Universidade Federal do Pará

RNUFEN

PHENOMENOLOGY AND INTERDISCIPLINARITY

@Programa de Pós-graduação em Psicologia

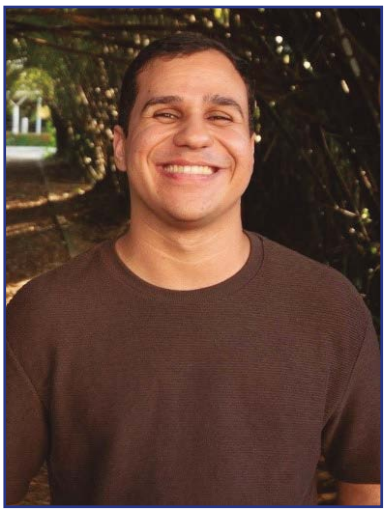
DOI: 10.26823 / e-258212 /
artigo de pesquisa / fluxo contínuo

VOL 18 • 2026

ATENDIMENTO A PESSOAS COM IDEAÇÃO SUICIDA NO PLANTÃO PSICOLÓGICO: UM ESTUDO FENOMENOLÓGICO

Care for people with suicidal ideation in psychological emergency services: a phenomenological study

Atención a personas con ideas suicidas en el servicio de guardia psicológica: un estudio fenomenológico



Hian Soares Teixeira



Patrícia do Socorro Magalhães Franco do Espírito Santo

Resumo

Considerando o plantão psicológico como serviço de prevenção ao suicídio, essa pesquisa objetivou a compreensão das experiências e das intervenções terapêuticas, orientadas pela Abordagem Centrada na Pessoa, no atendimento a pessoas com ideação suicida. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com cinco psicólogos, ex-estagiários de um plantão psicológico vinculado à assistência estudantil de uma universidade pública, que atenderam clientes com demandas de suicídio. As entrevistas foram analisadas utilizando o método fenomenológico empírico. Descrevem-se como unidades de sentido: avaliação de risco de suicídio; envolvimento existencial; aceitação incondicional e compreensão empática; percepção das atitudes facilitadoras; reações à ideação suicida; ressonância emocional; e vivência subjetiva da empatia. Conclui-se que as intervenções clínicas nesse atendimento utilizam as atitudes facilitadoras desde o acolhimento da demanda e avaliação de risco até o encaminhamento, e que são atravessadas pelas experiências subjetivas do terapeuta, que ocorrem durante a escuta clínica e que compõem suas intervenções.
Palavras-chave: Ideação suicida, Plantão psicológico; Abordagem Centrada na Pessoa.

Abstract

Considering psychological on-call counseling as a suicide prevention service, this study aimed to understand the experiences and therapeutic interventions, guided by the Person-Centered Approach, in the care of individuals with suicidal ideation. Semi-structured interviews were conducted with five psychologists, former interns of a psychological on-call service linked to student assistance at a public university, who provided care to clients with suicide-related demands. The interviews were analyzed using the empirical phenomenological method. The following meaning units were identified: suicide risk assessment; existential involvement; unconditional positive regard and empathic understanding; perception of facilitating attitudes; reactions to suicidal ideation; emotional resonance; and subjective experience of empathy. It is concluded that the clinical interventions in this type of care employ facilitating attitudes from the initial reception of the demand and risk assessment through referral, and that they are permeated by the therapist's subjective experiences, which occur during clinical listening and constitute their interventions.
Keywords: Suicidal ideation; Psychological on-call services; Person-centered approach.

Resumen

Considerando el servicio de atención psicológica de guardia como una estrategia de prevención del suicidio, esta investigación tuvo como objetivo comprender las experiencias y las intervenciones terapéuticas, orientadas por el Enfoque Centrado en la Persona, en la atención a personas con ideación suicida. Se realizaron entrevistas semiestructuradas con cinco psicólogos, ex-pasantes de un servicio de atención psicológica de guardia vinculado a la asistencia estudiantil de una universidad pública, quienes atendieron a clientes con demandas relacionadas con el suicidio. Las entrevistas fueron analizadas utilizando el método fenomenológico empírico. Se describen como unidades de sentido: evaluación del riesgo de suicidio; implicación existencial; aceptación positiva incondicional y comprensión empática; percepción de las actitudes facilitadoras; reacciones ante la ideación suicida; resonancia emocional; y vivencia subjetiva de la empatía. Se concluye que las intervenciones clínicas en este tipo de atención utilizan las actitudes facilitadoras desde la acogida de la demanda y la evaluación del riesgo hasta la derivación, y que están atravesadas por las experiencias subjetivas del terapeuta, que ocurren durante la escucha clínica y que constituyen sus intervenciones.
Palabras clave: Ideación suicida; Atención psicológica de guardia; Enfoque centrado en la persona.

Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2012), o suicídio é um problema de saúde pública e os jovens são uma população cada vez mais vulnerável a comportamentos suicidas. Dados epidemiológicos referentes ao suicídio no território brasileiro apontam um crescimento de 42% entre 2010 e 2021, assim como uma prevalência na faixa etária de 15 a 29 anos (Ministério da Saúde, 2024). Estatisticamente, estes dados justificam o fenômeno do suicídio e da ideação suicida como temas que merecem a atenção de pesquisadores e de profissionais de saúde, inclusive de psicólogos.

No que se refere ao suicídio de jovens, Dutra (2012) aponta que estes, entre os 20 e os 24 anos, estão adentrando no mercado de trabalho, nos cursos técnicos e no nível superior, ou seja, vivem um período de escolhas, definições e transição de vida, o que levanta questionamentos sobre o que faz com que parte desse grupo prefira não viver, sobre qual o contexto de mundo que favorece essa escolha e sobre qual o projeto que institucionalmente e politicamente existe para os jovens no Brasil. Consequentemente, com base nesses dados, podemos inferir que os jovens universitários são uma população diretamente confrontada por questões existenciais e psicossociais que podem levar à ideação suicida. Por outro lado, Feijoo (2018) conclui que algumas pessoas buscam auxílio antes de realizar o suicídio, o que justifica a criação de serviços de atendimento psicológico para pessoas em risco de suicídio, e destaca que projetos de acolhimento à ideação suicida são ações de prevenção ao suicídio. Diante desse cenário, compreende-se a importância da oferta de atendimento psicológico a jovens universitários, especialmente considerando a prevenção ao suicídio.

Na universidade na qual o presente estudo foi realizado, o plantão psicológico foi uma das estratégias adotadas para ofertar cuidados psicológicos e de atenção à saúde mental no âmbito da assistência estudantil. Define-se o plantão psicológico como um tipo de atendimento psicológico que se completa em si mesmo, realizado em uma ou mais consultas sem duração pré-determinada, com o objetivo de receber qualquer pessoa no momento exato ou quase exato de sua necessidade e de realizar encaminhamento a outros serviços, caso seja necessário (Tassinari, 2003). Essa modalidade de atendimento, conforme exposto por Mahfoud (2012), também corresponde a um tipo de serviço que dispõe de profissionais a disposição em um período de tempo determinado e exige a disponibilidade do plantonista para lidar com o não-planejado, em um possível único encontro, no qual sua intervenção consiste na facilitação ao cliente de uma visão mais clara de si mesmo e da situação-problema que o faz pedir ajuda, acolhendo sua experiência ao invés do problema em si.

Por conseguinte, questiona-se como o atendimento psicológico à pessoas com ideação suicida é realizado no contexto de plantão psicológico, ou seja, qual a estrutura da intervenção clínica. Considerando, portanto, que o plantão psicológico é um serviço e um tipo de intervenção utilizado para a prevenção do suicídio, essa pesquisa viabiliza a investigação sobre como se acolhe esse tipo de sofrimento nesse contexto, objetivando a compreensão da experiência e das intervenções terapêuticas de estagiários de psicologia ao atender universitários com ideação suicida nas políticas de assistência estudantil. Além disso, permite que se reflita sobre o manejo clínico e sobre as habilidades terapêuticas diante da ideação suicida, orientado teoricamente pela Abordagem Centrada na Pessoa.

Método

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória e de abordagem qualitativa que utilizou o método fenomenológico empírico de pesquisa em psicologia, modelo proposto por Giorgi (1985). Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com cinco psicólogos, todos eles ex-estagiários do projeto de plantão psicológico, que atenderam clientes com ideação suicida nos últimos dois anos anteriores à realização da pesquisa. Ressalta-se que esse tipo de entrevista combina perguntas abertas e fechadas, permitindo que o entrevistado discorra sobre o tema sem limitar-se à pergunta formulada no roteiro do pesquisador (Minayo, 2010). Ademais, como critérios de exclusão, destaca-se que foram excluídos os estagiários que continuam no projeto e que não se formaram, visando homogeneizar a amostra com psicólogos formados.

No serviço de plantão psicológico da universidade que constituiu o campo dessa pesquisa, a abordagem teórica que norteia os atendimentos e a supervisão do projeto é a Abordagem Centrada na Pessoa, que possui a hipótese central de que os indivíduos possuem a capacidade de se auto compreender e de modificar seus autoconceitos, suas atitudes e seus comportamentos, capacidade esta que é desenvolvida e efetivada por meio de um clima de atitudes psicológicas facilitadoras, a saber: autenticidade, consideração positiva incondicional e compreensão empática (Rogers, 1983). Na instituição, o plantão psicológico oferta atendimentos de até 50 minutos, em dias e horários regulares, realizados por estudantes de psicologia supervisionados por um professor, coordenador do projeto. Cada estudante tem direito a um atendimento e mais três retornos ao longo de um mesmo semestre, não necessariamente realizados pelo mesmo plantonista. Assim, um mesmo cliente pode ser atendido por diversos plantonistas (Teixeira, Mesquita & Espírito Santo, 2024).

Visando a compreensão da experiência dos plantonistas, utilizou-se de um roteiro de entrevista semi-estruturada com os questionamentos: 1) “Fale um pouco sobre a experiência de atender um cliente com ideação suicida”; 2) “Quando você percebeu ou confirmou a ideação suicida do cliente, houve mudanças na sua facilitação do atendimento? Se sim, quais?”; e 3) “Você consegue identificar comportamentos, passos ou atitudes comuns ao pensar nos atendimentos que realizou com este perfil de demanda?”. Em seguida, após transcritos, os dados coletados nas entrevistas foram analisados com o método fenomenológico empírico, que consiste nas etapas de: I) leitura completa do material para apreensão do seu sentido geral; II) discriminação de unidades de significado referentes ao fenômeno investigado dentro de uma perspectiva psicológica; III) transformação das unidades de significado em linguagem psicológica, utilizando, no caso, a Abordagem Centrada na Pessoa; e IV) descrição da síntese da experiência do sujeito, destacando a estrutura do vivido, ou seja, o que caracteriza esse fenômeno enquanto si próprio (Giorgi, 1985).

Para expor trechos das entrevistas e preservar o sigilo da identidade dos entrevistados, utilizaremos de nomes fictícios, escolhidos pelos próprios participantes da pesquisa. Eles são: Arthur, Raquel, Verdi, Sofia e Juliana, todos psicólogos formados há cerca de um ano durante o período das entrevistas e que atuaram no plantão psicológico, em média, por pouco mais de um ano, durante o final da graduação em psicologia. Não serão expostos outros dados sociodemográficos visando preservar a identidade dos participantes, considerando o quantitativo reduzido de entrevistados e a relativa facilidade de identificá-los na instituição. A pesquisa foi aprovada por um comitê de ética em pesquisa, iniciou a coleta de dados após sua aprovação e adotou todas as normas e cuidados éticos previstos (CAEE: 66408122.5.0000.0018, Parecer: 5.894.367).

Resultados e discussão

Dividiram-se os resultados em duas dimensões, dimensão clínica e dimensão experiencial, que reúnem as unidades de sentido elaboradas durante a análise dos dados. Essa divisão foi realizada em função da riqueza de experiências relatadas pelos participantes da pesquisa durante as entrevistas, que majoritariamente se referiam ou às configurações clínicas do atendimento ou a sua própria experiência pessoal durante a escuta do sofrimento do cliente que considerou o suicídio. Ressalta-se, portanto, que não se trata de uma definição categorial prévia, mas uma compreensão que emergiu durante a etapa de implicação fenomenológica da pesquisa. Entretanto, destaca-se que ambas dimensões dialogam entre si, visto que, a partir de uma leitura fenomenológica, compreende-se que o contexto relacional intersubjetivo, no qual as experiências subjetivas são vividas, é estabelecido em função das configurações clínicas – na medida em que aquilo que comparece durante o atendimento ganha contornos específicos e próprios na relação terapêutica que se estabelece –, assim como as respostas e intervenções terapêuticas são evocadas pela experiência relacional entre cliente e terapeuta, emergindo daquilo que vai ganhando forma no setting terapêutico. Fundamenta-se esta concepção a partir da noção de que a clínica não é um espaço de observação neutra, mas sim um encontro vivo de duas corporeidades, recorrendo à noção de intercorporeidade (Merleau-Ponty, 2018).

Descrevem-se quatro unidades de sentido que se referem às atitudes clínicas dos plantonistas, categorizadas na dimensão clínica, são elas: 1) Avaliação de Risco de Suicídio; 2) Envolvimento Existencial; 3) Aceitação Incondicional e Compreensão Empática; e 4) Percepção das Atitudes Facilitadoras. Destaca-se que foram organizadas pelos pesquisadores em um continuum temporal, na medida em que se articulam no atendimento de forma que uma precede a outra e dá condições para a seguinte. Ou seja, após avaliar o risco de suicídio, primeiro passo desse tipo de atendimento, os terapeutas se envolveram existencialmente no relato do cliente, o que facilitou sua compreensão das vivências do cliente e possibilitou que se comunicasse sensivelmente sua atitude de compreensão empática.

Ademais, distinguiram-se quatro unidades de sentido agrupadas na dimensão experiencial, que se referem à experiência subjetiva do terapeuta ao longo do atendimento. Da mesma forma, as unidades foram organizadas de acordo com a processualidade temporal do atendimento, são elas: I) Reações à ideação suicida; II) Ressonância Emocional; e III) Vivência Subjetiva da Empatia. Entretanto, o encadeamento dessas experiências possui uma flexibilidade maior, outro destaque é a coexistência de categorias alusivas à compreensão empática nas duas dimensões, constituindo-se como um ponto de articulação direta entre ambas, que são vividas de forma entrelaçada pelo plantonista.

Avaliação de Risco de Suicídio

Todos os terapeutas entrevistados se preocuparam em realizar a avaliação de risco, muitas vezes se referindo a ela como um "checklist" de perguntas importantes – principalmente acerca do questionamento direto sobre a ideação suicida, mas também sobre o histórico de tentativas de suicídio, sobre o planejamento do suicídio, sobre o acesso aos meios e sobre a existência de uma

rede de apoio. Ao ser questionada sobre mudanças no atendimento após confirmar que se trata de uma ideação suicida, Juliana comentou que:

> Primeiramente, comigo mesma foi um trabalho de quebrar esse tabu de falar sobre suicídio, né? (...) mas eu percebi com o plantão que é necessário sim (...). E perguntar se tem algo elaborado, qual a frequência com que ele pensa nisso? Se ele tem meios para realizar (...), como ele pode estar cometendo isso, quais são as situações? Tem alguma situação que possa fazer com que essa vontade seja maior? (...) Eu sempre também pergunto da rede de apoio que ele possui amigos, família, tudo mais.

Nota-se também, no relato dos participantes, o tabu a respeito do suicídio e o cuidado para abordar o tema de forma sensível, pois é um assunto delicado, mas que deve ser questionado diretamente. Entretanto, a avaliação de risco não se trata de algo fixo ou pré-determinado, mas sim construída com o cliente no contexto da relação, Arthur esclareceu:

> Não, não existe um roteiro em si, mas eu sei que toda vez que fiquei tipo… "OK possibilidade de ideação suicida", eu faço aquelas orientações (...) de realmente verificar se é uma possibilidade (...), é realmente isso que eu tô entendendo? Quais são os meios em que isso pode acontecer? Como é que está toda essa situação? (...) É um roteiro de um jeito ou de outro, mas esse roteiro quer uma forma livre. Não é uma pergunta que tem que ser feita uma atrás da outra, vai dependendo de cada situação.

Outro destaque foi a busca por estratégias para lidar com a crise. Juliana relatou: "Aí a partir disso, (...) eu busco estratégias com o cliente, dependendo do que for a situação, quando vem isso, que outra estratégia, pra que outra função ou atividade pode estar remanejando às vezes essa que mobiliza ela ao suicídio". Dessa forma, a avaliação de risco e o relato do cliente são articulados como elementos fundamentais para o desenvolvimento de intervenções clínicas, visando a preservação da vida e o manejo de crises.

Além disso, Verdi apontou: "Acho que tem essa questão também no final da sessão (...) de você ver como é que a pessoa está, como é que ela se sente, como se sentiu ao falar de todas essas coisas que são sensíveis e checar com ela como que ela está saindo". O que levanta a possibilidade de que a avaliação também possa ser retomada ao fim da sessão como medida de segurança e como forma de cuidado, de interesse no estado emocional do outro, especialmente considerando o contexto de plantão psicológico. Além de que é a avaliação de risco que indica possíveis encaminhamentos para outras instâncias ou serviços como forma de assegurar a continuidade do cuidado ou como resposta institucional.

Sobre a avaliação de risco, Botega (2023) elucida de que não se trata de uma previsão sobre quem irá ou não tirar sua própria vida, mas sim à probabilidade da ocorrência de um suicídio, considerando a escalada de comportamentos suicidas. Dessa forma, o autor pontua que não se pode fazer essa estimativa com precisão e que sua vantagem é voltada para a priorização de ações terapêuticas, reconhecendo que o risco não é estático e pode variar diante de situações estressoras. Assim, fundamenta-se o seu uso no atendimento a pessoas com ideação suicida em serviços de saúde, inclusive no plantão psicológico. Os participantes ressaltam que esta deve ser conduzida com fluidez, não aprisionada a roteiros ou escalas, de forma que se respeite a singularidade de

cada cliente, mas que se façam as perguntas que devem ser feitas, como: se de fato o cliente se refere a uma ideação suicida em seu discurso, se há histórico prévio de tentativas de suicídio, se há um planejamento suicida, se há acesso aos meios e se há uma rede de apoio. Assim, deve-se superar o tabu sobre o tema, abordando-o diretamente, porém, sempre com sensibilidade.

Bertolote, Mello-Santos e Botega (2010) apontam que a entrevista clínica é o melhor método para avaliar o risco suicida, objetivando simultaneamente o apoio emocional, o estabelecimento de vínculo e a coleta de informações; dados epidemiológicos; aspectos psicodinâmicos; antecedentes pessoais e familiares; rede de apoio social, entre outras. De forma resumida, Botega (2023) propõe que a avaliação de risco de suicídio contemple 1) o que está acontecendo, abordando os eventos precipitantes e estressores, a motivação para o suicídio e o significado associado ao morrer; 2) avaliação do estado mental atual, com ênfase na identificação de afetos intensos e constrição cognitiva; 3) avaliação da intencionalidade suicida, como o plano e sua letalidade; 4) identificação de fatores de risco, como o histórico de transtornos mentais e de tentativas prévias; visando a 5) formulação do risco de suicídio e do manejo indicado – todas essas etapas são precedidas pelo estabelecimento do vínculo.

Por sua vez, Fukumitsu (2014), referindo-se à psicoterapia, propõe fases do manejo clínico, a saber: 1) perguntar e explorar, na qual se escuta atenciosamente ao sentimentos do cliente, avalia-se o risco de suicídio e se explora a intencionalidade e letalidade do plano suicida; 2) compreender, confirmar e acolher, na qual busca se compreender o significado da ideação suicida, acolhendo os seus sentimentos, explorando as ambivalências entre morrer e viver de outra maneira; e 3) encaminhar e acompanhar, na qual se orienta o cliente e sua família, respondendo suas dúvidas, e se realiza o encaminhamento para outros profissionais ou, se necessário, para internação em momentos de crise. Assim, a avaliação de risco orienta o plantonista diante da ideação suicida, ela inicia na busca ativa da confirmação de que há uma ideação suicida e se trata de um procedimento que contribui para esclarecer o que fazer, o que não fazer, como fazer e como não fazer, permitindo que o terapeuta reúna informações sobre o cliente por meio da escuta sensível – possibilita melhores encaminhamentos e pode contribuir para a construção de um plano de segurança diante de uma crise suicida.

Envolvimento Existencial

Essa unidade inspira-se na etapa de mesmo nome de pesquisa fenomenológica proposta por Forghieri (1993), refere-se a atitude clínica praticada ao longo da escuta do relato do cliente, após e durante a realização da avaliação de risco, mas também durante todo o atendimento, na qual se recorre não a uma atitude intelectualizada, mas sim a uma compreensão global, intuitiva e pré-reflexiva da vivência do cliente. Portanto, a atitude descrita nessa unidade de sentido corresponde à tentativa de se aproximar da experiência vivida do outro e de suspender as afetações que poderiam atrapalhar o atendimento, às quais podem ser retomadas e expressas após o atendimento ou durante a supervisão.

Além disso, essa aproximação provoca um impacto no terapeuta, que se vê envolvido com o relato do cliente e que também pode se emocionar em função desse envolvimento. Porém, relatam que essas sensações devem ser experienciadas após o atendimento. Arthur compartilhou que “Na verdade sendo bem sincero, eu acho que após todas as questões, as verificações dos devidos

encaminhamentos, vem um baque muito forte, (...) lidar com essa ideia de morte também pesa muito." e Raquel completou:

> No momento a gente não se desmontava, estava claro que aquilo mexia com a gente, mas a gente estava assim (...) "não, eu quero ajudar essa pessoa, eu quero estar aqui" então era como se eu me colocasse tão assim próximo dela que eu meio que sabe me anestesiava no momento e aí quando eu terminava o atendimento parece que caia tudo assim, (...) parece que tu desliga um pouco porque tu precisa ajudar, sabe?

Neste relato, as ideias de "desmontar", de "proximidade", de "anestesia" e de "desligar" expressas pela participante da pesquisa chamam atenção, referindo-se às ideias centrais da unidade em questão, ou seja, o envolvimento com o mundo vivido do cliente e a suspensão temporária de afetos, que podem ser retomados posteriormente. Além disso, nota-se a intencionalidade da presença, da disponibilidade e do desejo de ajudar o cliente, experiências que não podem ser simuladas ou fingidas, mas apenas sinceramente vividas.

Constata-se que o envolvimento existencial inicia nas reações à ideação suicida, mas é possibilitado por meio da escuta e esta, por sua vez, promove a ressonância emocional. Amatuzzi (1990) esclarece que realmente escutar o outro significa escutar o significado real do que foi comunicado, não apenas o que se disse, mas o que se quis dizer, inclusive para além das palavras e mesmo quando por meio delas – portanto, o ouvir vem antes do falar, é o ouvir que envolve, afeta e faz sentir a necessidade de resposta. Por conseguinte, para o autor, ouvir é estar em relação com o outro, é presença, é abrir-se para o outro, vivência pré-verbal e experiencial que instaura a relação, o contato psicológico e a necessidade de resposta. Nessa direção, O'hara (1983) pressupõe que assumir que não se sabe quase nada sobre a "natureza humana" é o passo inicial para o encontro terapêutico, reconhecendo a complexidade e a singularidade do outro, algo que só é possível ao acreditar na capacidade dos seres humanos de se autorregular. Consequentemente, a autora acredita que não é necessário "consertar" nada no cliente, que precisa do terapeuta não pelo que ele pode fazer, mas por sua presença, que rompe a alienação, o desespero e o isolamento.

As reflexões dos autores citados anteriormente fundamenta, do ponto de vista teórico, as experiências relatadas das sensações de "anestesia" ou de "desligamento" durante a escuta do relato dos clientes. Nesse sentido, compreende-se que correspondem ao encontro com o outro, à abertura ao mundo do outro e à escuta completa e visceral do significado do discurso e do sofrimento do cliente, no qual a presença do terapeuta se manifesta por meio da atenção plena e da emergência das necessidades de resposta, de oferecer cuidado e de que o outro perceba que não está sozinho. Assim, o envolvimento existencial aqui descrito é promovido pela escuta, pela consequente ressonância emocional e pelo contato experiencial com a vivência relativa à ideação suicida, constituindo uma etapa fundamental para o processo de compreensão empática e para que realmente se escute uma outra pessoa. Principalmente, na medida em que aquele que escuta é envolvido e afetado pela história do outro, o que consequentemente influi em suas respostas terapêuticas, cuja eficácia é sentida como urgente devido a possibilidade não se encontrar mais com o cliente – seja pela possibilidade de suicídio, seja pela configuração própria do serviço de plantão psicológico.

Aceitação Incondicional e Compreensão Empática

Partindo da experiência de empatia sentida pelo terapeuta, pode-se então dimensionar as atitudes de consideração positiva incondiconal e de compreensão empática. Rogers (2008) estabelece seis condições para a mudança terapêutica da personalidade. Dessas condições, três se destacam como atitudes do terapeuta, conhecidas como atitudes facilitadoras: a compreensão empática, a aceitação ou consideração positiva incondicional e a autenticidade ou congruência. Rogers (1991) define a congruência como a condição em que os sentimentos do terapeuta estão disponíveis para ele em sua consciência, que pode vivê-los e comunicá-los, se for o caso; a consideração positiva incondicional como uma atitude calorosa, positiva e de aceitação ao que o cliente vive, não impondo o que ele deveria sentir ou fazer; e a compreensão empática como a apreensão dos sentimentos e significados vividos pelo outro tal como os sente na qual se consegue comunicar ao menos algo dessa compreensão ao cliente.

Foi unânime, por parte dos participantes, que a aceitação incondicional da experiência do cliente e a compreensão empática são fundamentais no atendimento a clientes com ideação suicida, inclusive por conta do sistema teórico utilizado pelos ex-plantonistas. Além de que se supõe que essa postura vai na contramão do que ocorre comumente na sociedade ao se referir a ideação suicida. Dessa forma, compreende-se que constituem elementos estruturantes da relação terapêutica e que possuem singular relevância no atendimento a clientes com ideação suicida, apesar de sua simplicidade. Sofia afirmou que:

> Acho que é uma coisa que é comum, (...) tentar sentir as emoções do jeito [que o cliente sentia] e tentar expressar o que eu estava sentindo também pro cliente e ao mesmo tempo não (...) parecer muito chocada tipo “ai meu Deus você está pensando em se matar” (...) realmente ter esse cuidado de não julgar o cliente.

Assim, relata-se também um cuidado na comunicação dessa experiência, objeto da próxima unidade de sentido. Associada a empatia, também está a atitude de não julgamento da experiência do cliente, o que permite a sua compreensão, especialmente diante da ideação suicida, alvo de tantos julgamentos morais. Outra questão diz da humanidade promovida pelo esforço empático, conforme Arthur compartilhou:

> Durante o atendimento com ideação suicida, você não pode ser uma pessoa fria, né? (...) Eu imaginava que eu poderia mudar e sei lá ser um pouco mais objetivo em algumas questões, mas eu fui percebendo (...) que eu continuo sendo a mesma pessoa, não importa se seja terapeuta. (...) Eu continuava sendo o Arthur-plantonista, Arthur-pessoa, Arthur-terapeuta. Eu me mantinha a mesma pessoa, que é preocupada com essa outra pessoa que está vindo atrás de mim solicitando uma ajuda, uma escuta.

Esse relato também reflete sobre a necessidade de autenticidade na compreensão empática, ou seja, deve-se tratar de uma disposição genuína por parte do terapeuta, uma compreensão empática autêntica, realmente interessada na vivência do outro. Assim, pode-se questionar a ideia exposta sobre uma suposta neutralidade do terapeuta. Por fim, também aponta-se a urgência de compreender a experiência do cliente, mobilizada em função da ideação suicida, tema que

Arthur expôs " (...) quando eu percebia que esse fenômeno da ideação suicida aparecia, ficava um pouco mais atento, mais orientado em realmente ter uma compreensão e sempre confirmar se era realmente aquilo [que eu estava entendendo]".

Bowen (1983) defende que as atitudes do terapeuta estão intrinsecamente interligadas e que sua divisão é apenas didática, pois precisam coexistir para promover o clima psicológico que facilita as mudanças descritas por Rogers. Assim, compreende-se que não se pode simular qualquer uma dessas atitudes ou alegar uma suposta neutralidade ou imparcialidade, é necessário que a consideração positiva incondicional e a compreensão empática sejam autênticas, assim como que se aceite a experiência do outro de forma incondicional para que se possa realmente compreendê-la empaticamente.

Percepção das Atitudes Facilitadoras

Ademais, após compreenderem a situação vivida pelo cliente, nota-se o empenho dos terapeutas em comunicarem a sua compreensão empática, ou de sua tentativa de compreensão, ao cliente. Dessa forma, objetiva-se, do ponto de vista teórico, que o cliente sinta-se seguro psicologicamente para vivenciar sua experiência e explorar a si mesmo. Porém, esse empenho torna-se mais evidente no contexto de plantão, visto que se trata, muitas vezes, de um primeiro e único contato entre cliente e terapeuta, que não se conhecem. Sofia apontou que:

> Com clientes que não se sentiam tão confortáveis, tinha muito essa questão de tentar estabelecer a relação para ser o mais confortável possível (...), pra ele conseguir falar de um tema que muito provavelmente ele não conseguia falar com mais ninguém. (...) Então eles vinham com essa resistência pro plantão e a minha abordagem era justamente pra tentar acolher essa dor dessa pessoa e tentar fazer com que ela sentisse que essa dor estava sendo respeitada, estava sendo compreendida dentro da sessão.

Destaca-se a dificuldade comunicativa de se verbalizar sobre o suicídio como uma questão significativa que pode ocorrer nesse tipo de atendimento. Nesse contexto, a percepção, por parte do cliente, das atitudes facilitadoras contribui para que o tema seja abordado. Após indagação do pesquisador se seria um esforço de ofertar as condições facilitadoras, Sofia complementou:

Não, seria mais um cuidado. Ajustar o cuidado, porque a gente tem a nossa forma de agir com o cliente, né? (...) Eu vou [me] ajustar de uma maneira que o cliente consiga compreender melhor que essas condições estão presentes na relação e que ele tem um espaço que é seguro e livre pra falar (...).

Assim, nota-se que, para Sofia, trata-se de algo singular a cada cliente, ou seja, que o estabelecimento da relação terapêutica é diferente para cada cliente, ao mesmo tempo em que se preserva sua autenticidade, seu jeito de ser terapeuta. Dessa forma, implica-se que a experiência vivida na relação terapêutica é soberana nas intervenções clínicas. Além disso, Arthur pontuou que a percepção das atitudes do terapeuta facilita que se fale desse tema:

> Eu tive que realmente criar essa condição facilitadora de que "aqui é um ambiente seguro, um ambiente em que eu posso ser eu (...), eu posso dizer que eu quero me matar, eu posso dizer que eu estou pensando em me matar e não me sentir julgado".

Por conseguinte, ressalta-se o papel do plantonista na promoção de um ambiente facilitador para a expressão de vivências de pessoas com ideação suicida. Portanto, o reconhecimento desse papel na relação terapêutica, considerando a demanda de comportamento suicida, desloca o terapeuta, exigindo seu posicionamento na relação. Raquel, por exemplo, sobre suas mudanças ao confirmar a ideação suicida, expôs que:

> Eu acho que eu tentava ser mais acolhedora. Não é como se eu não fosse sempre. Mas nesse momento eu sentia a necessidade de estar mais ainda, sabe? Me conectar mais ainda, me segurar a tudo que essa pessoa está falando (...). Como segurar a mão da pessoa e falar "você pode contar comigo, (...) eu estou aqui, eu estou disponível, (...) eu estou escutando, eu não sei como é estar aí, mas eu vou fazer o máximo possível pra te acolher". (...) Como se normalmente a gente está um de frente pro outro e eu saísse de lá e sentasse do lado dela, da pessoa.

Ressalta-se, dessa forma, que a comunicação da compreensão empática é possibilitada e emerge em função do envolvimento existencial e da autenticidade das atitudes facilitadoras, pois reflete a preocupação genuína e a necessidade, talvez urgente, de ajudar o cliente – visto que, para a Abordagem Centrada na Pessoa, a atitude do encontro clínico corresponde a uma ética das relações e não a uma técnica ou um fazer mecânico, mas sim uma forma de ser na relação com o outro (Amatuzzi, 2012). Porém, destaca-se que a urgência sentida dessa situação é intensificada devido à gravidade da demanda – a ideação suicida. Arthur também expressou um tipo de cuidado em sua comunicação:

> Precisamos ter respeito com essa dor, a gente não vai entrar, desvirar tudo aquilo e sair. (...) A gente tem que entrar quando é permitido (...). Não deixar marcas, não deixar feridas abertas. Então tipo é um mergulho (...). E não é um mergulho rápido, não é algo que vá trazer choque àquela pessoa. É sempre tendo o maior cuidado.

Por meio da metáfora do mergulho, expressa-se o cuidado com o cliente, não apenas na abordagem do tema, mas na intervenção terapêutica e na comunicação das percepções do terapeuta, algo similar a um cuidado de não re-traumatizar o cliente. Como consequência, Raquel destacou outro elemento significativo: "E a gente tem que respeitar a autonomia da pessoa. (...) Não tem como eu prender a pessoa. 'Ah, não, você vai ficar até você me contar tudo'. (...) tem que confiar mesmo na autorregulação, a gente tem que confiar no cliente".

Destaca-se que o estabelecimento da sexta condição estabelecida por Rogers (2008) foi preocupação central dos ex-plantonistas, que não se permitem "relaxar", "correr riscos" ou "perder palavras" na escuta do cliente, visando efetivar essa condição e confirmar a sua efetivação, ou seja, confirmar que sua aceitação e sua empatia estão sendo percebidas pelo cliente. Para cumprir esse objetivo, o uso da resposta reflexo – técnica de comunicação empática– aliada à qualidade da comunicação, promove o contato do cliente com sua própria experiência, evitando-se a

interpretação e a imposição de valores. Apesar de sua relevância, deve-se tomar cuidado para que não se transforme em tensão, de forma que se possa artificializar o atendimento – a atenção do terapeuta ao cliente deve fortalecer a dimensão do cuidado, não se transformar em preocupação técnica que oculte as atitudes facilitadoras e dificulte a presença do terapeuta.

Reações à demanda de ideação suicida

Em um primeiro momento, identifica-se que a reação de alguns dos ex-plantonistas, ao se depararem com a demanda de ideação suicida no atendimento, foi de espanto ou de choque, principalmente em função da forma como o cliente se expressou. Relatam que há clientes que falaram da ideação suicida de uma forma fria, factual, simples, como se fosse algo qualquer, sem importância e há aqueles que falaram de uma forma sorridente. Verdi sintetiza:

> Teve momentos em que o relato da ideação suicida me causou algum tipo de choque, espanto com a forma como a pessoa está falando sobre se machucar. Alguns clientes falam sobre isso de uma forma muito seca, muito fria. Ao contrário de outros que falam de forma muito emocionada, chorando. E algumas pessoas falam como "eu não ligo pra mim mesmo, então eu já pensei em me matar, já tentei, então é isso mesmo".

Em primeiro lugar, ressalta-se que reações emocionais diante da demanda de ideação suicida são esperadas por parte do terapeuta, independente do contexto do plantão psicológico. Zana e Kóvacs (2013) afirmam que o atendimento a esse tipo de paciente mobiliza o profissional de saúde, provocando sentimentos de impotência e inclusive de desprezo, considerando que os profissionais são treinados para a manutenção da vida, além de que sentimentos de culpa, raiva e ansiedade podem emergir quando o suicídio é realizado. Destaca-se no relato dos participantes que há uma certa expectativa sobre a forma que o cliente deve comunicar seus pensamentos suicidas, como se houvesse um "jeito certo", inclusive de sofrer, atrelado a um juízo de valor negativo. Assim, outras formas de comunicação, que não a esperada, podem provocar reações inesperadas.

Outros participantes da pesquisa também acrescentaram o medo como parte reação inicial, até mesmo referindo-se como algo desesperador, visto que compartilham de ideias sobre a valorização da vida e de uma subjetivação por meio do discurso de vida acima de tudo, de evitar a morte e de até evitar falar sobre ela, ainda mais quando autoinfligida. Levanta-se a hipótese de que essa sensação emerge em função não apenas da demanda, mas que também possa ser influenciada pelo contexto de estágio e pela inexperiência dos plantonistas. Outra hipótese é a dificuldade de lidar com a morte na cultura ocidental e em sociedades ocidentalizadas. Sofia relatou que:

> Acho que fica primeiro um choque né, que vem um pouco desse medo tipo de… "meu Deus o que que eu faço?" (...) Não tem uma matéria que ensine como é que a gente tem que agir, né? (...) sempre naquele medinho tipo "caramba se eu não conseguir lidar com isso, talvez, será que eu posso acabar piorando a situação do cliente?" Porque eu (...) estou aqui pra fazer com que ele saia se sentindo melhor do que ele entrou.

Outra reação emocional dos plantonistas foi o nervosismo, em função da gravidade da demanda, mas também de lacunas em sua formação. Alguns mencionaram sensações corporais, como "frio na barriga", citaram certa hesitação de adentrar o assunto e pensamentos ansiosos que antecipam as intervenções clínicas do atendimento, como a avaliação de risco e a compreensão empática, na tentativa de preparar-se para realizá-las. Acerca da questão, Juliana enumerou as causas, mas também apontou soluções:

> Bom, por ser o plantão psicológico da universidade e a gente está ainda no papel de estudante, de estar aprendendo, sempre bate um nervosismo. Primeiro por estar atendendo mesmo, né? (...) Mas além disso tem uma demanda muito pesada e aí tu sabe que dependendo de como for a tua conduta (...) aquilo vai afetar aquela pessoa de uma forma (...) que talvez ao invés de ajudar, tu acabe piorando um pouco a situação (...) e aí tem a importância da gente ter a supervisão, da gente ter um espaço pra falar sobre os atendimentos, de até ter a própria equipe ali pra gente poder conversar.

Assim, os participantes também expuseram que seu nervosismo emergiu em função da responsabilidade que há nesse tipo de atendimento, que implica em uma expectativa de performance, ou seja, que o atendimento seja efetivo. Também se preocupam com a forma que suas respostas afetariam o cliente, como se a responsabilidade pela decisão pelo suicídio estivesse temporariamente compartilhada. Entretanto, Fukumitsu (2014) pontua que não se deve retirar o outro de seu desespero a qualquer custo ou simplesmente convencê-lo a não se suicidar, mas deve-se respeitar a responsabilidade existencial do sujeito e ofertar uma relação que facilite a ressignificação do que vive e possibilite a busca por soluções alternativas para seus conflitos, consciente de que a decisão é apenas do outro.

Também verifica-se que a participante apontou a supervisão e a disponibilidade da equipe que atua no serviço como fonte de apoio e de suporte para os plantonistas diante das inseguranças, do nervosismo e de eventuais despreparos de sua formação, assim como dos atravessamentos emocionais que podem afetar o terapeuta como consequência do envolvimento existencial. Teixeira, Mesquita e Espírito Santo (2024) relatam que a supervisão de plantão psicológico, além de permitir a reflexão sobre sua atuação clínica, pode ser uma oportunidade para o plantonista integrar as experiências que viveu no atendimento à sua estrutura de *self*. Assim como a participante da pesquisa, os autores sugerem a supervisão como suporte capaz de intervir nas inseguranças do terapeuta, inclusive diante de identificações emocionais com os clientes. Destaca-se que a disponibilidade para lidar com o inesperado caracteriza o plantão psicológico (Mahfoud, 2012), de forma que as angústias suscitadas nesse tipo de atendimento também podem ser elaboradas na supervisão.

Além disso, os participantes levantam um ponto importante, que diz respeito ao preparo que as instituições de ensino superior e grades curriculares do curso de graduação em Psicologia oferecem para lidar com demandas de suicídio, seja qual for o contexto. O Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2013) discute que a temática da morte em si é pouco abordada nas graduações em Psicologia e em cursos de saúde, não há essa preocupação de modo geral, ainda mais tratando-se do suicídio. Entretanto, essa é uma demanda clínica significativa, da qual não se tem controle se aparecerá ou não nos estágios clínicos. Portanto, deve-se revisar a sua inclusão nos projetos

pedagógicos de curso, visando preparar os alunos para sua identificação, prevenção e intervenção, reconhecendo ainda a sua relevância para a formação em psicologia, visto os sentimentos de insegurança que atravessam os estagiários ao se depararem com essa demanda.

Ressonância emocional

Essa unidade de sentido compreende as experiências de mobilização pessoal que os plantonistas viveram durante a escuta clínica, referindo-se a intensidade do atendimento e a urgência mobilizada pela demanda de suicidio e pelo sofrimento do cliente, atravessados ou não por suas próprias vivências pessoais. De forma que corresponde à experiência subjetiva do terapeuta durante a atitude de envolvimento existencial. Sofia comparou que:

> Eu acredito que entrar em contato com pessoas com ideação suicida é uma coisa um pouco mais intensa, porque você está ali naquela situação do plantão… você não sabe se a pessoa vai voltar, você só tem aquele primeiro e único encontro, então é um espaço muito mobilizador para ambos, tanto para o terapeuta quanto para o cliente.

Destaca-se o contexto de plantão psicológico como desencadeador dessa mobilização do terapeuta, não apenas a demanda em si, pois o plantonista lida com a imprevisibilidade e com incerteza de um novo encontro com o cliente, que pode vir a se matar. Arthur, por outro lado, compartilhou: “pra mim é algo que é pesado e eu acho importante que seja pesado, porque isso faz eu me sentir mais atento a essa questão, porque faz eu perceber que eu tenho respeito por esse assunto”. Além disso, sentimentos mobilizados na escuta podem emergir no campo perceptual do terapeuta, Verdi compartilhou que:

> Eu lembro de uma cliente que eu senti muita impotência, porque ela estava vivendo uma situação em que a ideação suicida parecia realmente como o único caminho, falando disso não objetivamente, mas do ponto de vista subjetivo. De como parecia que as violências que ela estava sofrendo (...) pareciam que não tinham solução.

Por conseguinte, os atravessamentos psicossociais do cliente, como a violência, constituem elementos significativos não apenas na origem do seu sofrimento e no encadeamento de seu discurso; representam ainda um ponto chave para a escuta clínica do plantonista. Porém, essa escuta impacta pessoalmente o profissional, que é afetado pela dor do outro, resultando em reações emocionais. Além disso, nota-se que essa reação pode possuir um valor negativo, como a impotência referida pela participante da pesquisa.

Vivência Subjetiva da Empatia

Essa unidade corresponde a experiência subjetiva vivida durante a compreensão empática exercida ao longo do atendimento, ou seja, o que os terapeutas sentiram ao exercitarem a empatia durante a escuta dos clientes. Portanto, dialoga com a unidade clínica de Aceitação Incondicional e Compreensão Empática. Assim, também compreende a identificação do terapeuta com as dores do cliente, embora essa experiência não tenha sido relatada com frequência. Sofia exemplifica:

Eu atendi uma cliente que tinha relato de abuso sexual (...). Ela começou a se emocionar e eu comecei a me emocionar. E eu acho que isso foi muito importante pra ela entender que essa dor que ela estava sentindo era compreendida ali dentro (...) e que eu entendia o porquê aquela dor estava presente.

Verifica-se, no relato de Sofia, que a emoção compartilhada inclusive se constitui como intervenção terapêutica, na medida em que a mobilização emocional da terapeuta foi percebida pela cliente e legitimou sua dor, algo que vai de encontro a figura de suposto saber, neutralidade e afastamento atribuída ao psicólogo. Arthur sintetiza que "A gente que sente a empatia, sofre muito. Acho que isso se destaca depois de um atendimento de ideação suicida".

Kinget (1975) descreve a empatia como um tipo de ressonância ao sentimento do outro, na qual se apreende os aspectos cognitivos e emocionais de sua experiência e no qual se participa dessa experiência nos termos do próprio indivíduo que a experimenta, porém mantendo uma independência emocional. Dessa forma, sentir os sentimentos do cliente e vivê-los junto ao cliente é parte da atitude de compreensão empática, corresponde à empatia, uma vivência da subjetividade do terapeuta. Por mais que se fundamente esse processo teoricamente, ele corresponde a uma consequência natural da escuta significativa do cliente.

Descrição da estrutura do vivido

Diante do exposto, verifica-se que o manejo clínico e as experiências subjetivas dos plantonistas ocorrem simultaneamente e articuladas entre si, tal qual uma dinâmica figura-fundo, na qual a configuração clínica do plantão psicológico e a experiência vivida do terapeuta (fundo) possibilitam a intervenção clínica (figura). Dessa forma, a temporalidade do atendimento e o fluxo de vivências são elementos fundamentais para se compreender o atendimento a pessoas com ideação suicida no plantão psicológico. Assim, verifica-se que o primeiro contato com essa demanda, geralmente mediada pelo sofrimento, provoca uma reação no plantonista, que pode ser de choque, nervosismo, insegurança ou até mesmo medo. Após esse primeiro momento, o plantonista confirma que se trata mesmo dessa demanda e/ou realiza a avaliação de risco de suicídio, envolvendo-se existencialmente com o relato do cliente, por meio da escuta clínica, ressoando suas emoções e experienciando subjetivamente a empatia, de forma que expresse aceitação positiva incondicional pelo que o cliente vivencia e compreenda-o empaticamente, esforçando-se para que o cliente perceba suas atitudes.

Considerações Finais

Conclui-se que o atendimento de plantão psicológico a pessoas com ideação suicida foi pautado em intervenções clínicas sustentadas nas atitudes facilitadoras, desde a avaliação de risco de suicídio, o acolhimento da demanda até o encaminhamento para outros serviços. Destaca-se que a comunicação da compreensão empática e a percepção da aceitação positiva incondicional constituíram elementos fundamentais para a constituição de um atendimento eficaz e que essas atitudes devem ser genuínas, resultado de um envolvimento existencial, visto que não são possíveis de serem falseadas sem comprometer o atendimento. Dessa forma, uma intervenção prescinde da

outra e é atravessada pelas experiências pessoais que ocorrem durante a escuta clínica, motivando a resposta terapêutica, comunicada empaticamente.

Nesse tipo de atendimento, o plantonista pode reagir emocionalmente à demanda de ideação suicida, sentindo-se assustado, nervoso ou inseguro, mas também motivado a ajudar o cliente, dedicando sua atenção e oferecendo seu cuidado. Assim, ao entrar em contato com a experiência do outro, o terapeuta ressoa as emoções do cliente, dando início ao processo de compreensão empática e experimenta uma sensação de aproximação com a vivência do outro, ou seja, experimenta a empatia em si mesmo antes de comunicá-la ao cliente, refletindo-a por meio da técnica de resposta reflexo. Em relação ao contexto de plantão psicológico, aponta-se que este intensifica ainda mais a situação clínica do acolhimento a casos de ideação e de planejamento suicida – sente-se a urgência de uma intervenção efetiva, visto a incerteza de um novo encontro com o cliente e da continuidade de um acompanhamento terapêutico.

Por outro lado, visto que demandas que envolvem o comportamento suicida já são atendidas e continuarão sendo atendidas nesse tipo de serviço, reconhece-o e consolida-o como uma estratégia de prevenção ao suicídio, pois a intervenção clínica em si é capaz de cumprir este papel, porém deve-se atentar para sua articulação em rede a outros serviços e políticas públicas. Assim, confirma-se a potência do encontro proporcionado pelo plantão psicológico no acolhimento e estabilização da crise suicida.

Dessa forma, reflete-se que a escuta de pessoas com ideação suicida necessita ir para além de protocolos, reconhecendo a singularidade da escuta, tal qual são singulares os indivíduos que consideram o suicídio. Portanto, novas pesquisas são necessárias para expandir o estudo do suicídio de forma crítica e ética, desde a compreensão da diversidade de experiências suicidas em si até a análise das possibilidades de escuta clínica. Sugere-se também que novos estudos possam refletir de forma crítica o uso dos fundamentos humanistas na escuta e no acolhimento à crise suicida, como no caso de serviços de apoio emocional, comparando suas apropriações com outros contextos, como o plantão psicológico.

Referências

Amatuzzi, M. M. (1990). O QUE É OUVIR?. *Estudos De Psicologia*, 7(2), 86–97. Recuperado de https://periodicos.puc-campinas.edu.br/estpsi/article/view/7947

Amatuzzi, M. M. (2012). *Rogers: ética humanista e psicoterapia*. 2a ed. Campinas: Alínea.

Ministério da Saúde. (2024). Panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021. *Boletim Epidemiológico*, 55(4). Recuperado em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-04.pdf.

Bertolote, J. M., Mello-Santos, C. de ., & Botega, N. J. (2010). Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 32, S87–S95. https://doi.org/10.1590/S1516-44462010000600005

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

Bowen, M. C. (1987). Psicoterapia: o Processo, o Terapeuta, a Aprendizagem. In: Santos, A. M. dos, Rogers, C. R. & Bowen, M. C. *Quando fala o coração: a essência da psicoterapia centrada na pessoa*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Conselho Federal de Psicologia. (2013). O Suicídio e os Desafios para a Psicologia. Brasília, CFP. https://site.cfp.org.br/publicacao/suicidio-e-os-desafios-para-a-psicologia/

Dutra, E. (2012). Suicídio de universitários: o vazio existencial de jovens na contemporaneidade. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 12(3), 924-937. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812012000300013&lng=pt&tlng=pt.

Feijoo, A. M. L. C. de. (2018). Por um núcleo de atendimento clínico a pessoas em risco de suicídio. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 24(2), 173-181. https://doi.org/10.18065/RAG.2018v24n2.6

Forghieri, Y. C. (1993). *Psicologia fenomenológica: fundamentos, método e pesquisas*. São Paulo: Pioneira.

Fukumitsu, K. O. (2014). O psicoterapeuta diante do comportamento suicida. *Psicologia USP*, 25(3), 270–275. https://doi.org/10.1590/0103-6564D20140001

Giorgi, A. (1985). Sketch of a psychological phenomenological method. In: Giorgi, A. (Org.). *Phenomenology and psychological research*. Pittsburg: Duquesne University Press, 8-22.

Kinget, G. M. (1977). O terapeuta. In: Rogers, C. R. & Kinget, G. M. *Psicoterapia e relações humanas: teoria e prática da terapia não-diretiva*. 2 ed. Belo Horizonte: Interlivros.

Mahfoud, M. (2012). A vivência de um desafio: Plantão Psicológico. In: Mahfoud, M. (org.). *Plantão psicológico: novos horizontes*. 2 ed. São Paulo: Companhia Ilimitada.

Merleau-Ponty, M. (2018). *Fenomenologia da percepção*. 5a ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes.

Minayo, M. C. S. (2010). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12a ed. São Paulo: Hucitec, 261- 297.

O'hara, M. M. (1983). A consciência do terapeuta. In: Rogers, C. R., Wood, J. K., O'hara, M. M. & Fonseca, A. H. L. da (orgs.). *Em busca de vida: da terapia centrada no cliente à abordagem centrada na pessoa*. São Paulo: Summus.

Rogers, C. R. (1983). *Um jeito de ser*. São Paulo: EPU.

Rogers, C. R. (1991). *Tornar-se Pessoa*. São Paulo: Martins Fontes.

Rogers, C. R. (2008). As condições suficientes e necessárias para a mudança terapêutica da personalidade. In: Wood, J. K. et al (org.). *Abordagem centrada na pessoa*. Vitória: EDUFES.

Tassinari, M. A. (2003). *A clínica da urgência psicológica: contribuições da Abordagem Centrada na Pessoa e da Teoria do Caos*. Tese (Doutorado em Psicologia), Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Teixeira, H. S., Mesquita, R. C. & Espírito Santo, P. (2024). Atendimento a clientes com ideação suicida do plantão psicológico. In: Espírito Santo, P. & Teixeira, H. S. (orgs.). *Abordagem Centrada na Pessoa na Amazônia*. Rio de Janeiro: Editora GFH.

World Health Organization (2012). *Public health action for the prevention of suicide: a framework*. 22. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789241503570.

Zana, A. R. de O. & Kovács, M. J. (2013). O Psicólogo e o atendimento a pacientes com ideação ou tentativa de suicídio. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 13(3), 897-921. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812013000300006&lng=pt&tlng=pt.