PLANO DE SEGURANÇA

Nome: _____

Profissional responsável pelo desenvolvimento: _____

Passo 1: Liste os sinais de alerta que indicam que uma crise suicida pode estar se desenvolvendo:

Passo 2: Liste as estratégias de enfrentamento negativas que utiliza e que podem piorar a situação ou gatilhos que ativam esse pensamento

Passo 3: Liste as estratégias de enfrentamento que podem ser usadas para desviar pensamentos, incluindo pensamentos suicidas, sem contactar alguém.

Passo 4: Liste os lugares e pessoas que podem ser usados como distração dos pensamentos de suicídio.

Passo 5: Liste todas as pessoas que podem ser contactadas em uma crise, juntamente com suas informações de contato.

Passo 6: Liste os profissionais de saúde mental e os horários em que podem ser contatados, bem como os números de contato de emergência 24 horas por dia, 7 dias por semana, que podem ser acessados em uma crise.

SAMU: 192 - 24 horas /dia

Corpo de Bombeiros: 193 - 24 horas/dia (no caso de uma tentativa em andamento)

CVV: Linha de ajuda 188 24h/dia para ideação suicida

Passo 7: Liste os passos a serem tomados para retirar do meio ambiente o acesso aos meios de suicídio.

Passo 8: Liste razões importantes para viver

Data: ____/____/____

Tentativa de suicídio

Abordar as consequências de uma tentativa de suicídio requer uma intervenção cuidadosa e compassiva, tanto em circunstâncias gerais como especificamente no contexto agravado de emergências e desastres naturais. As abordagens diferem no seu enfoque e recursos, mas partilham o objetivo de prestar cuidados imediatos, prevenir danos adicionais e resolver problemas subjacentes.

Ações após uma tentativa:

Cuidados médicos imediatos: É crucial garantir que a pessoa receba cuidados para lidar com qualquer dano físico. Isso normalmente significa ir a um hospital ou serviço de saúde para avaliações de seu bem-estar físico e mental.

Avaliação psicológica e psiquiátrica: Após o check-up médico, a realização de uma avaliação psiquiátrica e psicológica é essencial para identificar potenciais riscos, explorar os fatores que contribuíram para o ato e planejar estratégias de intervenção adequadas. Esta avaliação normalmente envolve conversar sobre o histórico de saúde mental da pessoa, as fontes existentes de estresse e sua rede de apoio.

Plano de segurança: O desenvolvimento de um plano de segurança envolve a identificação dos gatilhos, o delineamento de estratégias para lidar com futuros pensamentos suicidas e o estabelecimento de medidas que o indivíduo pode tomar caso se sinta suicida novamente. Este plano deve envolver familiares ou cuidadores quando apropriado.

Orientação familiar: Após uma tentativa de suicídio o risco de nova tentativa pode estar aumentado, portanto, a família deve ser orientada quanto ao manejo de possível medicação, efeitos colaterais, sinais de alerta e o que fazer se perceber o risco aumentar. Especialmente no primeiro mês após a tentativa, esse acompanhamento e monitoramento deve ser intensificado. Possíveis estigmas e medos devem ser endereçados e acolhidos pela equipe de saúde. Caso necessário, encaminhar para grupos de apoio, como o do Vita Alere.

Acompanhamento: Manter os cuidados é fundamental. Isso inclui visitas, sessões de acompanhamento e, potencialmente, supervisão de medicamentos. A assistência contínua desempenha um papel importante no tratamento de problemas de saúde mental ligados ao comportamento suicida e garante que a pessoa não se sinta sozinha durante a sua jornada de recuperação.

Durante emergências e desastres (Norris, F.H., et al, 2002):

Após uma tentativa de suicídio num cenário de emergência e desastre, as estratégias de resposta típicas podem ser complicadas pela alteração ou interrupção dos serviços de saúde, pelo deslocamento de populações e pelo ambiente caótico geral. A ajuda médica e psicológica imediata pode não ser tão facilmente acessível, ou pode não se dar a importância necessária para o caso, especialmente em ambientes ou regiões onde o suicídio seja estigmatizado.

Intervenções adaptadas: As intervenções devem ser contextualizadas. Unidades móveis de saúde, telemedicina e o uso de equipes de resposta a emergências treinadas em primeiros socorros em saúde mental podem fornecer cuidados iniciais.

Apoio comunitário e social: Utilizar recursos comunitários, como abrigos, centros comunitários e grupos religiosos. Esses locais podem proporcionar assistência e um sentimento de pertencimento, o que é crucial para indivíduos que possam se sentir sozinhos e sem esperança após uma tentativa de suicídio.

Assistência a longo prazo: Incorporar o apoio à saúde na estratégia global para a recuperação pós-catástrofe. A inclusão dos serviços de saúde nos esforços de reconstrução ajuda a lidar com os efeitos duradouros e a reforçar a resiliência da comunidade afetada.

Ao lidar com tentativas de suicídio, especialmente durante emergências e desastres, as estratégias de atendimento devem ser o mais rápidas e abrangentes possíveis diante das possibilidades, sendo adaptáveis a situações, mas suficientemente robustas para fornecer apoio durante todo o processo de recuperação e depois. É fundamental considerar o bem-estar das crianças, adolescentes e das famílias nas estratégias de preparação e resposta.

MATERIAIS COMPLEMENTARES:

[Vídeo - Tentativa de suicídio é manipulação?](#)

Estratégias e intervenções

Considerando a prevenção do suicídio, quanto estamos diante de uma emergência ou desastre ambiental, a pergunta que surge é: o que pode ser feito?

Norris et al. (2002) recomendam intervenções precoces após desastres, especialmente quando há danos extensivos à propriedade, problemas financeiros contínuos, violência intencional e altos índices de trauma, como lesões e perda de vidas. É crucial atender às necessidades de saúde mental de crianças, mulheres e sobreviventes, considerando o contexto familiar. A cooperação e coordenação entre agências são essenciais devido à complexidade das catástrofes e intervenções sociais e comunitárias devem acontecer, reservando recursos clínicos escassos para os mais necessitados.

Ao iniciar o planejamento das estratégias e intervenções, considere as perguntas feitas na parte ANTES DE COMEÇAR e inclua:

- Quais as possíveis barreiras que podem encontrar?
- Como é o estigma e as atitudes da população em relação ao suicídio?
- Quais são os recursos existentes (formais e informais) e como utilizá-los?
- Qual o conhecimento das equipes envolvidas sobre o tema? É necessário um treinamento prévio? Existem materiais prontos ou é necessário desenvolver? Quem poderia fazer isso?
- O que é necessário implementar e quem pode ajudar que isso aconteça?
- Como essas ações podem ser financiadas?
- Como incluir os jovens, a comunidade e as pessoas com experiência vivida no desenvolvimento e revisão de intervenções, campanhas e atividades?
- Que outras perguntas precisam ser feitas para o início das ações?
- Como será possível avaliar e integrar os esforços?

Nas próximas páginas dividimos as sugestões de ações, responsabilidades e cuidados de saúde mental, bem como medidas para a prevenção do suicídio, direcionadas a alguns dos possíveis agentes sociais: (Walsh, 2007; Walsh, 2015; Cacciacarro, 2023; IASC, 2022; Brasil, 2006; Scavacini, 2022; Mao & Agyapong, 2021; Borges, 2023; Aten & Shannonhouse, 2015).



Atenção: para cada sugestão de ação damos exemplos de implementação, avaliar como isso se aplica na situação e necessidade vivenciada. Use o método SMART quando possível.

AÇÕES INDIVIDUAIS

1. Encoraje as pessoas, especialmente os adolescentes a reconhecerem sentimentos, emoções e saber quando procurar apoio.

- Oficinas em escolas, centros comunitários e online para educar os adolescentes sobre como reconhecer sinais de estresse, ansiedade e depressão. Inclua questões sobre a prevenção do suicídio. Utilize atividades interativas e exemplos da realidade.
- Uso de diários de emoções onde possam anotar seus sentimentos auxiliando na identificação de padrões emocionais.
- Estímulos para atividades de relaxamento e orientações sobre como buscar apoio quando necessário.

2. Dê informações e incentive a procurar ajuda caso o sofrimento emocional esteja muito agudo ou com grande impacto no cotidiano, ou na presença de pensamentos suicidas, ou autolesão. A ajuda inclui uma rede estendida de apoio, como familiares, amigos, educadores e serviços de saúde.

- Folhetos, cartazes e crie páginas na internet com informações claras sobre como e onde buscar ajuda em caso de necessidade. Inclua contatos de serviços de emergência, linhas de apoio e profissionais de saúde mental.
- Criação de redes de suporte na comunidade, envolvendo familiares, amigos, educadores e profissionais de saúde. Promova encontros regulares e atividades de integração.
- Oficinas para educadores e familiares sobre como identificar sinais de sofrimento emocional e como oferecer suporte adequado. Fornecer estratégias práticas para iniciar conversas difíceis e oferecer apoio.
- Campanhas que incentivem a busca de apoio sem estigma, utilizando histórias de superação e testemunhos de pessoas que buscaram ajuda e encontraram suporte.

3. Aprenda sobre as reações comuns do estresse e estratégias de enfrentamento após situações, como desastres. Promoção da saúde mental e prevenção do suicídio são temas fundamentais.

- Cursos e apresentações sobre bem-estar, gerenciamento de estresse, prevenção do suicídio e mecanismos eficazes de enfrentamento em escolas, faculdades e comunidades. Envolver especialistas em saúde para oferecer opiniões baseadas em evidências.
- Recursos como manuais e vídeos discutindo respostas ao estresse e estratégias de enfrentamento. Aborde como lidar com emoções pós-desastres nesses materiais. Inclua a prevenção do suicídio.

AÇÕES FAMILIARES

1. Comunicação Aberta e incentivo de conversas sobre sentimentos, medos, bem estar emocional e saúde mental.

- Tentar estabelecer uma comunicação aberta, falando sobre seus próprios sentimentos e como lidam com eles. Isso encoraja os filhos a fazerem o mesmo.
- Livros, filmes e jogos educativos que abordem temas de saúde mental e emoções, facilitando discussões naturais sobre esses assuntos.
- Perguntas que incentivem discussões mais profundas, como “Como você se sentiu hoje?” ou “O que tem te preocupado ultimamente?”.

2. Monitorar mudanças de comportamento ou sinais de risco de saúde mental e prevenção do suicídio, especialmente em crianças e adolescentes. Ver tabela de sinais de risco neste manual.

- Estar atento a quaisquer mudanças de comportamento, como mudanças repentinas de humor, afastamento das atividades sociais, perda de interesse nas coisas que gostavam e mudanças nos hábitos de sono e alimentação.
- Tomar medidas se notar sinais de risco, fornecendo apoio e considerando assistência, se necessário.

3. Estabelecer redes de apoio, que, quando presentes, podem compartilhar histórias, experiências e mecanismos de enfrentamento.

- Encontros comunitários e eventos sociais que promovam a interação e o compartilhamento de experiências entre famílias.
- Informações sobre recursos úteis, como locais de ajuda, livros, artigos e ferramentas de enfrentamento.

4. Fornecer estabilidade e, dentro do possível, manter rotinas para dar uma sensação de normalidade e segurança.

- Se possível, manter rotinas diárias consistentes para horários de refeições, sono, estudos e lazer. A previsibilidade ajuda a criar um ambiente seguro e estável.
- Tenha planos para emergências, garantindo que todos saibam o que fazer e para onde ir em caso de desastre.

AÇÕES DOS VOLUNTÁRIOS

1. Buscar treinamento básico em primeiros socorros psicológicos e em reconhecimento de sinais de angústia e potencial suicídio.

- Engajar-se em exercícios de simulação e role-playing durante o treinamento para praticar a resposta a diferentes cenários de crise.
- Conhecer e utilizar recursos online disponíveis em plataformas de saúde mental e prevenção do suicídio para complementar o treinamento presencial.
- Estudar manuais e guias fornecidos durante o treinamento e manter esses recursos acessíveis para consulta durante o voluntariado.
- Certificações que comprovem a conclusão do treinamento em primeiros socorros psicológicos e reconhecimento de sinais de suicídio.

2. Estar preparado para ouvir com empatia as pessoas afetadas pelo desastre e saber quando e como encaminhar os indivíduos para profissionais de saúde mental.

- Aprender e praticar técnicas de escuta ativa, como fazer perguntas abertas, manter contato visual e validar os sentimentos da pessoa.
- Familiarize-se com as regras e passos para encaminhar indivíduos para os serviços de saúde, incluindo quem contactar e como comunicar.
- Trabalhe em conjunto com voluntários e especialistas para garantir que os encaminhamentos sejam tratados eficientemente e que os indivíduos recebam a assistência necessária.

3. Envolvimento comunitário nas atividades de construção que ajudem a restaurar a normalidade e forneçam apoio emocional à população afetada.

- Envolver-se em iniciativas centradas na reconstrução de infraestruturas, como escolas, centros comunitários e habitação, para ajudar na restauração da normalidade.
- Encontros, incluindo comemorações, atividades de lazer e sessões educativas que visam fomentar vínculos sociais e oferecer apoio emocional.
- Estabeleça ou apoie redes de assistência comunitária onde os indivíduos possam trocar as suas histórias e mecanismos de sobrevivência.
- Dedique tempo para ser voluntário regularmente para garantir uma presença confiável na comunidade impactada.
- Colabore com psicólogos e assistentes sociais para fornecer apoio durante os compromissos comunitários, auxiliando no reconhecimento e na ajuda aos indivíduos.

4. Compreender o organograma de responsabilidades do local em que está se voluntariando e entender os fluxos de encaminhamentos internos e externos ao local.

- Reuniões regulares de equipe para discutir procedimentos, compartilhar informações e esclarecer dúvidas sobre o fluxo de encaminhamento.
- Familiarize-se com os protocolos de emergência e os passos a serem seguidos em caso de necessidade de encaminhamento imediato.

5. Incentivar voluntários a identificar e encaminhar indivíduos em risco de suicídio para os próprios setores do município.

- Treinar voluntários em identificação de sinais de alerta de suicídio e procedimentos de encaminhamento.
- Fornecer aos voluntários cartões de contato e informações sobre recursos locais de saúde mental.

6. Disponibilizar informações sobre autocuidado em saúde mental, prevenção do suicídio e serviços disponíveis para a população afetada.

- Criar e distribuir materiais educativos sobre técnicas de autocuidado, manejo do estresse prevenção do suicídio.
- Oficinas e palestras online sobre saúde mental, prevenção do suicídio e resiliência.

AÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

1. Triagem ativa para o risco de suicídio entre as pessoas afetadas pelo desastre, especialmente aquelas com fatores de risco conhecidos.

- Utilize ferramentas de triagem padronizadas, como questionários e listas de verificação para avaliar o risco de suicídio durante as avaliações e acompanhamento.
- Eduque voluntários e profissionais de saúde para reconhecer sinais de risco de suicídio, incluindo mudanças comportamentais, isolamento social, expressões de desesperança e histórico de tentativas de suicídio.
- Crie estações de triagem em locais como abrigos, centros comunitários e instalações médicas para identificar rapidamente as pessoas em risco

2. Intervenção em crises e desenvolvimento de planos de tratamento de curto, médio e longo prazo para aqueles identificados em risco.

- Desenvolver planos de ajuda, conforme indicado neste material.
- Apoio emergencial através de linhas diretas de ajuda, atendimentos de urgência e intervenção psicológica imediata.
- Intervenções de terapia breve, para abordar crises agudas e estabilizar o indivíduo.
- Planos de tratamento de médio e longo prazo que incluam acompanhamento regular, terapia contínua e monitoramento de progresso.
- Encaminhar casos mais graves para especialistas em saúde mental ou prevenção do suicídio, como psiquiatras e psicólogos, para tratamento específico.

3. Aumentar tanto quanto possível a capacidade dos serviços de saúde, incluindo a formação de profissionais adicionais em cuidados informados sobre traumas e prevenção do suicídio.

- Programas de formação intensiva para profissionais de saúde em cuidados sobre traumas e técnicas de prevenção do suicídio.
- Recrutar e treinar voluntários adicionais para apoiar os serviços de saúde, especialmente em situações de alta demanda.
- Alocar recursos adicionais, como equipamentos e materiais de apoio, para fortalecer a infraestrutura dos serviços de saúde.

4. Fornecer apoio contínuo à saúde mental e monitorar as pessoas em risco

- Mantenha registros das avaliações de risco para rastrear e acompanhar os casos identificados.
- Sessões regulares de terapia individual e em grupo para monitorar o bem-estar mental dos indivíduos em risco.
- Check-ins periódicos por meio de chamadas telefônicas, visitas domiciliares ou consultas online para avaliar o progresso, ter a detecção precoce de riscos potenciais e ajustar os planos de tratamento conforme necessário.
- Grupos de suporte entre pares onde as pessoas possam compartilhar experiências e estratégias de enfrentamento. No Vita Alere temos um grupo de apoio para familiares de pessoas com comportamento suicida. As informações estão no nosso site.

5. Priorizar o bem-estar dos voluntários e profissionais, abordando o esgotamento e os níveis de estresse dos cuidadores.

- Programas de apoio psicológico e emocional para voluntários e profissionais, incluindo sessões de *debriefing* e aconselhamento.
- Rodízios de tarefas para evitar sobrecarga de trabalho e permitir que todos tenham períodos de descanso adequados.
- Treinamentos em técnicas de autocuidado, como *mindfulness*, exercícios físicos e estratégias de gerenciamento de estresse.
- Avaliações regulares do bem-estar dos voluntários e profissionais e ajustar as intervenções conforme necessário para prevenir o esgotamento.
- Falar sobre prevenção do suicídio entre voluntários e profissionais.

6. Identificar e simplificar o acesso à rede de saúde mental local, incluindo serviços de apoio emocional em crises.

- Criar um mapa de recursos de saúde mental e prevenção dos suicídios disponíveis na comunidade, incluindo hospitais, clínicas e serviços de telemedicina. *ver mapa da saúde mental nos canais de apoio ao final desta cartilha.
- Distribuir este mapa por meio de folhetos, websites locais e aplicativos móveis.
- Estabelecer linhas diretas de emergência para encaminhamento rápido a serviços de saúde mental e prevenção do suicídio.

7. Priorizar intervenções eficazes para populações em risco durante emergências, como acompanhamento telefônico pós-tentativa de suicídio ou na falta de meio de contato, apostar em visitas domiciliares, cuidados na comunidade, intervenções breves, grupos de apoio psicológico.

- Implementar um sistema de acompanhamento telefônico para indivíduos identificados como de alto risco.
- Em áreas sem cobertura de celular, organizar visitas domiciliares por equipes de saúde ou voluntários treinados.
- Grupos de apoio comunitário e oficinas de intervenções breves em centros comunitários ou escolas.

8. Reforçar diretrizes éticas e técnicas para a mídia ao reportar sobre suicídios.

- Desenvolver e distribuir um guia de boas práticas para jornalistas cobrindo questões de suicídio, enfatizando a importância de evitar detalhes sensacionalistas. Conheça a [cartilha da OMS](#) (em inglês) e a cartilha Vita Alere sobre [como falar de forma segura sobre o suicídio](#).
- Workshops para profissionais da mídia sobre o impacto de sua cobertura na saúde mental e suicídio da comunidade.

9. Implementar sistemas de apoio remoto em casos de acesso limitado, com treinamento adequado para avaliação de risco.

- Serviços de tele psicologia com profissionais treinados para realizar avaliações de risco e consultas à distância.
- Plataformas de videoconferência seguras para garantir privacidade e confidencialidade.

10. Garantir acesso a apoio de saúde mental e prevenção do suicídio para profissionais na linha de frente, incluindo socorristas e profissionais das forças de segurança.

- Sessões mensais de “descompressão” após grandes incidentes ou regularmente em períodos de alta tensão. Use facilitadores treinados para guiar as sessões, que podem incluir técnicas como *debriefings* psicológicos, exercícios de relaxamento e discussões em grupo.
- Programa formal de mentores ou apoio entre pares, onde cada novo membro da equipe é pareado com um colega mais experiente. Realize treinamentos regulares para os mentores, focando em habilidades de escuta ativa, empatia e encaminhamento para suporte especializado quando necessário.
- Questionários de avaliação de bem-estar mental que possam ser preenchidos anonimamente pelos profissionais em tablets ou smartphones. Analise os dados regularmente para identificar tendências e ajustar os programas conforme necessário.

AÇÕES COMUNITÁRIAS

1. Criar centros de apoio na comunidade onde os indivíduos possam encontrar informações, apoio à saúde mental e assistência prática, com ajuda para as necessidades básicas.

- Selecionar locais acessíveis e centrais na comunidade para os centros de apoio.
- Treinar voluntários e profissionais para oferecer apoio emocional e prático, garantindo uma abordagem sensível e informada sobre traumas.
- Criar um ambiente acolhedor e seguro onde as pessoas se sintam confortáveis para buscar ajuda.

2. Garantir que os serviços de saúde mental sejam facilmente acessíveis e bem conhecidos por todos os membros da comunidade.

- Aproveite as formas de comunicação (tais como meios de comunicação, plataformas sociais, anúncios escolares e profissionais) para informar amplamente a comunidade sobre os serviços de saúde mental e prevenção do suicídio disponíveis.
- Colaborações com escolas, empresas e outros grupos para facilitar o acesso das pessoas aos serviços de saúde.
- Se possível, fornecer opções de transporte gratuito ou com desconto para facilitar o acesso dos indivíduos às unidades de saúde.
- Serviços de saúde mental online para alcançar aqueles que não podem comparecer pessoalmente.

3. Estabelecer iniciativas que visam aumentar a resiliência e o bem-estar emocional através de atividades como terapia de grupo, esportes e artes.

- Reuniões de terapia de grupo supervisionadas por profissionais enfatizando estratégias para gerenciar o estresse, técnicas de enfrentamento e resiliência.
- Apoiar a participação em esportes, artes criativas e diversas atividades de lazer que facilitem a expressão emocional e as conexões interpessoais.
- Sessões educacionais sobre atenção plena, meditação, ioga e outros métodos para melhorar o bem-estar.
- Eventos comunitários que promovam a coesão social e o suporte mútuo, como exposições de saúde e competições atléticas.

4. Promover conexões por meio de grupos de apoio entre pares e programas direcionados especialmente aos jovens e àqueles que sofreram perdas familiares.

- Grupos de apoio que atendam a diferentes segmentos da comunidade, incluindo jovens, idosos e famílias que enfrentam perdas.
- Treinamento aos facilitadores para orientar esses grupos de apoio eficazmente, garantindo que eles possam lidar com as conversas de maneira sensível e com o suporte adequado.
- Encontros regulares para que esses grupos de apoio fomentem uma rede de apoio.
- Iniciativas de apoio entre pares nas escolas para ajudar os jovens a gerir o stress e o trauma.
- Plataformas online para ter grupos de apoio virtuais, permitindo a participação de pessoas que não podem comparecer pessoalmente.

5. Desenvolver programas comunitários para promover um sentimento de pertença e de enfrentamento coletivo.

- Iniciativas comunitárias como projetos de jardinagem, limpeza de espaços e revitalização de áreas compartilhadas.
- Eventos culturais que reflitam a origem, a diversidade e a identidade da comunidade.
- Redes de voluntariado que possam apoiar mutuamente em tempos de necessidade.
- Fóruns para discussões comunitárias onde as pessoas possam expressar as suas preocupações, sugestões e estratégias para resolver problemas e inclua os jovens nessas conversas.
- Campanhas de inclusão que honrem as diferenças e promovam a aceitação e o respeito entre os membros da comunidade.

6. Reduzir o acesso aos meios de suicídio e mapear locais que possam ser *hotspots*, ou seja, de fácil uso para o suicídio.

- Mapear e colaborar com autoridades locais para identificar e restringir acesso a locais conhecidos por serem pontos de risco para suicídio.
- Implementar medidas de segurança emergenciais como barreiras físicas em pontes e plataformas de trens, especialmente quando hotspots.
- Restringir a venda de substâncias e itens perigosos durante períodos de crise.

7. Acesso à linha de ajuda, como o CVV, disponível 24 horas por dia, pelo 188 ou cvv.org.br

AÇÕES DE EDUCADORES

1. Implementar programas de conscientização escolar para que os alunos, docentes e equipe escolar esteja mais familiarizada com as questões da promoção da saúde mental e da prevenção do suicídio.

- Oficinas e palestras regulares sobre saúde mental e prevenção do suicídio para estudantes e funcionários, incluindo atividades dedicadas à conscientização sobre a saúde mental, com atividades educativas e interativas
- Desenvolver e distribuir folhetos, cartazes e vídeos informativos sobre sinais de alerta do suicídio e recursos de ajuda.
- Criar planos de ajuda personalizados com os alunos, incluindo possíveis estratégias de enfrentamento e informações de contato e rede de suporte
- Atividades que promovam a expressão de emoções de maneira saudável e construtiva, como sessões de arteterapia, escrita terapêutica e grupos de apoio liderados por profissionais. Estas atividades podem ajudar os alunos a processar suas emoções de maneira segura e reduzir o risco de comportamentos autodestrutivos.

2. Desenvolver um protocolo de ações e um mapeamento de risco dos alunos

- Documento com as ações possíveis na escola ao lidar com crises emocionais, casos de autolesão e comportamento suicida.
- Criar de uma “equipe de resposta rápida” dentro da escola, composta por membros treinados para lidar com crises, incluindo ameaças de suicídio.
- Mapear os alunos vulneráveis, incluindo seus fatores de risco, fatores de proteção e rede de apoio disponível
- Sistema de acompanhamento regular para verificar o bem-estar dos estudantes após intervenções de emergência.
- Parcerias com clínicas de saúde mental e hospitais locais para garantir atendimento rápido e contínuo

3. Promover um ambiente escolar de suporte e vigilância mútua

- Educar e treinar a rede escolar e alunos interessados em primeiros socorros emocionais
- Programas de treinamento para professores, conselheiros e outros funcionários escolares sobre como identificar e responder a sinais de alerta de suicídio.
- Criar uma rede de multiplicadores ou gatekeepers desses cuidados. Educadores e alunos mais velhos podem ser treinados para oferecer apoio emocional aos colegas
- Simulações de situações de crise para praticar intervenções e respostas apropriadas.

4. Criar uma rede de apoio para as áreas de conscientização, educação, cuidado e suporte

- Mapear as instituições de saúde mental que podem oferecer cuidados específicos
- Parcerias com instituições de ensino que possam treinar professores e desenvolver projetos perenes de cuidado e atenção
- Fazer parcerias com agências de mídia que possam ajudar no desenvolvimento campanhas de conscientização e cuidado. Sempre que possível envolver especialistas da área de saúde mental para garantir a segurança das mensagens.
- Estabelecer parcerias com psicólogos e psiquiatras para fornecer intervenções terapêuticas dentro da escola, incluindo grupos de apoio

AÇÕES DOS LÍDERES ESPIRITUAIS/RELIGIOSOS

1. Fornecer aconselhamento e cuidado espiritual que respeite diversas crenças e práticas.

- Educação sobre diversidade religiosa e cultural para promover maior compreensão e respeito de diferentes crenças e costumes.
- Educação sobre prevenção e posvenção do suicídio
- Sessões de aconselhamento individual para as pessoas expressarem suas preocupações e buscar orientação.
- Mantenha áreas privadas e seguras para práticas espirituais e/ou religiosas. Como, por exemplo: oração, meditação e reflexão, que estejam abertas a todos na comunidade.
- Use uma linguagem inclusiva que abranja uma série de crenças, evitando termos que possam isolar ou ofender qualquer grupo.
- Redes de apoio espiritual onde indivíduos de diversas origens religiosas possam reunir-se para trocar histórias e prestar assistência mútua

2. Organizar eventos comunitários que promovam o bem-estar emocional, físico e espiritual e facilitem o enfrentamento comunitário.

- Eventos que envolvam líderes de diferentes religiões, promovendo a unidade e a compreensão inter-religiosa.
- Encontros focados no bem-estar holístico, incluindo atividades como meditação, ioga, terapia de arte e grupos de discussão espiritual.
- Retiros espirituais que proporcionem um espaço para reflexão, descanso e renovação espiritual, especialmente para aqueles que passaram por traumas.
- Palestras sobre saúde mental, check-ups de saúde, atividades físicas e práticas espirituais, promovendo um estilo de vida equilibrado e saudável.

AÇÕES DO PODER PÚBLICO

1. Colocar em prática ou desenvolver regras para garantir que o apoio à saúde mental e prevenção do suicídio esteja rapidamente disponível, em áreas afetadas por desastres.

- Protocolos que permitam a mobilização imediata de profissionais de saúde mental para áreas afetadas por desastres.
- Centros de apoio temporários em locais estratégicos nas áreas afetadas, onde serviços de saúde mental e prevenção do suicídio possam ser oferecidos de forma rápida e eficiente.
- Colaborar com especialistas, organizações não governamentais e agências internacionais que tenham competência em prevenção do suicídio em emergências para garantir suporte imediato.

2. Obter financiamento para serviços de saúde mental após catástrofes e para pesquisas sobre estratégias eficazes para prevenir o suicídio nestas situações.

- Busque por bolsas, parcerias com empresas e fundações, financiamentos de organizações, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Banco Mundial, que visam melhorar o apoio à saúde mental durante crises.
- Benefícios fiscais para contribuições destinadas a serviços de saúde mental e programas de prevenção de suicídio em situações de emergência.
- Reserve uma parte do orçamento a iniciativas de saúde mental e prevenção do suicídio em tempos de emergência, para garantir apoio financeiro sustentável.

3. Reservar dinheiro para educar os membros e profissionais da comunidade sobre saúde mental e prevenção do suicídio

- Com iniciativas adaptadas a escolas, empresas e comunidades;
- Oficinas destinadas a profissionais de saúde e educadores;
- Recursos educacionais, como panfletos, vídeos e materiais on-line;
- Campanhas de sensibilização pública em plataformas de mídia e meios de comunicação tradicionais.

4. Promover campanhas de conscientização pública sobre os recursos de saúde mental, sinais de sofrimento, prevenção do suicídio e a importância de procurar ajuda.

- Televisão, rádio e mídias sociais;
- Eventos comunitários, como palestras e workshops;
- Trabalhar com influenciadores e figuras públicas;
- Distribuir material informativo em locais públicos, como hospitais, escolas e centros comunitários;
- Estar atento a uma comunicação segura e que não aumente preconceitos;
- Se possível, inclua os jovens e a comunidade nessas campanhas.

5. Manter locais de apoio da rede de saúde mental sempre que possível.

- Assegurar que centros de saúde mental permaneçam operacionais e acessíveis durante emergências, com horários estendidos se necessário.
- Providenciar transporte gratuito ou subsídios de viagem para aqueles que precisam acessar esses serviços.

6. Capacitar equipes multidisciplinares e multisetoriais para identificar, avaliar e gerir o risco de suicídio na comunidade.

- Treinamentos regulares que incluam profissionais de saúde, educação, segurança pública e líderes comunitários para identificar e gerenciar o risco de suicídio.
- Treinar equipes locais de saúde para poderem responder de maneira eficaz e rápida às necessidades de prevenção do suicídio durante e após desastres.
- Dar acesso a linhas diretas e suporte remoto, configurando uma linha direta exclusiva para profissionais da linha de frente, operada por psicólogos ou profissionais treinados. Esta linha deve ser acessível 24/7, com a possibilidade de realizar chamadas anônimas. Divulgue essa linha direta via cartões e pôsteres informativos em locais estratégicos.

7. Garantir que as políticas abranjam os serviços de saúde mental em situações de catástrofe e incluam considerações de saúde mental e prevenção do suicídio no planejamento da preparação para emergências.

- Desenvolver e implementar políticas que integrem a saúde mental em todos os aspectos do planejamento e resposta a emergências.
- Planos de ação detalhados que incluam diretrizes específicas para a prestação de serviços de saúde mental e prevenção do suicídio durante desastres.
- Estabelecer comitês interdisciplinares que incluam especialistas em prevenção do suicídio para orientar o planejamento e a resposta a emergências.
- Avaliações regulares dos planos de emergência para garantir que considerações de e prevenção do suicídio estejam sendo adequadamente abordadas.
- Treinamentos e exercícios de simulação que incluam cenários de saúde mental e prevenção do suicídio para preparar equipes de resposta a emergências.

A prevenção do suicídio em cenários pós-catástrofe requer uma abordagem integrada que envolva todos os níveis da sociedade — desde ações individuais até sistemas de apoio familiar, iniciativas comunitárias e políticas públicas abrangentes.

Se cada grupo desempenhar o seu papel de forma eficaz, a comunidade pode gerir melhor as consequências psicológicas das catástrofes e reduzir a incidência de suicídio entre os que estão em maior risco.

MATERIAIS COMPLEMENTARES:

[Vídeo - Quais os papéis do psiquiatra e do psicólogo?](#)

[Vídeo - Como planejar ações de prevenção ao suicídio?](#)

[Vídeo - Dicas de livros sobre saúde mental de crianças e adolescentes](#)

[Vídeo - Como falar de suicídio na escola](#)

[Série especial de Saúde Mental e Atenção Psicossocial em Desastres](#)

[Protocolos para organização do cuidado local em emergências e desastres](#)

[IASC - Abordagem ao suicídio em contextos humanitários](#)

[Materiais informativos do Mapa Saúde Mental](#)

Luto em desastres e catástrofes

Izabela Guedes

Vincular-se a alguém e/ou a algo é uma necessidade básica de seres humanos e de outros animais que formam vínculos sociais, providenciando proteção e segurança que garantem a sobrevivência individual e da espécie (Bowlby, 2002/1969). Seres humanos e animais que formam vínculos sociais íntimos vivem o luto quando esses vínculos são rompidos.

O rompimento daquilo que é considerado fundamental, insubstituível, organizador, essencial para a orientação de si e do mundo, é a experiência mais devastadora que vive aquele que rompe com seus vínculos significativos (Parkes, 2009). A quebra do mundo presumido impõe transformações e indica que nada mais será como antes.

Enlutar-se é um processo de construção de significados para a(s) perda(s), que envolve uma gama de mudanças, de sentimentos, de adaptações.

Em se tratando de perdas em desastres e catástrofes, devemos dar especial atenção ao que representa o luto nesses cenários, composto por múltiplos e complexos fatores de risco.

É papel das pessoas próximas e das equipes de saúde mental, dentro das suas possibilidades, ser fator de proteção para a travessia conturbada que o luto em desastres e catástrofes exige.

Catástrofes são um somatório de eventos destrutivos que se dão de maneira abrupta, violenta, resultando em perdas múltiplas, impactando radicalmente todo o mundo conhecido e seguro, enlutados individual e coletivamente. Afetam bebês, crianças, adultos, gestantes, idosos, famílias em todas as suas configurações de afeto, pessoas com deficiências físicas e mentais, pessoas doentes crônicas, animais domésticos, animais silvestres, crias, plantações, fazendas, florestas, estradas, pontes, rios, lagos, oceanos, casas, edifícios, escolas, universidades, repartições públicas, hospitais, aeroportos, todo o tipo de território e de comunidades inteiras (Ministério da Saúde, 2024).

Em muitas situações, a realização dos rituais de despedida fica impedida, quando não é possível ser feita a identificação de corpos, quando não há condições para o velório e para o sepultamento. Devemos olhar para essa particularidade como um importante fator de risco para o enfrentamento, pois o trabalho psíquico do luto fica sobrecarregado pela situação em aberto e a ambiguidade de sentimentos presentes nessa experiência (Grecio et al., 2015).

Outros aspectos que caracterizam o luto em situações de desastres e catástrofes se assemelham ao transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e devem ser considerados com atenção no processo de avaliação psicodiagnóstica. O suporte do psicólogo especialista em luto pode se dar em qualquer momento, os afetados por desastres necessitam de cuidados e de apoio psicossocial imediatos, a curto, a médio e a longo prazo.

A avaliação dos fatores de risco e de proteção para o luto complicado deve ser feita criteriosamente, fundamentando as ações a serem executadas, conforme as necessidades de cada momento, sob risco de provocar mais danos aos enlutados. As pessoas em luto podem sentir:

Emocionalmente:

Culpa, raiva, pesar, sentimento de injustiça, culpa por ter sobrevivido, ansiedade, comumente intensos e persistentes.

Cognitivamente:

Pensamentos intrusivos e ruminativos, confusão mental, perda de memória, são reações esperadas.

Fisicamente:

Alterações no sono, na alimentação, baixa da imunidade, desconfortos gastrointestinais, por exemplo.

O sentimento de perda de sentido, de desesperança, de desamparo, de descrença em si e no mundo, faz parte da ruptura do mundo presumido e do desmoronamento das estruturas que sustentavam aquela realidade que se tornou inexistente, amedrontando o enlutado com um futuro sombrio e caótico, tal qual o luto em seu estado agudo geralmente vivido nos primeiros meses após a(s) perda(s).

Os estudos da neurociência demonstram que existem circuitos neuronais que formam um mapa cerebral que toda pessoa possui, o qual terá que passar por toda uma revisão e adquirir novas aprendizagens mediante o acontecimento de perdas. Nas palavras de O'Connor (2023, p. 27), "devemos atualizar nossos mapas virtuais, criando uma cartografia revisada de nossa nova vida".

A atuação imediata do psicólogo é um importante fator protetivo para o TEPT, devendo **se prestar a oferecer sua presença genuína para acolher o sofrimento, numa postura de escuta ativa, utilizando linguagens adequadas às diferentes idades**, sejam crianças, sejam adultos.

Atividades artísticas e lúdicas, como brincadeiras, são recursos potencialmente restauradores independentemente da idade, além de não exigirem investimento financeiro alto. A utilização do modelo do processo dual do luto mostra-se como um fundamento e uma ferramenta de intervenção adequados em qualquer momento do processo, ressaltando o caráter oscilatório e não linear do luto. Ajudar que o enlutado promova o movimento pendular entre fazer contato com a perda e fazer contato com a restauração é ajudá-lo a suportar a dor da(s) ausência(s) para que ele possa seguir adiante.

A retomada do sentimento de pertencimento, o novo senso de identidade, a confiança de que a vida se restabeleceu sob novos alicerces, o sentimento de ter conseguido se reerguer, todo o processo de reconstrução após uma destruição em larga escala requer um conjunto de fatores restaurativos, que demandam empatia, tempo, conhecimento e sentimento de coletividade.

MATERIAIS COMPLEMENTARES:

- Vídeo - Luto na criança
- Vídeo - Rituais em tempos de pandemia
- Perdas e luto
- Perdas e luto em crianças
- Orientações sobre o luto (PUC SP)
- Orientação às famílias em luto
- Orientação ao luto parental
- Como ajudar alguém em luto

Posvenção, e o quando o suicídio ocorre?

A **posvenção do suicídio** refere-se às atividades e programas implementados após a ocorrência de um suicídio, para apoiar as pessoas afetadas pelo suicídio, prevenir novos traumas e reduzir o risco de suicídios adicionais (Andriessen, 2019).

Este apoio é crucial para os indivíduos e comunidades enlutados pelo suicídio, à medida que navegam no seu luto e lidam com as consequências. O luto por suicídio pode diferir de outros tipos de luto especialmente quanto ao impacto, duração, sentimento de culpa, isolamento, estigma e aumento do comportamento suicida entre pessoas enlutadas pelo suicídio (Scavacini, 2022; Scavacini et al, 2020, Jordan & McIntosh, 2011).

Para cada suicídio completo, até 145 pessoas podem ser afetadas por essa morte. Quanto mais próximas e maior o vínculo, maior pode ser o impacto (Cerel et al, 2016). Em escolas esse número ainda pode ser muito maior.

A posvenção deve ser cuidadosamente desenvolvida e ter um objetivo claro a curto, médio e longo prazo. Nem todas as pessoas precisarão ou terão acesso à terapia, portanto ter ações nos vários níveis de prevenção (primária, secundária e terciária) se faz necessário.

Quanto maior o estresse, maior a necessidade de procedimentos estruturados. Pode-se pensar em quatro níveis de suporte (Scavacini & Meleiro, 2018).



A necessidade de uma posvenção eficaz do suicídio aumenta durante emergências e desastres, quando as comunidades já podem estar sob estresse significativo, mas pode encontrar desafios importantes durante essa implementação.

Análise da situação: Planejar as estratégias e envolver especialistas é fundamental para um bom andamento do cuidado e para mitigar possíveis riscos e a possibilidade de contágio.

Suporte para os enlutados: Um suporte imediato, incluindo ajuda nas decisões e necessidades práticas é aconselhável. Se possível conectar os familiares e amigos com profissionais da saúde mental e psicólogos.

Grupos de apoio: A atividade mais comum em posvenção são os grupos de apoio, conheça os grupos existentes na seção dos canais de ajuda, explique como funciona e encaminhe as informações para as pessoas afetadas

Educação e conscientização: Educar e sensibilizar as comunidades sobre as complexidades do suicídio, como lidar com as suas consequências e formas de oferecer apoio. A educação desempenha um papel na redução do estigma em torno do suicídio, o que pode facilitar aos indivíduos afetados a procura e obtenção de assistência.

Respeitando a memória: Permitir que uma comunidade ou família homenageie e se lembre daquele que se foi pode facilitar o processo de luto. É fundamental equilibrar as homenagens com a necessidade de evitar glorificar ou romantizar o suicídio, o que pode levar ao contágio. Homenagens físicas, como plantar uma árvore, fazer uma placa ou outras do gênero não são indicadas.

Apoio da tecnologia: Plataformas online, sites e as redes sociais podem oferecer assistência e ajuda rápida aos indivíduos afetados pelo suicídio durante desastres. Essas plataformas podem servir como espaço de compartilhamento de histórias e divulgação de conteúdos educativos.

MATERIAIS COMPLEMENTARES:

Documentário: Laços e nós: tecendo histórias do luto por suicídio

Vídeo: A posvenção e o cuidado do luto por suicídio na escola

Vídeo: Como ajudar alguém em luto por suicídio?

Vídeo: Luto por suicídio com Tabata Amaral



Conheça a
nossa cartilha
de posvenção.

O papel da mídia e a desinformação

Bárbara Alves e Karen Scavacini

Em tempos de desastres e emergências, a mídia desempenha um papel fundamental e pode atuar como um elo entre as autoridades e o público, fornecer informações para a segurança e o bem-estar de todos. Em momentos de crise, os meios de comunicação social exercem influência na forma como vemos e reagimos a estas situações. As mensagens transmitidas podem impactar tanto as escolhas como comportamentos coletivos, influenciando o quão bem preparados estamos, à adesão às medidas de segurança e à vontade de ajudar aqueles que estão em perigo.

No entanto, nem toda informação veiculada pela mídia convencional ou online é precisa, ou confiável. Notícias falsas e informações incorretas podem circular facilmente em situações de emergência e têm o potencial de causar danos significativos, podendo (Houston et al., 2015, Zenatti & Souza, 2010):

- Confundir o público
- Gerar pânico desnecessário
- Evacuações desnecessárias
- Estocagem de recursos
- Realocação errada de serviços de emergência e recursos
- Desrespeito às regras de segurança
- Gerar desconfiança na mídia em situações futuras, dificultando a comunicação efetiva e verdadeira
- Promoção de soluções inadequadas
- Prejudicar a saúde mental das pessoas
- Gerar suicídio por contágio

Para combater a propagação de *fake news* e desinformação, é essencial adotar um processo de verificação de fatos antes de compartilhar qualquer informação.

1. Verifique a Fonte da Informação:

- Confira de onde veio a notícia ou alerta. – A fonte é confiável e respeitável?
- Se sim, continue para o próximo passo. – Se não, pare e não compartilhe a informação.

2. Procure por Informações Adicionais:

- Busque informações adicionais em outras fontes reconhecidas.
- Compare várias fontes para garantir a precisão dos fatos.
- Se as informações se alinham em diferentes fontes, pode ser um sinal de que são confiáveis.

3. Dúvidas sobre a Veracidade:

Se ainda tiver dúvidas sobre a veracidade da informação:

- Evite compartilhá-la imediatamente.
- Procure por mais fontes confiáveis para confirmar ou refutar a informação.
- Somente compartilhe a informação após ter certeza da sua veracidade.



Reconhecendo o papel que a mídia desempenha durante as crises, é crucial compreender os riscos associados à desinformação. Ao implementar práticas de verificação e checagem, podemos proteger-nos e aos outros, garantindo que a informação que divulgamos é precisa e tem utilidade.

Como a mídia pode ter um papel de promover informação segura?

- Verificar a informação com fontes confiáveis, de preferência que inclua a opinião de especialistas na área.
- Evitar sensacionalismo
- Usar uma linguagem simples e direta que ajude o público a entender as informações cruciais de segurança
- Educar sobre como identificar *fake news*
- Colaborar com os serviços de emergência e experts para trazer informações consistentes e confiáveis
- Divulgar canais oficiais de comunicação do governo e outras fontes confiáveis de maneira online e offline
- Fale sobre saúde mental e a importância do cuidado e do acolhimento, indique onde é possível encontrar ajuda

E se você é um influenciador, ajude a educar os outros sobre a importância de verificar as notícias antes de compartilhar, e cuidado para não ser um disseminador de *fake news* (Scavacini, 2019).

Aprenda as melhores maneiras de comunicação respeitosa e segura e encoraje conversas sobre saúde mental, redução do estigma, identificação de sinais de risco e busca de ajuda se necessário (Niederkrotenthaler et al., 2014).

Para saber o que fazer e o que não fazer na comunicação segura sobre o suicídio, acesse a cartilha “Como falar sobre saúde mental e prevenção do suicídio de forma segura” do Instituto Vita Alere.

MATERIAL COMPLEMENTAR:

Como falar sobre saúde mental e prevenção do suicídio de forma segura

Linguagem em saúde mental importa.

Diversidade e inclusão

Durante emergências e desastres, ajudar a prevenir o suicídio entre comunidades minoritárias e marginalizadas supõe um desafio adicional,, como grupos étnicos, LGBTQIAP+, pessoas com deficiência, e populações neuro divergente (como aquelas no espectro do autismo).

Estas dificuldades são agravadas pelas desigualdades existentes nos sistemas, barreiras de comunicação e falta de cuidados culturalmente competentes, fatores que podem dificultar a realização de esforços de prevenção e intervenção no suicídio.

Reconhecer a importância da diversidade e da inclusão nestas situações é essencial para criar abordagens que respondam às necessidades destes grupos socialmente vulneráveis.

Os desafios enfrentados por grupos minoritários e minorizados na prevenção do suicídio são diversos e complexos: (Ramos & Chavira, 2022; Betancourt et al. 2003; Yu et al. 2023; Scavacini et al 2022, Reynolds & Seeger, 2005).

1. **Pessoas com deficiência visual ou auditiva** podem ter dificuldade em receber informações críticas durante emergências se não forem fornecidas em formatos acessíveis, como Braille ou linguagem gestual.
2. **Minorias raciais e étnicas** podem enfrentar dificuldades devido a barreiras linguísticas e culturais que influenciam a percepção e discussão de questões de saúde mental em suas comunidades, impedindo o acesso à ajuda devido ao estigma ou à incompreensão sobre saúde mental e suicídio.
3. **As estratégias de comunicação devem ser adaptadas** para envolver todos os membros da comunidade, incluindo aqueles com deficiência e indivíduo para envolver todos os membros da comunidade, incluindo aqueles com deficiência e indivíduos que falam línguas diferentes, por vários meios e plataformas.
4. Comunidades historicamente marginalizadas muitas vezes vivem em áreas mais vulneráveis a desastres naturais e podem ter menos acesso a recursos de recuperação, aumentando o risco de suicídio devido ao estresse e trauma exacerbados.
5. **É essencial incentivar os gestores na elaboração de políticas que abordem as vulnerabilidades específicas dos grupos minoritários e minorizados durante desastres**, incluindo financiamento para serviços de saúde mental em comunidades diversas e regulamentos para garantir comunicações acessíveis durante emergências.
6. A falta de **treinamento em competência cultural entre os profissionais de saúde pode resultar**

em falhas de comunicação e desconfiança, reduzindo a eficácia dos esforços de intervenção para populações diversas (os serviços de saúde devem ser culturalmente adaptados, com formação em competências e diversidade para promover uma atmosfera inclusiva.

7. A falta de pesquisa inclusiva sobre as necessidades e experiências de grupos minoritários em cenários de desastre dificulta o desenvolvimento de estratégias específicas de prevenção do suicídio para essas populações. O envolvimento em pesquisas participativas garante que as necessidades específicas dos grupos minoritários sejam consideradas e abordadas nas estratégias de preparação para catástrofes e de prevenção do suicídio.



Conheça a
nossa cartilha.

MATERIAIS COMPLEMENTARES:

Vídeo – E a saúde mental da comunidade LGBTQIAP+? Especial com @louieponto

Vídeo – Mapa da Diversidade com Aline Serdeira

Vídeo – Mapa da Diversidade com Joana Alvares

Vídeo – Mapa da Diversidade com Diego Barbosa

Vídeo – Mapa da Diversidade com Katia Ribeiro

Vídeo – Mariana Torquato e um papo sobre capacitismo

Fortalecendo a resiliência familiar em desastres naturais

Claudia Bruscagin e Jessica Silva

Resiliência é a capacidade de se adaptar e se recuperar diante de crises, traumas ou ameaças. Uma pessoa resiliente não apenas suporta a pressão, mas também aprende com as dificuldades, usando sua flexibilidade e criatividade para encontrar soluções alternativas. Contudo, **ninguém é resiliente sozinho, a interação com outras pessoas é fundamental para superar situações difíceis.**

Quando lidamos com o manejo de famílias diante de grandes crises ou desastres, **é crucial reconhecer que cada família é única e enfrenta desafios distintos.** Não existe uma abordagem universal, pois as crises impactam todos os membros da família, e as estratégias utilizadas para enfrentá-las influenciam a recuperação e resiliência de todos.

As intervenções procuram identificar e fortalecer as competências e recursos familiares para lidar de forma mais eficaz com os problemas e recuperar o bem-estar. Segundo Froma Walsh (2005), ajudar as famílias a avaliar as situações de crise e identificar maneiras de reduzir os fatores de risco pode ser um ponto de partida. Conversar com a família sobre informações necessárias para lidar com a situação pós-crise pode diminuir a ansiedade e facilitar a adaptação.

A **flexibilidade familiar** é o equilíbrio entre estabilidade e mudança, adaptando-se aos desafios da vida. Um bom funcionamento familiar requer regras, papéis previsíveis e rituais que fortalecem os laços. Em crises, é útil normalizar a experiência, desacelerar mudanças e criar suporte. Rituais promovem continuidade, facilitam transições e fortalecem laços familiares, oferecendo conexão. A **conexão familiar** é um vínculo emocional que equilibra unidade e autonomia, promovendo apoio mútuo e colaboração. Em tempos de crise, os membros se unem, respeitando as diferenças e desempenhando papéis importantes no suporte familiar.

“A união das pessoas é um dos processos mais importantes no enfrentamento das crises” (Walsh, 2015, p. 83).

Em situações de perdas traumáticas, emergências e desastres, Walsh (2007; 2015) define que fortalecer as famílias envolve uma abordagem multifacetada que combina suporte emocional, assistência prática e recursos comunitários. Aqui estão algumas diretrizes práticas que podem ajudar as famílias a enfrentar e se reconstruir após esses eventos:

Compartilhamento e Suporte Emocional: Promova confiança e empatia, permitindo a expressão e apoio de emoções diversas, reduzindo distúrbios emocionais e comportamentos destrutivos.

Comunicação Aberta e Clara: Forneça informações claras e consistentes para ajudar as famílias a entender eventos traumáticos, reduzindo confusão e frustração em situações de perda ambígua.

Fundamentação em Conexões Pessoais e Comunitárias: Reforce conexões com identidade pessoal, família, comunidade, cultura e espiritualidade para apoio e resiliência, fortalecendo relacionamentos e redes de suporte mútuo. *Quais são as fontes de apoio dessa família? Qual sua rede de suporte? (se possível desenhe a família e sua rede)*

Relembrar boas memórias: Relembrar boas memórias do passado para obter forças na reconstrução da vida, explorando histórias familiares e experiências passadas de adversidade. *Quais são as histórias que se contam nessa família? Quais as lembranças gostosas, engraçadas que eles se contam? Quais são as experiências passadas da família com adversidade – quais lições foram aprendidas, o que pode ser reutilizado nesta nova situação?*

Focar em qualidades e recursos pessoais: Intervenções de apoio devem focar nas qualidades pessoais e recursos, afirmando a coragem, perseverança e apoio mútuo da família para construir confiança e resiliência.

Resgatar e ressignificar rituais familiares: Resgatar e ressignificar rituais familiares, pensando em novos rituais após a situação dramática. *A partir da situação dramática vivida, é possível pensar em novos rituais ou ressignificar os antigos?*

Mobilização de Redes de Apoio Estendidas: Envolver parentes, redes sociais e recursos comunitários para apoio emocional e prático, utilizando grupos de apoio multifamiliares para compartilhar experiências e encorajamento.

Resolução de Problemas Colaborativa: Identifique e implemente pequenas mudanças para adaptação, oferecendo assistência prática e ajudando a definir metas realistas. Incentive esforços colaborativos para obter pequenos ganhos e celebrar progressos.

Afirmando Forças e Esforços de Enfrentamento: Reconheça e afirme as forças e mecanismos de enfrentamento da família, como coragem, perseverança e apoio mútuo, para construir confiança e resiliência.

Facilitando a Criação de Significado e Domínio: Mude o foco do ocorrido para o que a família pode fazer, capacitando-os a tomar medidas ativas rumo à recuperação e transformando impotência em controle e iniciativa.

Manutenção da Coesão Familiar: Mantenha os membros da família unidos para prevenir isolamento e estresse adicional, equilibrando a coesão familiar com respeito às diferentes respostas à crise.

Aprender atividades de relaxamento: Aprenda atividades para relaxar e reduzir a ansiedade, como técnicas de respiração e outras atividades calmantes que envolvem os sentidos, como a técnica dos 5 passos:

- 1) Tato – Segurar algo reconfortante;
- 2) Olfato – Lavanda, perfume, ar fresco;
- 3) Visão – Assistir vídeos de animais, contemplar o horizonte;
- 4) Audição – Ouvir música, sons da natureza;
- 5) Paladar – Beber chá, comer chocolate.

Práticas religiosas: Práticas como oração e meditação criam conexões, restauram esperança e promovem resiliência ao enfrentar situações difíceis. Em momentos desafiadores, a fé pode fornecer propósito e sentido ao buscar compreender o que ocorreu.

Adote uma abordagem multissistêmica de resiliência, envolvendo recursos familiares e comunitários para promover a recuperação individual e coletiva após o trauma.

Algumas observações sobre o fortalecimento da resiliência nas crianças

Validar seus sentimentos: Promova validação de sentimentos e comunicação aberta: Encoraje as crianças a expressarem suas emoções após desastres, normalizando sentimentos como medo e tristeza. Permita que elas se expressem por meio de desenhos e ouça atentamente, respondendo honestamente mesmo quando não souber o que dizer.

Buscar uma rotina: Mesmo em situações caóticas, uma rotina mínima proporciona segurança e controle para as crianças, estabelecendo horários para acordar, dormir, comer, atividades escolares e brincadeiras.

Criar oportunidades para recreação e brincadeiras: essas atividades são fundamentais para o desenvolvimento da criança e uma fonte poderosa de cura. Atividades físicas, jogos e outras atividades divertidas ajudam a relaxar e sentir-se alegre.

Ajuda profissional: crianças que apresentam pesadelos persistentes, comportamentos de esquiva, brincadeiras repetitivas/pós-trauma ou ansiedade muito alta podem precisar de ajuda profissional.

Usando Diários e Obras de Arte: Incentive atividades como escrever diários e desenhos, que auxiliam as crianças a expressar suas emoções e experiências, promovendo resiliência por meio da expressão criativa.

Conclusão

Ao enfrentarmos emergências e desastres, torna-se ainda mais crucial a proteção da saúde mental e a prevenção do suicídio. Esta cartilha foi desenvolvida para fornecer a profissionais, voluntários, gestores e membros da comunidade as informações e ferramentas necessárias para lidar eficazmente com os impactos psicológicos dessas situações críticas e prevenir o suicídio.

Exploramos como emergências podem agravar problemas de saúde mental existentes e gerar novos, aumentando a vulnerabilidade de populações já susceptíveis a pensamentos suicidas. Ao entender os sinais de sofrimento e os fatores que contribuem para esses sentimentos, estamos mais aptos a oferecer apoio e intervenção.

É fundamental reconhecer também o papel crucial do poder público e das políticas públicas na prevenção do suicídio. Iniciativas governamentais eficazes e bem implementadas podem oferecer recursos significativos, desde a formação de profissionais até o financiamento de programas de apoio psicológico e social. Políticas públicas robustas são essenciais para estabelecer redes de segurança duradouras que protejam a saúde mental e física da população, especialmente em tempos de crise.

As estratégias e intervenções sugeridas nesta cartilha enfocam o desenvolvimento de um ambiente de apoio e sensibilidade às questões

de saúde mental, crucial durante emergências e desastres. Recomendamos o treinamento e a capacitação contínua de socorristas, profissionais de saúde e líderes comunitários em primeiros socorros psicológicos e manejo de crises. Além disso, enfatizamos a importância de estratégias proativas, como o estabelecimento de linhas de apoio e centros de acolhimento temporário que ofereçam suporte emocional. Intervenções comunitárias, como campanhas de conscientização e educação, também são essenciais para desestigmatizar a saúde mental e promover uma rede de apoio social. Por fim, sugerimos a integração dessas práticas nas políticas de planejamento e resposta a desastres, garantindo que as abordagens de saúde mental sejam parte integrante de todas as medidas de emergência.

A resiliência comunitária se constrói sobre a base de contribuições individuais — cada interação é significativa.

Avancemos com o propósito de fortalecer nossas comunidades sendo vigilantes, compassivos e proativos em nossos esforços de prevenção ao suicídio. Juntos, podemos fazer uma diferença significativa na vida daqueles afetados por emergências e desastres, fomentando esperança e o cuidado em momentos de crise.

Para mais recursos conheça o Instituto Vita Alere e os canais de ajuda.

Canais de ajuda

Mapa Saúde Mental: Site que reúne informações sobre serviços gratuitos ou de valor social relacionados à saúde mental. Site: <http://mapasaudemental.com.br>.

Pode Falar: Canal de ajuda em saúde mental para adolescentes e jovens adultos (13 a 24 anos), disponível de segunda a sexta-feira (exceto feriados) das 8h às 22h. Site: <http://www.podefalar.org.br>

CVV: O CVV (Centro de Valorização da Vida) está disponível 24 horas por dia, todos os dias da semana, para quem precisar conversar. Você pode entrar em contato por telefone, discando 188, ou através do chat online no site www.cvv.org.br.

Instituto Vita Alere: Site que traz informações confiáveis sobre prevenção do suicídio. www.vitaalere.com.br

ABRATA: Para participar dos grupos de apoio da ABRATA, é possível entrar em contato por meio do site www.abrata.org.br, onde são fornecidas informações sobre horários e locais de encontros presenciais, além de informações sobre grupos online disponíveis

Bússola: Canal de WhatsApp que fornece informações sobre depressão, autolesão e suicídio. Número: (011) 991130019.

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial: Rede de serviços de saúde mental. Para mais informações, procure a Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima, acesse o site da prefeitura de sua cidade ou o Mapa Saúde Mental.

Grupos de Apoio aos sobreviventes enlutados pelo suicídio e Grupo de acolhimento a familiares de pessoas com comportamento suicida: Veja as datas dos grupos e inscreva-se pelo:

[Grupo de apoio à familiares](#)

[Grupo de apoio luto por suicídio](#)

Neuróticos anônimos: Para mais informações acesse: <https://neuroticosanonimos.org.br>

ABRASES: Associação Brasileira de Sobreviventes Enlutados pelo Suicídio. Para mais informações acesse: <https://abrases.org.br>

CRP Local: Conselho Regional de Psicologia (CRP) local. Procure informações em órgãos profissionais oficiais de possíveis mobilizações realizadas em razão da emergência atual.

Mapa do acolhimento: Oferecem suporte integral e efetivo para mulheres que buscam quebrar o ciclo da violência, disponibilizando acesso a serviços públicos e a uma rede de psicólogas e advogadas voluntárias. Atendem mulheres cis, trans e travestis de baixa renda em todo o Brasil, a partir de 18 anos. Site: <https://www.mapadoacolhimento.org>



Sobre o Vita

O Instituto Vita Alere tem por visão uma sociedade mais aberta e atenta à saúde mental dos indivíduos, organizações e da própria sociedade, onde a promoção da saúde mental e a educação sócio-emocional sejam objetivos contínuos, reduzindo preconceitos, criando consciência pública, falando abertamente, valorizando a vida, promovendo formas mais saudáveis de se relacionar e enfrentar os sofrimentos existenciais, prevenindo e facilitando a recuperação e tratamento.

Pioneiro no Brasil em sua área, foi fundado em 2013 com a missão de promover a saúde mental do indivíduo, organizações, instituições e sociedade, com o foco na promoção de saúde mental, educação sócio emocional, prevenção e posvenção do suicídio e autolesão, sendo referência na área através do desenvolvimento de projetos, tratamento especializado, pesquisa e atividades de educação, suporte e apoio, com inovação, dedicação, respeito e cuidado.

“Vita” vem do latim, significa VIDA e “Alere” CUIDAR/NUTRIR. Portanto, trabalhamos para cuidar e nutrir a vida das pessoas através de ações voltadas para a saúde mental. Vita Alere, multiplicando cuidado.

Nossos objetivos

- Criar núcleos de atendimentos, pesquisa, ensino, extensão, informações e divulgações sobre educação sócio emocional, bem-estar, promoção de saúde mental, intervenção na autolesão, prevenção e posvenção do suicídio.
- Promover a saúde mental e a prevenção e a posvenção do suicídio, por meio de ações de conscientização, educação, apoio e tratamento.
- Capacitar profissionais da saúde e educação para manejo em crise suicida e autolesão, criando multiplicadores em diversos setores.
- Treinar profissionais da mídia e comunicação para lidarem e falarem de uma maneira cuidadosa e responsável sobre o tema.
- Desenvolver projetos customizados de educação sócio emocional, promoção de saúde mental, intervenção na autolesão, prevenção e posvenção em escolas, universidades, empresas e hospitais.

- Minimizar o sofrimento das pessoas e oferecer suporte em situações de autolesão, comportamento suicida e luto por suicídio.
- Estar conectado com as pesquisas e estudos mais atuais da área, no Brasil e no mundo, promovendo encontros científicos e treinamento adequado, desenvolvendo e aprimorando métodos de promoção de saúde mental, bem-estar, valorização da vida e prevenção do suicídio (primária, secundária, terciária e posvenção).
- Estimular projetos relacionados ao tema da promoção de saúde mental e suicídio, oferecendo suporte e consultoria, desde a concepção e implantação da ideia até a avaliação dos serviços.
- Oferecer grupos de apoio aos enlutados pelo suicídio e ajudar na criação, capacitação e manutenção de novos grupos pelo país.
- Somos associados ao IASP – International Association for Suicide Prevention (Associação Internacional de Prevenção do Suicídio)

Nossa equipe é formada por psicólogos e profissionais da área da saúde e educação, especialistas, mestres e doutores que atuam na área de promoção de saúde mental, bem-estar, autolesão, prevenção, intervenção e posvenção do suicídio em diversos estados do país.

Como contatar o Vita Alere

- Website: www.vitaalere.com.br
- Email: contato@vitaalere.com.br
- Endereço: Alameda Uanana, 200 – Moema, São Paulo-SP – CEP: 04060-010
- Telefone: (11) 97647 0989
- Facebook: [/vitaalere](https://www.facebook.com/vitaalere)
- Instagram: [@vitaalere](https://www.instagram.com/vitaalere)
- Youtube: [Vita Alere](https://www.youtube.com/VitaAlere)
- TikTok: [Vita Alere](https://www.tiktok.com/VitaAlere)
- Pós graduação: especializacao@vitaalere.com.br e www.vitaalere.com.br/pos

Referências

Albrecht, G., Sartore, G. M., Connor, L., Higginbotham, N., Freeman, S., Kelly, B., Stain, H., Tonna, A., & Pollard, G. (2007). Solastalgia: the distress caused by environmental change. *Australasian psychiatry : bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 15 Suppl 1, S95–S98. <https://doi.org/10.1080/10398560701701288>

Andriessen, K., et al. (2019). *Postvention in action: The international handbook of suicide bereavement support*. Hogrefe Publishing.

Aten, J. (2012). Disaster spiritual and emotional care in professional psychology: A Christian integrative approach. *Journal of Psychology and Theology*, 40, 131–135. <https://doi.org/10.1177/009164711204000209>

Berry, H. L., Bowen, K., & Kjellstrom, T. (2010). Climate change and mental health: a causal pathways framework. *International journal of public health*, 55(2), 123–132. <https://doi.org/10.1007/s00038-009-0112-0>

Bertolote, J. M. (2012). *O suicídio e sua prevenção*. Editora Unesp.

Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., & Ananeh-Firempong, O., 2nd (2003). Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public health reports (Washington, D.C. : 1974)*, 118(4), 293–302. <https://doi.org/10.1093/phr/118.4.293>

Borges, R. M. F. (2023). No limite da vida: Um estudo sobre a espiritualidade como forma de prevenção de suicídios. *Revista Fragmentos De Cultura – Revista Interdisciplinar De Ciências Humanas*, 33 (Esp), 131–140. <https://doi.org/10.18224/frag.v33iEsp.13496>

Botega, N. J. (2015) *Crise suicida: avaliação e manejo*. Artmed Editora.

Bowlby, J. (2002/1969) *Apego e perda: apego*. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes.

Brasil. Ministério da Saúde. (2006). *Prevenção ao suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*.

Cacciaccaro, M. (2023). Comportamento Suicida como fenômeno relacional: o impacto das tentativas de suicídio adolescentes nas dinâmicas e padrões relacionais familiares. Tese (Doutorado em Psicologia: Psicologia Clínica) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia: Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

Cerel, J., Brown, M. M., Maple, M., Singleton, M., van de Venne, J., Moore, M., & Flaherty, C. (2019). How Many People Are Exposed to Suicide? Not Six. *Suicide & life-threatening behavior*, 49(2), 529–534. <https://doi.org/10.1111/sltb.1245>

Clayton, S., Manning, C. M., Krygsman, K., & Speiser, M. (2017). Mental health and our changing climate: Impacts, implications, and guidance. American Psychological Association and ecoAmerica. Disponível em: <https://www.apa.org/news/press/releases/2017/03/mental-health-climate.pdf>

Doherty, T. J., & Clayton, S. (2011). The psychological impacts of global climate change. *The American psychologist*, 66(4), 265–276. <https://doi.org/10.1037/a0023141>

Fitzpatrick, K. M., & Spialek, M. L. (2020). Suicide ideation and a post-disaster assessment of risk and protective factors among Hurricane Harvey survivors. *Journal of Affective Disorders*, 277, 681–687. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.072>

Flory, K., Hankin, B. L., Kloos, B., Cheely, C., & Turecki, G. (2009). Alcohol and cigarette use and misuse among Hurricane Katrina survivors: psychosocial risk and protective factors. *Substance use & misuse*, 44(12), 1711–1724. <https://doi.org/10.3109/10826080902962128>

Galea, S., Nandi, A., & Vlahov, D. (2005). The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. *Epidemiologic reviews*, 27, 78–91. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxi003>

Gordon, K. H., Bresin, K., Dombeck, J., Routledge, C., & Wonderlich, J. A. (2011). The impact of the 2009 Red River Flood on interpersonal risk factors for suicide. *Crisis*, 32(1), 52–55. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000051>

Grecio, C.; Casellato, G.; Hispagnol, I.; Mazorra, L.; Manzochi, L. A.; Franco, M. H. P.; Oliveira, F.; Torlai, V. (2015) O Luto Desencadeado Por Desastres. In: Franco, M. H. F. (Org.) *A intervenção psicológica em emergências: fundamentos para a prática*. São Paulo: Summus, p. 189–218.

Hawton, K., & James, A. (2005). Suicide and deliberate self-harm in young people. *BMJ (Clinical research ed.)*, 330(7496), 891–894. <https://doi.org/10.1136/bmj.330.7496.891>

Horney, J. A., Karaye, I. M., Abuabara, A., Gearhart, S., Grabich, S., & Perez-Patron, M. (2021). The Impact of Natural Disasters on Suicide in the United States, 2003–2015. *Crisis*, 42(5), 328–334. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000723>

Houston, J. B., Hawthorne, J., Perreault, M. F., Park, E. H., Goldstein Hode, M., Halliwell, M. R., Turner McGowen, S. E., Davis, R., Vaid, S., McElderry, J. A., & Griffith, S. A. (2015). Social media and disasters: a functional framework for social media use in disaster planning, response, and research. *Disasters*, 39(1), 1–22. <https://doi.org/10.1111/disa.12092>

IASC – Comité Permanente Interagências. (2022). *Instruções: Abordagem ao suicídio em contextos humanitários*. IASC, Genebra. Disponível: <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/iasc-guidance-addressing-suicide-humanitarian-settings>

Jordan, J. R., & McIntosh, J. L. (Eds.). (2011). *Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors*. Routledge.

Kiekens, G., Hasking, P., Boyes, M., Claes, L., Mortier, P., Auerbach, R. P., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Green, J. G., Kessler, R. C., Myin-Germeyns, I., Nock, M. K., & Bruffaerts, R. (2018). The associations between non-suicidal self-injury and first onset suicidal thoughts and behaviors. *Journal of affective disorders*, 239, 171–179. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.06.033>

Klonsky, E. D., & Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-injury: a research review for the practitioner. *Journal of clinical psychology*, 63(11), 1045–1056. <https://doi.org/10.1002/jclp.20412>

Krug, E. G., Kresnow, M., Peddicord, J. P., Dahlberg, L. L., Powell, K. E., Crosby, A. E., & Annest, J. L. (1998). Suicide after natural disasters. *The New England journal of medicine*, 338(6), 373–378. <https://doi.org/10.1056/NEJM199802053380607> (Retraction published Krug EG, Kresnow M, Peddicord JP, Dahlberg LL, Powell KE, Crosby AE, Annest JL. *N Engl J Med*. 1999 Jan 14;340(2):148–9)

Mao, W., & Agyapong, V. I. O. (2021). The Role of Social Determinants in Mental Health and Resilience After Disasters: Implications for Public Health Policy and Practice. *Frontiers in public health*, 9, 658528. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.658528>

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. (2024). Boletim epidemiológico: Panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021 (Vol. 55). Recuperado de <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-04.pdf>

Ministério da Saúde. (2024). Série Saúde Mental e Atenção Psicossocial, vol. 2, Perdas e Lutos. Recuperado de <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/e/enchentes/publicacoes/cartilha-perdas-e-lutos.pdf/>

Muehlenkamp, J. J., Xhunga, N., & Brausch, A. M. (2019). Self-injury Age of Onset: A Risk Factor for NSSI Severity and Suicidal Behavior. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research*, 23(4), 551–563. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1486252>

Niederkrötenhaler, T., Voracek, M., Herberth, A., Till, B., Strauss, M., Etzersdorfer, E., Eisenwort, B., & Sonneck, G. (2010). Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 197(3), 234–243. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.074633>

Norris, F. H., Friedman, M. J., Watson, P. J., Byrne, C. M., Diaz, E., & Kaniasty, K. (2002). 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981–2001. *Psychiatry*, 65(3), 207–239. <https://doi.org/10.1521/psyc.65.3.207.20173>

North, C. S., & Pfefferbaum, B. (2013). Mental health response to community disasters: a systematic review. *JAMA*, 310(5), 507–518. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.107799>

North, C. S., Kawasaki, A., Spitznagel, E. L., & Hong, B. A. (2004). The course of PTSD, major depression, substance abuse, and somatization after a natural disaster. *The Journal of nervous and mental disease*, 192(12), 823–829. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000146911.52616.22>

O'Connor, M. F. (2023) O cérebro de luto. 1ª ed. Rio de Janeiro: Principium.

OMS – Organização Mundial da Saúde, War Trauma Foundation, & Visão Global Internacional. (2015). Primeiros cuidados psicológicos: Guia para trabalhadores de campo. OMS: Genebra. Recuperado de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/7676/9788579670947_por.pdf?sequence=1

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. (2020). Manejo Clínico de Condições Mentais, Neurológicas e por Uso de Substâncias em Emergências Humanitárias. Guia de Intervenção Humanitária mhGAP (GIH-mhGAP). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

Organização Mundial da Saúde – OMS. (2021). Live life: An implementation guide for suicide prevention in countries (ISBN 978-92-4-002662-9). <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341726/9789240026629-eng.pdf?sequence=1>

Parkes, C. M. (2009) Amor e perda: as raízes do luto e suas complicações. São Paulo: Summus.

Peek, L. (2008). Children and disasters: Understanding vulnerability, developing capacities, and promoting resilience – An introduction. *Children, Youth and Environments*, 18 (1), 1–29. University of Cincinnati. <https://www.jstor.org/stable/10.7721/chilyoutenvi.18.1.0001>

Pihkala, P. (2018). Eco-anxiety, tragedy, and hope: Psychological and spiritual dimensions of climate change. *Zygon(r)*, 53, 545–569. <https://doi.org/10.1111/zygo.12407>

Rafaloski, A. R., Zeferino, M. T., Forgearini, B. A. O., Fernandes, G. C. M., & Menegon, F. A.. (2020). Saúde mental das pessoas em situação de desastre natural sob a ótica dos trabalhadores envolvidos. *Saúde Em Debate*, 44(spe2), 230–241. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E216>

Ramos, G., & Chavira, D. A. (2022). Use of technology to provide mental health care for racial and ethnic minorities: Evidence, promise, and challenges. *Cognitive and Behavioral Practice*, 29 (1), 15–40. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2019.10.004>

Reifels, L., Kryszka, K., & Andriessen, K. (2024). Suicide prevention during disasters and public health emergencies: a systematic review. *Frontiers in public health*, 12, 1338099. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1338099>

Reynolds, B., & W Seeger, M. (2005). Crisis and emergency risk communication as an integrative model. *Journal of health communication*, 10(1), 43–55. <https://doi.org/10.1080/10810730590904571>

Safarpour, H., Sohrabizadeh, S., Malekian, L., Safi-Keykaleh, M., Pirani, D., Daliri, S., & Bazayr, J. (2022). Suicide Death Rate after Disasters: A Meta-Analysis Study. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research*, 26(1), 14–27. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1793045>

Scavacini, K. (2019). Como falar de forma segura sobre o suicídio. Revisão de: MM Izidoro. São Paulo: Instituto Vita Alere de Prevenção e Posvenção do Suicídio. ISBN 978-80351-01-5. 2019

Scavacini, K. (2022). Apoiar: Programa de prevenção do suicídio (2a ed.). Instituto Vita Alere. ISBN: 978-65-80351-09-1

Scavacini, K. (2022). Suicídio: um problema de todos. Novo Hamburgo: Sinopsys Editora. 336p. ISBN: 978-65-5571-094-6

Scavacini, K., & Meleiro, A. M. A. S. (2018). Posvenção: Sobreviventes do Suicídio. In A. M. A. S. Meleiro (Ed.), *Psiquiatria: Estudos Fundamentais* (pp. 671–676). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Scavacini, K., Cornejo, E. R., Cescon, L. F., Guedes, I., Cacciaccaro, M. F., & Motoyama, É. P. (2020). Posvenção: Orientações para o cuidado ao luto por suicídio (1a ed.). Instituto Vita Alere de Prevenção e Posvenção do Suicídio. ISBN 978-65-991463-1-2.

Scavacini, K., Guedes, I., Cornejo, E. R., Pereira, M. R., de Araújo, T. B., de Melo, O. J. M., & Kida, H. (2022). Diversidade e saúde mental (1a ed.). Instituto Vita Alere de Prevenção e Posvenção do Suicídio. ISBN 978-65-5854-549-1.

Walsh F. (2007). Traumatic loss and major disasters: strengthening family and community resilience. *Family process*, 46(2), 207–227. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2007.00205.x>

Walsh, F. (2015) Fortalecendo a resiliência familiar. Roca.

Yu, H., Flores, D. D., Bonett, S., & Bauermeister, J. A. (2023). LGBTQ + cultural competency training for health professionals: a systematic review. *BMC medical education*, 23(1), 558. <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04373-3>

Zenatti, A. P. de A., & Sousa, S. Y. U. (2010). Comunicação em desastres: A atuação da imprensa e o papel da assessoria governamental. Governo do Estado de SC – SJC/DEDC – UFSC/CEPED. Recuperado de <https://www.ceped.ufsc.br/wp-content/uploads/2009/01/PR-745-Livro-Comunica%C3%A7%C3%A3o-em-Desastre-pagina-aberta-100908.pdf>

Zhao, Y., D Dela Rosa, R., Zhang, Q., Zhao, W., Xu, H., Wang, R., & Ma, L. (2022). Lived experiences of parents providing care to young people who self-harm: a protocol for a meta-aggregative synthesis of qualitative studie. *BMJ open*, 12(8), e065489. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-065489>

Apêndice

SOBRE A METODOLOGIA SMART

A metodologia SMART é um acrônimo para Specific (Específico), Measurable (Mensurável), Achievable (Atingível), Relevant (Relevante) e Time-bound (Temporal). Aplicar essa abordagem pode ajudar a **estabelecer metas claras e práticas para intervenções eficazes em um contexto onde o tempo e os recursos são muitas vezes limitados.**

Específico (Specific) - Os objetivos devem ser claros, fáceis de entender, detalhados e específicos, o que facilita a focalização dos esforços.

Mensurável (Measurable) - as metas sejam mensuráveis para que o progresso possa ser monitorado

Atingível (Achievable) - realista e possível de alcançar com os recursos possíveis

Relevante (Relevant) - A meta deve ser relevante para o problema que se pretende resolver

Temporal (Time-bound) - Definir um prazo para a realização das metas garante um senso de urgência e ajuda a priorizar tarefas

Exemplo 1: APLICANDO A METODOLOGIA SMART EM UM CENÁRIO DE PREPARAÇÃO PARA EMERGÊNCIAS E DESASTRES

S	M	A	R	T
META ESPECÍFICA: Identificar e treinar líderes comunitários em primeiros socorros psicológicos para lidar com crises de suicídio durante desastres naturais em três comunidades vulneráveis até	META MENSURÁVEL: Treinar 30 líderes comunitários e avaliar seu conhecimento e competências através de testes práticos e teóricos.	META ALCANÇÁVEL: Assegurar o financiamento e a disponibilidade dos líderes comunitários.	META RELEVANTE: Capacitar indivíduos a reconhecer sinais de crise e oferecer apoio inicial adequado.	TEMPO: o prazo até o final do ano oferece uma linha do tempo clara para a realização do treinamento.

Exemplo 2: APLICANDO A METODOLOGIA SMART EM UM CENÁRIO ONDE OCORREU UMA EMERGÊNCIA OU DESASTRE

Neste caso, separamos as ações em níveis primários (promoção da saúde), secundários (proteção específica e tratamento precoce) e terciários (evitar complicações e promover reabilitação e tratamento) de atenção.

No contexto de uma emergência ou desastre, aplicar a metodologia SMART para estabelecer estratégias de prevenção do suicídio, englobando as abordagens primária, secundária e terciária, pode ser uma maneira eficiente de reduzir o risco e prestar apoio. Aqui está como isso pode ser estruturado:

S	M	A	R	T
META ESPECÍFICA: Desenvolver e implementar um programa integrado de prevenção do suicídio em cinco áreas de alto risco dentro de duas semanas após o desastre - Prevenção Primária: Realização de oficinas comunitárias sobre estratégias de enfrentamento e resiliência emocional, distribuição de materiais educativos sobre saúde mental. - Prevenção Secundária: Triagem psicológica realizada em centros temporários para identificar indivíduos mostrando sinais de distúrbio psicológico significativo ou pensamentos suicidas. - Prevenção Terciária: Fornecimento de terapia e acompanhamento contínuo para aqueles identificados como de alto risco para comportamento suicida.	META MENSURÁVEL: Os resultados das ações de prevenção podem ser medidos através de indicadores específicos para cada nível de prevenção: - Primária: Número de indivíduos que participaram de workshops sobre resiliência e gestão de estresse. - Secundária: Número de pessoas avaliadas por sinais de risco de suicídio e encaminhadas para apoio adicional. - Terciária: Número de indivíduos em risco que receberam intervenção direta e acompanhamento contínuo.	META ALCANÇÁVEL: Equipes de profissionais de saúde mental estarão disponíveis para treinamento prévio e rápido desdobramento após o desastre, com acesso a kits de ferramentas para intervenção em crise.	META RELEVANTE: Abordar diretamente as necessidades imediatas e de longo prazo de saúde mental das populações afetadas por desastres, com um foco especial em prevenir o suicídio, um risco aumentado pela adversidade e pelo trauma.	TEMPO: A fase de prevenção primária será lançada dentro de 72 horas após o desastre, a fase secundária iniciará no quinto dia, e a fase terciária começará a partir do sétimo dia, com acompanhamento mensal.

FICHA DE AVALIAÇÃO DE RISCO DE SUICÍDIO

Informações do Paciente

- Nome:
- Idade:
- Sexo:
- Contato de Emergência:
- Data:
- Nome do profissional:
- Encaminhado por:

Sobre o Contato e Vínculo Inicial

1. Como foi o contato e vínculo inicial?
2. Qual o motivo do encaminhamento ou indicação?

Histórico Médico e Psicológico

1. Histórico de Saúde Mental:
 - Diagnóstico prévio de transtornos mentais (depressão, ansiedade, PTSD, etc.):
 - Uso de medicação psiquiátrica:
 - Histórico de internações psiquiátricas:
2. Histórico de Suicídio:
 - Tentativas de suicídio anteriores (datas e métodos):
 - Ideação suicida atual:
 - Presença de plano suicida específico:
 - Acesso a meios letais (armas, medicamentos, substâncias tóxicas):

Avaliação Atual

1. Sintomas e Comportamentos Recentes:
 - Sinais de desespero ou desesperança:
 - Isolamento social ou retraimento:
 - Mudanças significativas no comportamento ou humor:
 - Expressões verbais ou escritas de intenção suicida:
 - Aumento no uso de álcool ou drogas:
 - Mudanças no padrão de sono ou apetite:
2. Fatores de risco:
 - Presença de fatores de risco:
 - Quais?
3. Fatores Desencadeantes Recorrentes:
 - Perdas recentes (morte de ente querido, perda de emprego, etc.):
 - Conflitos interpessoais significativos:
 - Eventos traumáticos recentes (desastres naturais, acidentes, etc.):
4. Fatores de Proteção:
 - Presença de suporte social (familiares, amigos, comunidade):
 - Participação em atividades comunitárias ou religiosas:
 - Acesso a serviços de saúde mental e suporte psicológico:
 - Capacidades de enfrentamento e resiliência identificadas:

Situação de Emergência e Desastre

1. O que compartilha sobre a situação atual?
2. Como está lidando com os acontecimentos recentes?
3. Tempo desde a emergência ou desastre?
4. Perdeu algum ente querido ou amigo no desastre?
5. Está enfrentando dificuldades adicionais devido ao desastre, como falta de moradia, perda de emprego, etc.?

Gravidade da Ideação Suicida:

- Nenhuma (0):** O indivíduo não apresenta pensamentos suicidas.
- Leve (1-3):** O indivíduo tem pensamentos suicidas ocasionais, mas eles são passageiros e não interferem significativamente na vida diária.
- Moderada (4-6):** O indivíduo experimenta pensamentos suicidas frequentes que causam algum grau de angústia, mas não há planos específicos de suicídio.
- Grave (7-9):** O indivíduo tem pensamentos suicidas persistentes que causam angústia significativa e podem incluir alguns planos vagos ou não definidos.
- Muito Grave (10):** O indivíduo tem pensamentos suicidas constantes, detalhados e perturbadores, com um alto nível de angústia e intenção clara.

Plano Suicida:

- Nenhum (0):** O indivíduo não tem nenhum plano de suicídio.
- Indefinido (1-3):** O indivíduo tem ideias vagas sobre como poderia cometer suicídio, mas sem planos específicos ou detalhes.
- Definido mas sem acesso a meios (4-6):** O indivíduo tem um plano específico de suicídio, mas não tem acesso imediato aos meios necessários para realizar o plano.
- Definido com acesso a meios (7-9):** O indivíduo tem um plano específico e acesso aos meios para morrer por suicídio, mas sem intenção imediata de agir.
- Imediato e letal (10):** O indivíduo tem um plano específico, acesso aos meios e intenção imediata de morrer por suicídio.

Rede de Suporte Social:

- Excelente (0-2):** O indivíduo tem uma rede de suporte forte e confiável, incluindo família, amigos e/ou comunidade que fornecem apoio consistente.
- Boa (3-5):** O indivíduo tem uma rede de suporte adequada, mas pode haver algumas limitações na disponibilidade ou na qualidade do apoio.
- Moderada (6-8):** O indivíduo tem uma rede de suporte limitada, com poucas pessoas disponíveis para oferecer ajuda ou apoio emocional.
- Fraca (9-10):** O indivíduo tem pouca ou nenhuma rede de suporte, com poucos ou nenhum contato social confiável.

- 1. Intervenções Imediatas:**
- Remoção de meios letais:
 - Supervisão constante:
 - Hospitalização se necessário:
 - Contato com familiares e amigos para suporte:
- 2. Referências e Encaminhamentos:**
- Encaminhamento para serviços de saúde mental:
 - Encaminhamento para grupos de suporte comunitário:
 - Informação sobre linhas de apoio e serviços de emergência:
- 3. Seguimento:**
- Data da próxima avaliação:
 - Plano de acompanhamento regular:
 - Revisão de fatores de proteção e planos de segurança pessoal:

Observações Adicionais

¹ Escala baseada na C-SSRS (Columbia).

