

2ª EDIÇÃO - 2023

GUIA DE ORIENTAÇÕES PARA PSICÓLOGOS DA FAB: PREVENÇÃO DO SUICÍDIO



Programa de Valorização da Vida - PVV - Módulo I





Sumário

INTRODUÇÃO

1. CULTURA DE PREVENÇÃO

1.1 PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DA VIDA- PVV MÓDULO I

1.2 FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO DE TENTATIVA E DE MORTE POR SUICÍDIO (FNTMS)

1.3 ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO

2. PSICOTERAPIA DE CRISE

2.1 ORIENTAÇÕES GERAIS PARA ATUAÇÃO EM PSICOTERAPIA DE CRISE

2.2 FORMULAÇÃO DA AVALIAÇÃO DE RISCO

2.3 PLANO DE SEGURANÇA

2.4 GERENCIANDO A CRISE SUICIDA

3. AÇÕES DE POSVENÇÃO COM O EFETIVO

3.1 OBJETIVOS DA POSVENÇÃO

3.2 DEBRIEFING PSICOLÓGICO PÓS CRISE SUICIDA (DPICS)

3.3 LUTO POR SUICÍDIO

4. DISPOSIÇÕES FINAIS

REFERÊNCIAS

ANEXO A- AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO

ANEXO B- PROTOCOLO DPICS

ANEXO C- Modelo de Relatório Técnico do Suporte Psicológico





INTRODUÇÃO

O suicídio é um fenômeno complexo e multifatorial que se encontra presente em diferentes culturas, faixas etárias, contextos socioeconômicos, escolaridades e gênero. O suicídio se desenvolve por perspectivas complexas e singulares, porém na maior parte dos casos, os fatores que contribuem e determinam o ato são identificáveis.

No suicídio, o psicólogo pode encontrar alguns desafios para a execução de seu trabalho devido às especificidades da atuação clínica nesses casos. Esses desafios podem se referir a sensibilização de gestores para o tema, o trabalho em equipe multidisciplinar, a desconstrução de crenças e preconceitos, manejo clínico e até dificuldades emocionais do profissional para lidar com essa prática.

O psicólogo para atuar em casos de ideação suicida e ou em atendimento pós ocorrência de evento de suicídio (posvenção) deve ser comprometido em buscar informações e capacitação profissional para avaliar o fenômeno caso a caso e ser capaz de identificar e trabalhar fatores de risco, fatores protetivos e desenvolver o manejo mais adequado ao caso.

As ações de prevenção devem ser contínuas, oferecendo ao efetivo todas as informações relevantes sobre a temática do suicídio e do adoecimento mental, reforçando os laços de amizade no ambiente de trabalho e proporcionando ambiente de acolhimento e suporte.





INTRODUÇÃO

Avançar no âmbito institucional, na questão da atenção à saúde e prevenção ao suicídio no trabalho, em especial no que se refere a aspectos psíquicos, se faz de extrema relevância, pois a atividade laboral pode ter efeitos de construção de saúde ou ainda colocá-la em risco. Por tal motivo, estratégias adequadas para a criação e cultivo de uma cultura de proteção e prevenção na Organização precisam acontecer de forma ativa.

Esta iniciativa faz parte das ações específicas do Programa de Valorização da Vida (PVV-MÓDULO I), coordenado pelo Instituto de Psicologia da Aeronáutica (IPA), que tem como objetivo a atenção à saúde mental, com foco na prevenção do suicídio de todo efetivo do COMAER.





1. CULTURA DE PREVENÇÃO

1.1 PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DA VIDA -PVV

O COMGEP, por meio do IPA, desenvolve o Programa de Valorização da Vida (PVV), que tem como estratégia prioritária a valorização à vida, atuando de forma permanente junto a militares, dependentes de militares e servidores civis do COMAER. Suas principais ações ancoram-se em orientar, conscientizar e sensibilizar o público-alvo do Programa para gerar atitudes de prevenção, no que tange à saúde mental. Nesse sentido, o PVV subdivide-se em três módulos, que estão em constante evolução. O primeiro deles consiste na prevenção do suicídio, contemplado na NSCA 38-17; o segundo na prevenção do uso abusivo de álcool, tabaco e substâncias psicoativas, normatizado pela NSCA 38-21, e o terceiro módulo é o de Apoio Emocional amparado pela NSCA 38-22.

O PVV consiste em diversas práticas como: palestras psicoeducativas, desenvolvimento de campanhas mensais alusivas à promoção e prevenção a saúde mental, instruções técnicas específicas para os Agentes de Psicologia, produção de material educativo, suporte psicológico e ações de posvenção por meio de grupos de acolhimento para os militares impactados pós-ocorrência de um suicídio.

Além disso, o PVV contempla as notificações em casos de tentativas e suicídios consumados que estão sendo contabilizados por meio do Processamento de Dados Estatísticos (PDE), em que todas as informações são tratadas de forma confidencial e ética, com o objetivo de mapear os índices de ocorrências na FAB, para minimizar fatores contribuintes e desenvolver estratégias de prevenção.





1. CULTURA DE PREVENÇÃO

1.2 FORMULARIO DE NOTIFICAÇÃO DE TENTATIVA E MORTE POR SUICÍDIO

O Formulário de Notificação de Tentativa e Morte por Suicídio (FNTMS) deve ser preenchido por qualquer integrante do efetivo da FAB quando este passa a ter conhecimento da ocorrência de morte por suicídio, ou tentativa de suicídio, entre militares da FAB, dependentes ou servidores civis pertencentes ao COMAER. O preenchimento do formulário se faz necessário para alimentação adequada da ferramenta de controle de dados das notificações encaminhadas ao IPA. As referidas ações são fundamentais para nortear o desenvolvimento de estratégias de prevenção. O FNTMS encontra-se disponível na página do IPA.

1.3 ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO

- Palestras informativas e cartilhas sobre suicídio e adoecimento mental;
- Desenvolvimento de campanhas de prevenção em saúde mental, com o apoio das seções de comunicação social da OM, como campanhas do “Setembro Amarelo” alusivas à prevenção ao suicídio;
- Incentivo ao suporte social entre os colegas de trabalho;
- Incentivo ao autocuidado entre o efetivo, o descanso, a alimentação saudável e a prática de atividades físicas como formas de aumentar a resiliência, reduzir o estresse e o adoecimento mental; e
- Sinalização para o efetivo sobre os riscos ao se utilizar estratégias negativas para enfrentar o estresse, ou para lidar com as situações difíceis na vida, como o abuso de substâncias psicoativas (álcool, tabaco e medicamentos).





2. PSICOTERAPIA DE CRISE

Quando falamos de psicoterapia de crise, podemos entender que se trata de um atendimento de emergência que implica estabelecer prioridades claras, ações rápidas e objetivas, considerando o risco iminente e o foco em manter o paciente o mais estável possível. Em momentos de crise, recursos internos e sentimentos de esperança ficam comprometidos, assim como a capacidade de avaliar a realidade e vislumbrar alternativas possíveis. O objetivo do tratamento é reduzir a perturbação mental, o risco de suicídio e descobrir o que pode ser mudado na atualidade. O tempo presente é um fator importante e que necessita de atenção nesse tipo de abordagem, por esse motivo, o cuidado para não se deter demais em questões do passado se faz essencial.

A ferramenta principal do psicólogo é a escuta técnica do sofrimento, o que envolve proporcionar um ambiente acolhedor para que a pessoa possa falar sobre o que está difícil/insuportável em sua vida e apoio emocional, o qual é fundamental, sendo de suma importância que o psicólogo não emita julgamentos de valor.

O profissional deve facilitar a comunicação, o fortalecimento de fatores protetivos, estimular a capacidade de resiliência, auxiliar o paciente a minimizar ou afastar pressões ambientais que estejam potencializando a crise, trabalhar técnicas de alívio de sintomas de ansiedade e condutas impulsivas, restabelecer habilidades adaptativas, resgatar recursos internos já utilizados pelo paciente em outras situações difíceis, favorecer processos criativos e manutenção do foco nos estressores atuais relatados.





2. PSICOTERAPIA DE CRISE

É importante ressaltar que os transtornos mentais e tentativas anteriores de suicídio constituem fatores de risco mais importantes para o suicídio. O diagnóstico tardio, ausência de serviços de atenção à saúde mental podem contribuir para o agravamento do quadro clínico. A dependência de álcool e/ou substâncias psicoativas, transtorno de depressão, esquizofrenia, transtorno do humor bipolar, transtorno de ansiedade e transtornos de personalidade se apresentam como principais transtornos para elevação do risco e, por isso, devem impreterivelmente ser tratados por psiquiatra e psicólogo.

2.1 ORIENTAÇÕES GERAIS PARA ATUAÇÃO EM PSICOTERAPIA DE CRISE

- Considerar sua disponibilidade interna, ou seja, fazer uma autoavaliação sobre seu estado emocional no momento;
- Avaliar a intencionalidade suicida (baixa, média ou alta);
- Se a avaliação do risco for alta, permanecer com a pessoa até conseguir ajuda;
- Fazer a avaliação do risco de suicídio e estruturar um plano de segurança (conforme os itens 2.2, 2.3 e anexo A);
- Estabelecer vínculo de confiança e confidencialidade;
- Manter uma postura psicoterapêutica mais ativa e comprometida, uma vez que os recursos egóicos do paciente estão mais enfraquecidos, e uma postura de neutralidade, desinteressada e passiva seria desumana e suicidógena. (BOTEGA, 2015);





2. PSICOTERAPIA DE CRISE

- Ampliar o sistema de apoio, envolvendo equipe multidisciplinar e a família;
- Disponibilizar um número de telefone para que o paciente possa contatá-lo em momentos de desespero e urgência psíquica;
- Participar de supervisão ou discussões clínicas com a equipe de psicologia, trabalhar as dificuldades do caso, realizar estudos e reflexões teóricas para o aprimoramento da prática.
- O profissional deve estar em processo terapêutico.

O Código de Ética Profissional do Psicólogo estabelece que, em casos excepcionais, como risco de suicídio, o psicólogo pode romper o sigilo com intuito de proteção do paciente.





2.2 FORMULAÇÃO DA AVALIAÇÃO DE RISCO

A formulação de risco de suicídio é o levantamento do conjunto de informações relevantes e articuladas que permitem uma breve avaliação do risco de suicídio (Anexo A). Importante considerar que a formulação de risco só é possível após avaliação clínica cuidadosa e sistemática, sendo uma ferramenta clínica que permite conferir clareza e direcionar ações dirigidas ao paciente. Deve levar em consideração os fatores predisponentes, fatores precipitantes e fatores protetivos.

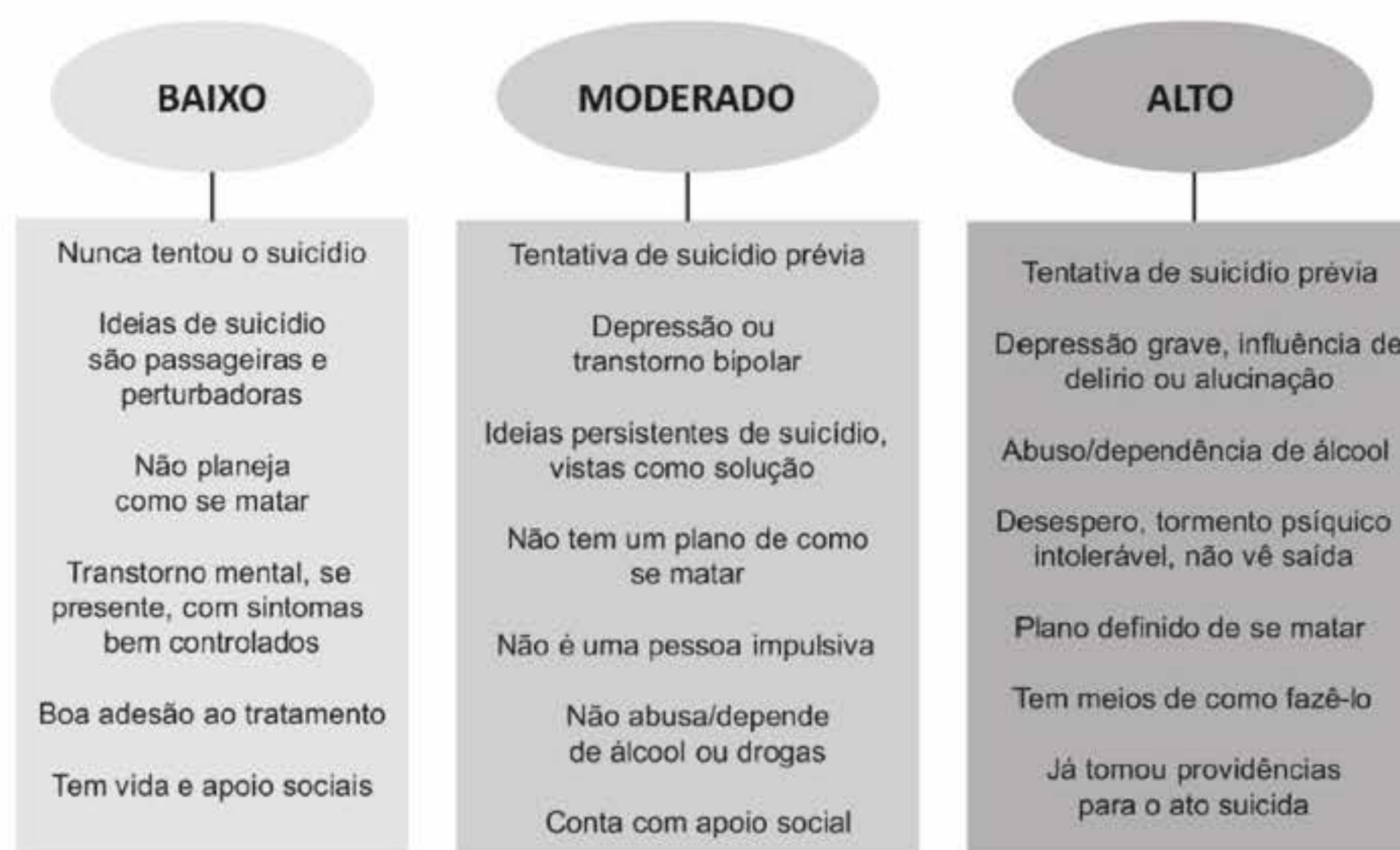


Figura 6.7 Esquema didático com três gradações de risco de suicídio.

FONTE: BOTEGA, 2015.





2. PSICOTERAPIA DE CRISE

2.3 PLANO DE SEGURANÇA

O plano de segurança tem como objetivo o gerenciamento da ideação suicida, por meio da utilização de atividades estruturadas. Os itens que compõem o plano de segurança a ser elaborado devem ser trabalhados em conjunto por psicólogo, paciente e se possível também um familiar ou pessoa de confiança do paciente.

Plano de segurança:

- Investigar e estabelecer uma lista de situações gatilhos que costumam desencadear ideação suicida (brigas com familiares, problemas financeiros, sensação de desamparo, estresse no trabalho, uso de substâncias psicoativas e etc.);
- Construir estratégias para lidar com pensamentos e momentos de angústia, usar técnicas como: respiração, mindfulness, visualização de um lugar imaginário de segurança, psicoeducação das emoções e etc.;
- Desenvolver a conscientização do autocuidado e afastar possíveis meios letais. Pode-se criar lembretes para afastar meios que possam ser usados para se autoagredir;
- Estabelecer com o paciente a confecção e registro de “razões para continuar vivo”;
- Trabalhar com o paciente, técnicas de controle e redução da ansiedade;
- Fazer um levantamento com o paciente de pessoas que costumam dar apoio e de fácil acesso para o auxílio em um momento de crise; e
- Criar uma lista de contatos de emergência: médico, psicólogo, centros de crise, número (188) e chat do Centro de Valorização da Vida - CVV.





2. PSICOTERAPIA DE CRISE

2.4 GERENCIANDO A CRISE SUICIDA

A Crise Suicida ocorre quando a pessoa verbaliza ou apresenta comportamentos que indicam que ele poderá atentar contra a própria vida. A crise se instala quando a pessoa se vê em demasiado desespero, desesperança, tristeza, fragilidade e com dificuldade para avaliar a realidade e vislumbrar saídas diferentes para solução de seus problemas.

Diante de alguém em crise e em risco de cometer suicídio, algumas ações precisam ser tomadas de imediato:





O QUE FAZER?

1

IDENTIFICAR

possíveis meios letais no local onde o indivíduo se encontra e retirá-los de sua proximidade, como por exemplo, arma de fogo, objetos cortantes, produtos químicos e medicamentos.

2

ESCUTAR

com atenção o indivíduo em crise. (Como? Ouvir tudo o que o aflige; reforçar os aspectos positivos da vida; evitar pré-julgamentos ou juízo de valor).

3

FAZER CONTATO

com familiares ou pessoas próximas.

4

INFORMAR-SE

acerca da existência de acompanhamento com profissional de saúde (psiquiatra e/ou psicólogo). Caso exista, entrar em contato com o profissional para informar o ocorrido e buscar orientação de como proceder.

5

ASSEGURAR

que a locomoção do sujeito até o hospital seja realizada com acompanhante, garantindo assim a segurança do indivíduo em crise.





3. AÇÕES DE POSVENÇÃO COM O EFETIVO

A posvenção se constitui como uma ferramenta reconhecida mundialmente como um componente importante no cuidado da saúde mental das pessoas impactadas por um suicídio, chamados na literatura atual de “sobreviventes”. Em conceituação mais ampliada, entende-se posvenção como qualquer atividade auxiliar, passível de ser realizada depois do incidente trágico.

Ações de posvenção representam quaisquer atos de suporte psicológico que podem ser realizados após morte por suicídio e são direcionadas às pessoas mais impactadas pela morte por um suicídio. Essas ações incluem auxílio e aconselhamento em assuntos práticos, informações, suporte profissional auxiliar em saúde mental e/ou outras clínicas, grupos terapêuticos, dentre outros.

Tais ações possuem o objetivo de acolher essas pessoas, auxiliar na elaboração do luto e redução do nível de estresse diante do ocorrido, ajudando, assim, a prevenir futuros adoecimentos e novos casos de suicídio.





3.1 OBJETIVOS DA POSVENÇÃO

- Trazer alívio dos efeitos psíquicos negativos relacionados com o sofrimento e a perda, ou seja, prevenir o aparecimento de reações adversas e complicações do luto;
- Minimizar o risco de comportamento autodestrutivo e suicida nos enlutados por suicídio;
- Promover resiliência e recursos de enfrentamento ao luto; e
- Auxiliar no reequilíbrio do sistema familiar e institucional.

Importante!

As palestras informativas e/ou educativas não devem ser realizadas como medida de posvenção, sendo recomendadas apenas como medida de prevenção. Não são recomendadas palestras dessa natureza posteriormente a morte de militar por suicídio, pois a experiência tem demonstrado que falar nesse momento sobre ações que poderiam ser tomadas para evitar o suicídio, podem suscitar efeitos negativos no efetivo, tais como, sentimento de culpa, raiva e tristeza intensa entre os militares.





3.2 DEBRIEFING PSICOLÓGICO PÓS CRISE SUICIDA (DPICS)

O Debriefing Psicológico Pós Crise Suicida (DPICS) é uma intervenção que busca fornecer apoio emocional e psicológico para indivíduos que tenham sido impactados pela morte por suicídio de algum membro do efetivo da OM.

O objetivo principal é ajudar a pessoa a processar seus sentimentos, pensamentos e experiências relacionadas ao suicídio, de modo a promover a compreensão, a resiliência emocional e a prevenção de futuras tentativas de suicídio.

Durante a sessão, o indivíduo é encorajado a expressar seus sentimentos, medos, preocupações e pensamentos sobre a morte por suicídio. O profissional irá ouvir atentamente e oferecer apoio emocional, além de ajudar a pessoa a desenvolver estratégias para lidar com o sofrimento emocional.

É importante ressaltar que o DPICS não substitui o tratamento apropriado para questões de saúde mental, que podem estar relacionados à crise suicida. É crucial a ajuda profissional contínua para lidar com essas questões e garantir a segurança e o bem-estar da pessoa.





3. AÇÕES DE POSVENÇÃO COM O EFETIVO



O DPICS deverá ser executado o mais brevemente possível, não excedendo 15 dias após a ocorrência do evento suicida.

Conduzido por no mínimo 02 profissionais (2 psicólogos, ou 1 psicólogo e 1 profissional assistente social, assistente religioso ou graduado-master que tenha sido capacitado pelo IPA).

Grupo de sobreviventes (membros do efetivo da OM), com máximo de 15 participantes por grupo. Entre 2 a 3 encontros com duração de 2 a 3h.





3. AÇÕES DE POSVENÇÃO COM O EFETIVO

3.3 LUTO POR SUICÍDIO

DE ACORDO COM PESQUISAS CLÍNICAS REALIZADAS NAS ÁREAS DE SUICIDOLOGIA, EXISTEM DIFERENÇAS SIGNIFICATIVAS COMO AS PESSOAS REAGEM A ESSE TIPO DE LUTO: A INTENSIDADE, DURAÇÃO, SURGIMENTO OU AUMENTO DE SINTOMAS DEPRESSIVOS, REAÇÕES TRAUMÁTICAS REFERENTES A PERDA E IMPACTOS NO SISTEMA FAMILIAR, CONSTITUEM ITENS A SEREM OBSERVADOS NOS INDIVÍDUOS QUE EXPERIENCIARAM O SUICÍDIO DE ALGUÉM PRÓXIMO. O ADOECIMENTO É UMA RESPOSTA AO LUTO POR SUICÍDIO BASTANTE OBSERVADA NA CLÍNICA.

ADULTOS DE FORMA GERAL E ESPECIALMENTE CRIANÇAS PODEM EXPERIENCIAR UM LUTO TRAUMÁTICO E COMPLICADO. SENTIMENTO DE CULPA, VERGONHA, RAIVA, REVOLTA, BUSCA INCESSANTE DOS MOTIVOS, RESPONSABILIDADE, IMPOTÊNCIA, MAIOR DIFICULDADE EM DAR SENTIDO PARA A MORTE, AUTOACUSAÇÕES E COMPORTAMENTOS DE ISOLAMENTO FAMILIAR E SOCIAL SE APRESENTAM COMO FATORES AMPLAMENTE OBSERVADOS E PODEM DIFICULTAR O TRABALHO PSÍQUICO DO LUTO POR SUICÍDIO.

DURANTE O PROCESSO DE LUTO, O INDIVÍDUO SE DEPARA COM A QUEDA DA REALIDADE QUE PRESUMIA CONHECER E TER CONTROLE, A FÉ E CONFIANÇA SÃO ABALADAS, ASSIM COMO A ESPERANÇA, QUE PODE REMETER A UM CICLO INESGOTÁVEL E EXAUSTIVO DE QUESTIONAMENTOS SOBRE A VIDA DE QUEM SE FOI E SOBRE A SUA PRÓPRIA EXISTÊNCIA.





3. AÇÕES DE POSVENÇÃO COM O EFETIVO

AS AÇÕES DE POSVENÇÃO, ASSIM COMO TODA E QUALQUER INTERVENÇÃO EM CRISES E EMERGÊNCIAS DEVEM SE ADEQUAR ÀS NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA OM E ATIVIDADES DESEMPENHADAS NO LOCAL. O PSICÓLOGO DEVE FALAR SOBRE O ASSUNTO, CONTRIBUINDO PARA NÃO REFORÇAR O TABU ACERCA DO SUICÍDIO, TRATANDO DE FORMA ACOLHEDORA, COM A CLAREZA E ÉTICA PROFISSIONAL.

O ASSESSORAMENTO AOS COMANDANTES E A PROMOÇÃO DE REFLEXÕES PERTINENTES AO CASO, COM O OBJETIVO DE AUXILIAR A PROMOÇÃO DE AÇÕES REFERENTES AO BEM ESTAR E QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO, TAMBÉM CONSTITUEM FATORES RELEVANTES AO SUPORTE INSTITUCIONAL MILITAR. ACREDITAMOS QUE APESAR DA DOR, DÚVIDAS, PERDA DE ESPERANÇA E INÚMERAS TURBULÊNCIAS CAUSADAS PELO SUICÍDIO, SEJA POSSÍVEL GERENCIAR A CRISE. A POSVENÇÃO DEVE OFERECER ACESSO AOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS PARA O MANEJO DO PROCESSO DE LUTO, MINIMIZANDO, DENTRE OUTRAS COISAS, O RISCO DE SUICÍDIO.

EM MOMENTO POSTERIOR DO SUPORTE PSICOLÓGICO LOGO APÓS A OCORRÊNCIA DO SUICÍDIO, PODEM SER SUGERIDAS ATIVIDADES PSICOEDUCATIVAS, RODAS DE CONVERSA, ATIVIDADES DE VALORIZAÇÃO DA VIDA E DE FORTALECIMENTO DE VALORES, ESTÍMULO AO CONHECIMENTO DA CULTURA LOCAL, AMPLIAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO, RECONHECIMENTO DAS DIFICULDADES E INTELIGÊNCIA EMOCIONAL, QUE SÃO INSTRUMENTOS QUE FAZEM A FUNÇÃO DE AUXILIAR A ELABORAÇÃO PSÍQUICA.





4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabemos que a clínica do suicídio é composta por muitos desafios. E esses dizem respeito não apenas ao paciente, mas aos seus familiares e à equipe de saúde que o acompanha. Desafios também são encontrados ao ter que trabalhar a dor, sofrimento e emoções em ambiente institucional e principalmente no âmbito militar e operacional da Força Aérea, levando em consideração todas as suas especificidades. Contudo, a riqueza da prática e a nobre missão de poder fazer uma leitura dessa realidade e contribuir para a prevenção, tratamento e posvenção do suicídio faz com que muito mais do que pensar em morte, pensemos em condições éticas de dignidade e respeito à vida.

O profissional de psicologia deve auxiliar na desconstrução de pensamentos destrutivos, na desmontagem de verdadeiras bombas relógios emocionais, além de poder emprestar a sua escuta e ouvir o possível e o impossível de ser colocado em palavras. Todas essas características fazem parte dessa jornada carregada de afetos e desejos.

O profissional de psicologia em sua prática deve ser o agente de saúde mental que, como refere Fukumitsu, poderá retirar “flores de pedras” e essa não se constitui tarefa fácil, porém, para quem aprecia a singularidade humana vai valer o esforço e quem sabe encontraremos um belo jardim.





REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Botega, NJ. Crise suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed, 2015 .

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.1.876, de 14 de agosto de 2006, que institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Conselho Federal de Psicologia Conselho Federal de Psicologia, O suicídio e os desafios para a psicologia. Brasília: CFP. Acesso em 28 de outubro de 2015 em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Suicidio-FINAL-revisao61.pdf>.

Fukumitsu, K. O. (2019). Sobreviventes enlutados por suicídio: Cuidados e Intervenções. São Paulo: Summus Editorial.

Fukumitsu, K.O. A prevenção do suicídio deve ser prática diária. Jornal da USP, 3/09/2018. <https://jornal.usp.br/artigos/a-prevencao-do-suicidio-deve-ser-pratica-diaria/> Prevention and Public Health (Vol. 2, pp. 81-87). New York: New York State Office of Mental Health (OMS).

Taki Athanássios Cordás et tal. Como lidar com o risco de suicídio: Guia prático para pacientes, familiares e profissionais da saúde. 1. ed. SÃO PAULO: Hogrefe, 2020.

Scavacini, K. Suicide Survivors Support Services and Postvention Activities: The availability of service sandan intervention plan in Brazil (Dissertação). Estocolmo, Suécia. 2011





ANEXO A

AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO

Nome: _____ | Sexo: () M () F | Idade: ____ anos
Data: ____/____/____ | Profissional: _____

O QUE ESTÁ ACONTECENDO?

- () Desencadeante _____
- () Motivação _____
- () Significado do morrer _____

ESTADO MENTAL ATUAL

- | | | |
|---------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| () Delírio/alucinação | () Incontinência afetiva | () Constrição cognitiva |
| () Depressão | () Instabilidade do humor | () Vergonha/humilhação |
| () Desesperança | () Ansiedade/inquietude | () Insônia |
| () Desespero (psychache) | () Impulsividade/agressividade | () Dor/incapacitação |
| () Colapso existencial | () Raiva | |

INTENCIONALIDADE SUICIDA

IDEIAS DE MORTE	IDEIAS DE SUICÍDIO	TENTATIVAS DE SUICÍDIO PRÉVIA	PLANO SUICIDA
() Passivas	() Persistentes	() Quantas	() Em preparação
() Rejeita o suicídio	() Intensas	() Última	() Detalhado
	() Incontroláveis	-Motivação	() Conhece poder letal
	() Vistas como alívio	-Intencionalidade	() Possui os meios letais
	() Aceitáveis	-Letalidade	() Providências

PRINCIPAIS FATORES DE RISCO

- | | | |
|-----------------------------|---------------------------|-----------------------------|
| () Transtorno mental | () Suicídio na família | () Acesso a meio letal |
| () Tentativa de suicídio | () Discórdia familiar | () Rigidez cognitiva |
| () Álcool ou outra droga | () Desilusão amorosa | () Perfeccionismo |
| () Abuso físico ou sexual | () Relações conflituosas | () Conflito de identidade |
| () Exposição a um suicídio | () Desemprego | () Dor/incapacidade |
| () Isolamento | () Derrocada financeira | () Alta hospitalar recente |





ANEXO A

FORMULAÇÃO DO RISCO E MANEJO

() **Risco baixo**[Paciente sem histórico de tentativa prévia, apresentando ideação suicida, sem planejamento.]

() **Risco moderado**[Paciente com histórico de tentativa prévia, apresentando ideação suicida frequente e persistente (o pensamento está presente por muito tempo), sem planejamento. Ausência de impulsividade ou abuso/dependência de álcool ou drogas.]

() **Risco alto**[Paciente com histórico de tentativa prévia, apresentando ideação suicida frequente e persistente (o pensamento está presente por muito tempo), com planejamento e acesso à forma como planejou. Impulsividade, rigidez do propósito de se matar, desespero, delirium, alucinações, abuso/dependência de álcool ou drogas são fatores agravantes.]

Fontes: Botega, N. J. **Crise Suicida: Avaliação e Manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015. Pag. 160. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Saúde, Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção, Versão Profissional, Série F. Comunicação e Educação em Saúde, 1ª ed., 2016.





ANEXO B

PROTOCOLO DPICS DEBRIEFING PSICOLÓGICO PÓS CRISE SUICIDA

O DPICS se destinará aos sobreviventes (militares e civis do COMAER) que tenham vivenciado experiências traumáticas após morte por suicídio, ou tentativa de suicídio, praticada por algum membro da equipe de trabalho;

A proposta de intervenção visa o acolhimento/suporte, bem como o restabelecimento do equilíbrio funcional dos militares mais diretamente afetados pelo evento que possui característica traumática devido a sua imprevisibilidade (em muitos casos) e forte impacto provocado pela morte de alguém próximo;

O DPICS é essencial para facilitar a expressão afetiva daqueles que tenham vivenciado situações de crises suicidas relacionadas ao ambiente de trabalho;

Possui foco preventivo, tanto do ponto de vista da saúde quanto do ponto de vista da produtividade, prevenindo falhas no trabalho relacionadas à queda cognitiva devido ao abalo emocional provocado pelo evento crítico.





ANEXO B

Procedimentos para realização do DPICS:

- a) Quantidade de Sessões: 02 sessões, podendo se estender para 03, quando houver necessidade; recomenda-se já deixar as sessões previamente agendadas antes do início do trabalho;
- b) Intervalos entre Sessões: a 2ª sessão deverá ocorrer na semana seguinte à realização da 1ª sessão; havendo uma terceira sessão, essa deverá ocorrer entre 15 a 20 dias depois da realização da 2ª sessão;
- c) Duração das Sessões: de 2 a 3 horas por sessão, podendo ocorrer intervalo de 15min durante uma mesma sessão;
- d) Quantidade de Profissionais: o trabalho deverá ser realizado em dupla, por isso há a necessidade de 02 profissionais, devendo pelo menos um deles ser psicólogo;
- e) N° Participantes: entre 10 ou 15 pessoas por grupo;
- f) Prazo para realização do DPICS: poderá ocorrer até 15 dias após ocorrência de crise desencadeada por suicídio, ou tentativa de suicídio. Contudo, recomenda-se que a técnica seja realizada o mais breve possível, tendo em vista seu objetivo preventivo; e
- g) Após a realização do DPICS, o psicólogo deverá encaminhar um relatório (ANEXO C) em até 10 dias, como previsto na NSCA 38-17.





ANEXO B

Sessão I

Fase 1: Apresentação e Rapport

- a) Apresentação inicial dos profissionais;
- b) Apresentação do trabalho- objetivos;
- c) Momento de empatia.

Fase 2: Contrato e Regras

- a) Reforço da importância da confidencialidade do trabalho que será realizado;
- b) Salientar o sigilo profissional e sua importância até mesmo para que o trabalho possa ser realizado;
- c) Compromisso do grupo com o sigilo do que é dito durante as sessões, não devendo ser exposto, posteriormente, o que possa ser dito nas sessões.

Fase 3: Conhecimento de Sinais e Sintomas

- a) Apresentação dos possíveis impactos psicológicos vividos pós crise suicida: sentimento de culpa e raiva envolvidos (ambivalência), as dificuldades de se fazer o luto, a mobilização emocional que o suicídio provoca; questões que talvez nunca terão respostas;
- b) Apresentação de sinais e sintomas enquanto reações normais diante de eventos traumáticos: insônia, pesadelos, flashback diurno, desânimo, tristeza, irritabilidade, desatenção, baixa capacidade de memorização, ansiedade, medo;
- c) Apresentação dos sintomas de Reação Aguda ao Estresse, TEPT e Transtorno de Adaptação;





ANEXO B

d)O objetivo principal desta fase é o de "normalização" de reações emocionais que os participantes possam estar vivenciando, para encorajá-los a falar sobre suas emoções na fase posterior.

Fase 4: Relato das Vivências

a)Importante estimular os participantes a falar e expressar seus sentimentos de forma genuína diante do ocorrido, pois expressar sentimentos e pensamentos relacionados ao fato traumático, e ouvir os outros, poderá ajuda-los a elaborar o problema de uma maneira saudável; tem efeito benéfico e de alívio falar sobre a experiência traumática;

b)Após a motivação, espera-se que os participantes consigam falar sobre suas vivências diante do evento ocorrido, abordando os sentimentos e pensamentos diante do fato;

c)Deve-se respeitar aquele participante que não queira relatar seus pensamentos e sentimentos. Escuta ao final da aplicação da técnica poderá ser oferecida, caso haja necessidade.

Fase 5: Retomada e Finalização

a)Nesta fase é importante retomar os principais pontos levantados pelos participantes, sempre com o objetivo de "normalizar" as reações destes diante do ocorrido, além de realizar algumas explicações que sejam possíveis;

b)Finalizar reforçando a fase de contrato e regras- salientar a importância do sigilo de tudo que foi tido na sessão.





ANEXO B

Sessão II: Retorno

Fase 1: Retomada

- a) Inicia-se perguntando ao grupo quais as reflexões que fizeram sobre o último encontro;
- b) Reforçar o caráter sigiloso das sessões;
- c) Retomada dos sentimentos e pensamentos diante do evento traumático; abordar reações emocionais atuais;
- d) Novas explicações poderão ser feitas sobre sinais e sintomas comuns diante de eventos traumáticos.

Fase 2: Estratégias de Enfrentamento

- a) Desenvolver com os participantes estratégias para lidar com o ocorrido; soluções criativas e que possam trazer alívio. Ex: espiritualidade.
- b) Encaminhamentos para psicoterapia ou outros especialistas.





ANEXO C

RELATÓRIO TÉCNICO DE SUPORTE PSICOLÓGICO

1.JUSTIFICATIVA

- a.Informações sobre o incidente, quando e onde aconteceu, quem estava envolvido, etc.;
- b.Como e por quem a(s) psicóloga(s) foi (foram) designada(s) (especificar documentações oficiais); e
- c.Composição da equipe.

2.OBJETIVOS (o texto sugerido pode ser complementado)

- a.Minimizar as consequências psicológicas verificadas em virtude do incidente, favorecendo o restabelecimento progressivo da operacionalidade da (OM que recebeu o suporte);
- b.Facilitar o enfrentamento do evento traumático, valorizando os recursos individuais e grupais de superação;
- c.Prevenir a possibilidade da ocorrência de adoecimento psíquico no efetivo da referida OM e nos familiares das vítimas; e
- d.Assessorar, tecnicamente, as chefias para o acompanhamento do efetivo diante de possíveis reações decorrentes do impacto provocado pela situação crítica.

3.FASES E ETAPAS

Com base na Norma e Protocolo elaborados pelo IPA, inserir a descrição de todas as fases e etapas desde o acionamento até a preparação do presente relatório.





ANEXO C

4.METODOLOGIA

Descrever a maneira como o trabalho foi dividido e executado (grupos, atendimentos individuais, palestras de conscientização, etc.).

5.ATIVIDADES REALIZADAS

Descrição detalhada das atividades realizadas em cada dia de missão.

4.CONSIDERAÇÕES FINAIS

Avaliação do trabalho realizado e informações complementares que forem julgadas como imprescindíveis.

Cidade e data.

(Assinatura do(s) psicólogo(s) envolvido(s))



Divisão de Prevenção Psicológica

Instituto de Psicologia da Aeronáutica

