

	Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal Departamento de Ensino, Pesquisa, Ciência e Tecnologia Diretoria de Ensino Centro de Treinamento Operacional	
	<b>BOLETIM DE INFORMAÇÃO TÉCNICO-PROFISSIONAL</b>	
	<b>Nº 28/2023-CETOP</b>	<b>ÁREA: SALVAMENTO</b>
	<b>DATA: JUNHO/2023</b>	
<b>ASSUNTO: ATENDIMENTO A TENTATIVAS DE SUICÍDIO</b>		

## OBJETIVO

O presente Boletim de Informação Técnico-Profissional visa expor a doutrina e normatizar os procedimentos para o atendimento às ocorrências envolvendo tentativas de suicídio, com base na Nota Técnica do Comitê Nacional de Abordagem técnica a Tentativas de Suicídio (CONATTS) do Conselho Nacional dos Corpos de Bombeiros Militares do Brasil (LIGABOM), elaborada com intuito de consolidar os estudos sobre o tema em âmbito nacional pelos Corpos de Bombeiros Militares.

## INTRODUÇÃO

O suicídio é o ato deliberado de matar a si mesmo. Por outro lado, a **tentativa** de suicídio é descrita como comportamento não fatal, autoinfligido, potencialmente danoso, com intenção de morrer como seu resultado. Uma tentativa de suicídio pode resultar ou não em uma lesão.

O comportamento suicida compreende os seguintes aspectos: ideação, planejamento, tentativa e desfecho. Segundo a Organização Mundial da Saúde, **o suicídio é um fenômeno multifatorial**, compreendendo fatores psicológicos, socioeconômicos, genéticos, culturais, físicos. Posto isso, o fenômeno do suicídio é um **desfecho**, um conjunto de fatores que culminam na tentativa/consumação do suicídio.

O Brasil é o oitavo país em números absolutos de suicídio, com ocorrência de cerca de 10 mil suicídios ao ano. De 2007 a 2017, houve um aumento de 41% na taxa de suicídio por 100.000 habitantes. No Brasil, de acordo com o Boletim Epidemiológico, a faixa etária predominante para tentativas de suicídio é de 20 a 29 anos, enquanto a faixa etária predominante para suicídio completo é a partir de 70 anos. O suicídio, no Brasil, é um problema vigente e, por isso, o país instituiu a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (Lei 13.819/2019).

No ano de 2022, CBMDF realizou 5.589 atendimentos com a natureza “suicídio ou tentativa”, o que resulta em uma média diária de cerca de 15 acionamentos por dia no Distrito Federal.

Sabe-se que para cada suicídio consumado, existem diversas tentativas. **A tentativa é o principal fator de risco para consumação.**

Historicamente as ocorrências de tentativas de suicídio eram atendidas com a premissa de retirar a vítima de qualquer maneira da situação de risco e, por isso, a atuação era voltada para desviar a atenção da vítima a fim de se realizar a contenção física e, conseqüentemente, o resgate. Contudo, conforme citado anteriormente, a tentativa é o principal fator de risco para a consumação, posto isso, os Corpos de Bombeiros do Brasil têm se atentado à questão da **importância do acolhimento para o melhor prognóstico da vítima. Isto porque uma atuação inadequada da guarnição em uma primeira tentativa (como a retirada involuntária da zona de perigo, sem esgotar a intervenção comunicativa) pode aumentar a chance de consumação da vítima caso tenha uma segunda tentativa.**

A abordagem humanizada exige técnica, preparo e muito treinamento para fazer frente aos diversos riscos inerentes a esse tipo de atendimento. Deve ser realizada de uma forma criteriosa para garantir a segurança, tanto para os bombeiros, quanto para o tentante e as demais pessoas presentes nos locais de atendimento. Assim, as intervenções realizadas pelas equipes de salvamento devem cumprir os preceitos técnicos estabelecidos para que se aproveitem todas as chances de sucesso para o convencimento, ou a contenção física do tentante, se necessária.

Nesse sentido, **o presente Boletim de Informação Técnico Profissional visa apresentar um sistema padronizado de procedimentos a serem realizados pelo CBMDF em acordo com a nova tendência de atendimento a tentativas de suicídio de forma técnica, humanizada e alinhada aos preceitos de segurança para as equipes envolvidas na ocorrência.**

Tal doutrina é embasada nos protocolos oriundos da Nota Técnica do Comitê Nacional de Abordagem técnica a Tentativas de Suicídio (CONATTS) do Conselho Nacional dos Corpos de Bombeiros Militares do Brasil (LIGABOM), bem como dos protocolos do Corpo de Bombeiros da Polícia Militar do Estado de São Paulo e do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Ceará, todos adaptados à doutrina e a realidade operacional do CBMDF.

## CONCEITOS E DEFINIÇÕES

Para padronização, seguem alguns conceitos e definições sobre o tema:

**Tentante/Vítima:** Pessoa com intenção de causar a própria morte.

**Método de suicídio:** Meio escolhido/utilizado pelo tentante para a consumação do suicídio.

**Interventor Primário:** Militar responsável pela comunicação estabelecida com a vítima. O militar lançará mão de técnicas de comunicação visando o estabelecimento de vínculo com a vítima e o acolhimento por meio da Intervenção Baseada em Escuta e Diálogo (comunicação assertiva, comunicação não-violenta, escuta ativa).

**Interventor secundário:** Militar responsável por assessorar e acompanhar o interventor primário em todas as ações durante o atendimento da ocorrência, podendo ser acionado em caso de necessidade de substituir o interventor primário. Também atuará na função de segurança na operação na zona quente, sendo responsável por observar o ambiente, identificando as ameaças e vulnerabilidades envolvidas no atendimento e, se possível, gerenciando riscos da cena para atuação segura dos militares.

**Intervenção comunicativa:** Intervenção baseada em escuta e diálogo, pautada na verdade e visando a buscar vínculo com a prática de escuta ativa, comunicação assertiva e não-violenta, técnicas de comunicação verbal e não-verbal e visando realizar o resgate da vítima (retirar a vítima da situação de perigo) de forma voluntária e humanizada, sem a necessidade de uso de técnicas de imobilização. Nesse tipo de intervenção, a tentativa é cessada pela própria vítima que desiste do ato.

**Intervenção por contenção física:** realizada em ocasiões em que a Intervenção Comunicativa se torne contraindicada ou ineficaz, utilizando o poder coercitivo por meio de técnicas de contenção ou imobilização, visando a impedir que a vítima execute o plano de autoextermínio. Nesse tipo de intervenção, a tentativa é cessada pela equipe preparada para realizar a contenção física.

**Vínculo/Rapport:** É a união, relação ou ligação estabelecida entre uma pessoa e outra, no caso entre o interventor e o tentante. O conceito de *Rapport* é originário da psicologia sendo utilizado para designar a técnica de criar uma ligação de empatia com outra pessoa.

**Avaliação Inicial:** Constitui-se do levantamento de todas as informações necessárias para a tomada de decisão em uma emergência e da análise do cenário inicial encontrado. Inicia-se com o despacho da emergência e o recebimento das informações iniciais pela Central de

Comunicações e segue até a confirmação no local do incidente.

**Avaliação de riscos:** Constitui-se do levantamento de todas as informações necessárias para a tomada de decisão em uma emergência e da análise do cenário inicial encontrado. Inicia-se com o despacho da emergência e o recebimento das informações iniciais pela Central de Comunicações e segue até a confirmação no local do incidente. A avaliação de riscos ocorre ainda de forma dinâmica durante todo o desenrolar da ocorrência, até sua finalização.

**Comandante do incidente:** É o militar de maior posto ou graduação, presente no local da emergência, responsável pela gestão de todas as atividades emergenciais, com autoridade e responsabilidade total pela condução das operações.

**Comportamento Suicida:** Todo ato pelo qual um indivíduo causa lesão a si mesmo, independente do grau de intenção letal e do verdadeiro motivo desse ato. O comportamento é concebido a partir de pensamentos de autodestruição por meio de ameaças, gestos, tentativas de suicídio e a própria consumação do suicídio. Os pensamentos e comportamentos suicidas compreendem a ideação (pensamentos sobre matar a si mesmo), o planejamento (ato preparatório de considerar um método específico por meio do qual tem a intenção de se matar) e a tentativa (envolver-se em ações que ocasionam lesões autoprovocadas, nos quais há alguma intenção de morrer em decorrência deles).

**Ideação suicida:** Quaisquer pensamentos, imagens, crenças, vozes ou outras cognições relatadas pelo indivíduo sobre terminar intencionalmente com sua própria vida. O conceito de ideação suicida envolve nuances: desde pensamentos transitórios de que não vale a pena viver a vida, até preocupações intensas sobre o motivo de viver ou morrer.

**Tentativa de suicídio:** As manifestações do comportamento suicida são diversas, iniciando na forte ideação e desejo de morrer, passando pelo planejamento e organização do ato, sendo concretizado no suicídio em si. O suicídio pode ser exitoso ou não e, quando ele não é consumado, passa a ser considerado uma tentativa.

**Desfecho:** Existem 4 (quatro) desfechos possíveis para uma ocorrência de tentativa de suicídio:

Tentativa abortada: quando a própria vítima é demovida da ideia e interrompe a tentativa antes da execução do plano por meio da intervenção comunicativa ou por motivo próprios.

Tentativa interrompida: quando a equipe de intervenção por contenção física age coercitivamente interrompendo a execução do plano.

Autolesão: quando a vítima executa o plano de auto aniquilação, contudo não

obtem sucesso e o ato resulta em lesões para a vítima.

**Consumação do suicídio:** quando a vítima executa o plano e vem a falecer com evidências (explícitas ou implícitas) de voluntariedade consciente para a execução do ato.

**Risco de suicídio:** Informações relevantes e articuladas que possibilitam uma avaliação do prognóstico do atendimento.

**Risco Baixo:** vítima nunca tentou suicídio; ideias de suicídio são passageiras e perturbadoras; não planeja como se matar; transtornos mentais, se presentes, com sintomas brandos e bem controlados; boa adesão ao tratamento psicológico/psiquiátrico; tem vida e apoio social.

**Risco moderado:** caracteriza-se quando há tentativa prévia; presença de transtorno mental; ideias persistentes de suicídio vistas como solução; há presença de pensamentos e planos suicidas, embora não seja de caráter imediato; não é uma pessoa impulsiva; não abusa/depende de álcool e drogas; apoio familiar e social pouco consistente; presença de transtorno mental.

**Risco Alto:** caracteriza-se quando há tentativa de suicídio prévia; depressão grave, influência de delírio e alucinação; abuso/dependência de álcool; desespero, tormento psíquico intolerável, não vê saídas; plano definido de se matar; tem meios de como fazê-lo; já tomou providências para o ato suicida.

**Espaços de comunicação:** É o espaço mínimo que deve ser respeitado em função da segurança, da aceitação de aproximação por parte do tentante, e da comunicação eficaz entre o tentante e o interventor. É um mecanismo importante de mensuração do bom desenvolvimento da intervenção comunicativa.

**Equipe de intervenção por contenção física:** É a equipe preparada para contenção física, composta por militares com capacitações específicas para atuar com segurança na ação proposta, considerando o método de suicídio escolhido, nas ocasiões em que a intervenção comunicativa não se mostre efetiva. A atuação da equipe de intervenção por contenção física requer, a princípio, o acionamento pelo comandante do incidente por meio de sinal combinado ou voz de comando.

**Equipe de intervenção comunicativa:** É a equipe preparada para atuar por meio de intervenção baseada em escuta e diálogo visando a realizar a retirada da vítima da situação de risco. Composta pelo interventor primário e interventor secundário.

**Fatores de risco:** São fatores que, quando presentes, aumentam o risco de a vítima executar o plano de autoextermínio. Possuem natureza variável, com influência genética, elementos da história pessoal e familiar, elementos culturais e socioeconômicos, acontecimentos estressantes, traços de personalidade e transtornos mentais. Alguns fatores constituem características pessoais imutáveis, mas mesmo que não sejam objeto de ações clínicas ou preventivas, são indicadores de risco de suicídio (sexo, histórico de abuso, tentativa prévia). Os fatores de risco podem ser divididos em predisponentes e precipitantes:

**Predisponentes:** São aqueles de natureza crônica, que já ocorreram há algum tempo, contudo ainda exercem influência sobre o comportamento de um indivíduo, podendo contribuir para uma tentativa.

**Precipitantes:** Precipitantes são gatilhos momentâneos de natureza aguda, que podem gerar impulsos para uma tentativa.

**Figura 1 -** Fatores de risco em tentativas de suicídio



Fonte: Os autores.

**Fatores de proteção:** Fatores de proteção são elementos que conduzem a uma vida mais saudável e produtiva, com sensação de bem-estar. Portanto, são fatores que afastam o pensamento do indivíduo de ideações de automutilação/autoextermínio e funcionam como gancho/âncora em momentos de ambivalência, fazendo com que a vítima queira permanecer viva. Assim como os fatores de risco, possuem natureza variável, com elementos da história pessoal e familiar, de cuidado com a saúde pessoal, habilidades para a vida (ex: resiliência), elementos culturais e socioeconômicos, história profissional, religião. É importante ressaltar

que a natureza dos fatores de proteção e fatores de risco é semelhante, portanto, constata-se que são valores individuais e deve haver uma investigação consistente para avaliar se um tema pode ser fator de risco ou proteção para determinado indivíduo.

**Escuta Ativa:** Trata-se de uma das ferramentas de comunicação que pressupõe que, a partir do momento em que uma pessoa conversa com outra, prestando atenção à fala da outra, demonstrando um interesse verdadeiro pelo assunto e, acima de tudo, pela mensagem que está sendo dita e pela realidade do outro, haverá um maior número de interpretações, com o desenvolvimento de habilidades de comunicação que irão favorecer um diálogo linear e eficiente.

**Comunicação Assertiva:** Habilidade de se expressar, colocar o que pensa, sem agressividade, sempre respeitando a si e aos outros, independente do contexto. O comportamento assertivo corresponde ao indivíduo que se mostra ansioso por defender seus direitos, mas, ao mesmo tempo, capaz de aceitar que as outras pessoas também tenham os seus.

**Comunicação não violenta (CNV):** A CNV se apresenta a partir de 4 passos - observação, sentimentos, necessidades e pedidos - técnicas para se relacionar e solucionar conflitos de forma não violenta pessoalmente e profissionalmente. Pautada em um referencial humanista, a teoria parte do pressuposto de que a violência é produzida na sociedade e se reproduz no campo da comunicação humana.

A CNV tem quatro pilares:

Observação: observar fatos sem o julgamento prévio e discriminatório. Observar sem julgar é o primeiro e fundamental passo para uma pessoa não ser violentada.

Sentimentos: constatação de sentimentos e emoções envolvidos em um encontro. Não somente as emoções da vítima, mas principalmente os sentimentos do interventor em crise suicida devem ser levados em consideração uma vez que só é possível atender e acolher bem se, em primeiro lugar, o profissional de segurança pública também se sente bem e apto.

Necessidades: no contexto de toda agressividade existe uma necessidade que não foi atendida. Note-se que não necessariamente um interlocutor deverá resolver o problema do outro, mas só em demonstrar que foi capaz de identificar as necessidades, ele já contribuirá bastante nesse processo.

Pedido: muitas pessoas desejam, mas não sabem pedir. Pedir é um ato de extremo

cuidado e, no caso da tentativa de suicídio, pedir que a pessoa continue vivendo, que ela saia do local de risco, que ela volte seu olhar para possíveis soluções expostas em sua própria fala tem um efeito muito positivo em tais circunstâncias.

**Comunicação não-verbal ou linguagem corporal:** Abrange principalmente os gestos, a postura, as expressões faciais, os movimentos dos olhos e do corpo humano. A atenção na linguagem corporal do tentante permite antecipar seus passos, ações e reações. Exemplos de aspectos da linguagem corporal em vítima de tentativa de suicídio:

Proxêmica: Como o sujeito se coloca no espaço em que ameaça o suicídio, se manifestam por meio de atitudes através do toque, contato visual, mudanças posturais, distância entre indivíduos, etc.

Aparência física: o que está mais “visível” ao se olhar para uma pessoa em ameaça de suicídio? O que as roupas, os acessórios e os objetos que tem consigo dizem acerca dele?

Paralinguagem: qual o volume da voz? Qual a velocidade da fala? Existem pausas? Como é o tom (intensidade) da voz?

Cinésica: Como o corpo da pessoa em ameaça de suicídio transmite a sua dor?

Quais comportamentos podem indicar sofrimento? As expressões faciais, os gestos e seus significados podem ser estudados de acordo com a cultura de uma sociedade.

**Características psicológicas comuns:** As pessoas que tentam suicídio geralmente apresentam três características psicológicas em comum:

**Ambivalência:** há um conflito intenso entre o desejo de morrer e de viver. A vítima vive essa dualidade, em momentos quer o autoextermínio, a fim de dar cabo ao seu sofrimento, e em outros momentos deseja permanecer viva.

Em uma intervenção, o interventor não deve se valer da ambivalência para focar nas incoerências ou incertezas das ações da vítima, ou seja, o interventor não deve pautar sua intervenção tratando o paradoxo entre os pontos positivos (que fazem com que a vítima queria permanecer viva) e o desejo de ceifar a própria vida, focando no fato de que a ação da vítima não faz sentido.

Por outro lado, é a ambivalência que possibilita a intervenção, aliando o interventor com o desejo de viver da vítima. Quanto mais abertamente a vítima puder falar sobre perda, isolamento, desvalorização, menos confusos se tornam suas emoções. Quando a confusão emocional ceder, o paciente poderá se tornar mais reflexivo e ponderador, procurando alternativas para continuar a viver.



**Impulsividade:** O impulso de execução do plano de autoextermínio é transitório, contudo não há uma regra específica para o seu tempo, pode durar poucos minutos ou horas.

Normalmente é desencadeado pela ocorrência de evento(s) negativo(s) que, somados ao estado mental da vítima – sofrimento psíquico, desespero, desesperança, desamparo, etc. – pode acarretar atos impensados pela interferência na capacidade de tomar decisões.

**Rigidez:** Constrição cognitiva, ou seja, considerando a dor psíquica sofrida pela vítima, vivenciada por turbulência emocional intolerável e o desespero e a desesperança de não encontrar alternativas para acabar com o sofrimento, a vítima passa a enxergar o suicídio como o único meio para cessar a dor.

As características são transversais e podem estar presentes ao mesmo tempo e influenciam umas às outras. Um gatilho pode gerar um impulso para a execução do plano, que está sedimentado na mente da vítima por meio do pensamento rígido e o desejo ambivalente de morrer pode acarretar uma consumação, por exemplo. Ou seja, é de extrema importância o conhecimento e a assimilação desses conceitos para compreensão e avaliação do estado da vítima.

**Alucinação:** Percepção clara e definida de um objeto (voz, ruído, imagem) sem a presença de objeto estimulante real. São percepções irreais dos sentidos (visão, audição, etc.).

**Delírio:** O paciente possui crenças exageradas, irrefutáveis. Há certeza de algo, mesmo sem evidência real. São percepções irreais de ideias/pensamentos.

**Efeito Werther:** Em 1974, o pesquisador David Phillips cunhou o termo “Efeito Werther” como o fenômeno em que um suicídio (relatado em livros, filmes, jornais) pode estimular ato semelhante em outras pessoas, uma vez que o fato ocorrido pode gerar identificação e indicar uma saída para uma vítima em sofrimento.

**Efeito Papageno:** Oposto ao Efeito Werther, o Efeito Papageno diz respeito ao efeito benéfico na prevenção de ocorrências por meio da publicação adequada de informações – fato que tem efeito salutogênico. A fim de orientar os profissionais da mídia quanto à abordagem do tema do suicídio, a Organização Mundial da Saúde publicou um manual: "Prevenção ao Suicídio: um manual para profissionais da mídia" no qual ele descreve o impacto na cobertura de suicídios pela mídia, elenca fontes de informações confiáveis e como noticiar informações referentes ao tema sem provocar um aumento na incidência desse tipo de evento.

**Local Frequentemente Utilizado (LFU):** São locais com características relacionadas a algum risco (altura, calor, frio, entre outros) que são frequentemente escolhidos para execução de planos de autoextermínio. No DF existem shoppings, viadutos ou pontes específicos que adquirem tal classificação, por serem sítios em que consumações anteriores foram exitosas, incentivando a repetição do ato por outros tentantes.

**Sobreviventes:** São todas as pessoas afetadas por um suicídio: pais, filhos, irmãos, familiares, amigos, ou seja, pessoas que perderam alguém significativo por suicídio e tiveram a vida afetada ou mudada por causa dessa morte. Pessoas que vivenciaram um evento traumático severo têm risco maior de cometer suicídio, seja por possuírem fatores de risco predisponentes ou seja por desenvolverem Transtorno do Estresse Pós-traumático. Caso esse incidente crítico seja especificamente um suicídio testemunhado, o evento poderá deflagrar o suicídio naqueles que se sentiram afetados e a estas pessoas específicas, que se convencionou chamá-las de “sobreviventes”.

**Pósvenção:** intervenções realizadas no pós ou após acontecimento (auto)destrutivo ou traumático, com o objetivo de ajudar na resolução do processo de luto, incluindo o desencorajamento de eventuais ideias ou tendências suicidas.

## GERENCIAMENTO EM OCORRÊNCIAS DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO

### 1. FASES DO SOCORRO EM ATENDIMENTO À TENTATIVA DE SUICÍDIO

**1.1- PRÉ-OCORRÊNCIA:** Esta fase é realizada na assunção de serviço e ela é importante para definição inicial da função de cada membro da guarnição. Esta fase envolve:

Briefing: a fim de avaliar a condição psicológica da guarnição e assim, definir quem estará em condições de ser o interventor principal, interventor secundário, a equipe de contenção física, APH e logística.

Determinar funções: considerando as características das ocorrências do grupamento que trabalham, é possível determinar as funções de cada um da guarnição e realizar uma breve passagem de treinamento.

Definir composição: a fim de criar um *rapport* maior com a vítima é possível definir variações de composição para a guarnição com possíveis características da vítima. Ex: interventora comunicativa feminina para compor a guarnição, caso a vítima seja do mesmo gênero.

Definir código/sinal: caso haja necessidade de intervenção física, esta deve ser realizada através de um sinal pré-definido para que todos estejam cientes da ação. O código de rádio QRQ, por exemplo, significa “brevidade” e pode ser utilizado para tal.

**1.2 - AÇIONAMENTO:** Fase em que é coletada informações relevantes sobre a ocorrência junto à SECOM, quando é iniciado o deslocamento.

Características da vítima: nome, gênero, idade, se houve tentativa prévia, uso de medicamentos, antecedentes criminais, emprego.

Método de tentativa: irá definir o Uniforme/EPI adequado para a ocorrência

**Figura 2 - Escolha do Uniforme/EPI conforme método de tentativa**



Fonte: Os autores.

Características do local: altura, viaduto, ponte, etc.

**1.3 - DESLOCAMENTO:** Nesta fase é necessário a continuação da coleta de dados. O deslocamento será realizado pelo grupamento com no mínimo uma UR e uma Viatura Multiemprego ou de Salvamento.

Recursos adicionais: estes recursos poderão ser acionados nesta fase a depender da coleta de dados.

ABT, caso necessário, em risco de incêndio e/ou explosão;

GBS, com acionamento imediato, especialmente em casos de precipitação (altura) e/ou meio aquático;

Polícia Militar, quando a ocorrência envolve condições de insegurança que ensejem o apoio de indivíduos que possam mitigar ou evitar a exposição da guarnição a riscos não aceitáveis (ex: arma de fogo);

NEOENERGIA ou outro órgão responsável, quando envolve torres ou linhas de transmissão de energia;

Órgãos de Trânsito e Policiamento, dependendo do local e da presença de curiosos.

Chegada: deverá ser SILENCIOSA com sinais sonoros e luminosos desligados quando a distância do local da ocorrência for audível ou visível a identificação da viatura.

Estabelecimento da viatura: As viaturas devem ser posicionadas em local seguro, fora do alcance de arremesso de objetos e cuidado com torre energizada. Deverá ser realizada uma avaliação do local com análise da dinâmica de risco (ameaça vs vulnerabilidade) a fim de determinar o local mais adequado.

Poderá ser estabelecida conforme isolamento do local, como ponto de ancoragem das equipes de intervenção, como barreira de sacrifício para proteção contra o trânsito ou ainda de forma com que diminua a distância de queda da vítima (ex. passarelas).

**1.4 - RECONHECIMENTO:** Esta fase envolve o estabelecimento do Posto de Comando, a avaliação inicial e a avaliação de risco.

Avaliação Inicial: confirmar as informações iniciais da coleta de dados com fontes seguras (familiares, amigos e conhecidos) e sobre a condição da vítima como:

Nome, sexo, idade;

Histórico médico-psicológico (Tentativa anterior? Doença diagnosticada?);

Comportamento apresentado e perfil do tentante (alucinações, delírios, agressividade, silencioso, etc.);

Uso de medicamentos, álcool ou outras drogas;

Se está armado, sozinho, trancado, etc.;

Localização e condições da vítima;

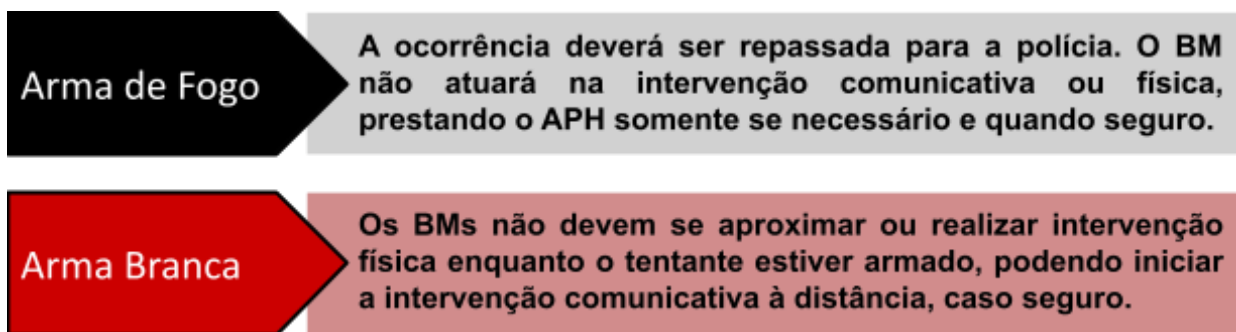
Identificar o método escolhido;

Características construtivas e acesso ao local;

Condições inseguras e restrições de acesso.

Avaliação de risco: deve ser considerado o método e o local escolhido. Além de ameaças como contaminação por fluidos, envenenamento ou intoxicação, arma de fogo ou branca, queda de altura, afogamento, incêndio, explosão, atropelamento, etc. É importante definir uma rota de fuga, caso necessário. Especial atenção é exigida na presença de arma de fogo ou arma branca:

**Figura 3** - Avaliação de Risco em relação a armas brancas e de fogo



Fonte: Os autores.

**1.5 - PLANEJAMENTO:** Construção do Plano de Ação do Incidente considerando a situação presente e com o objetivo de "Salvar Vidas". Nesta fase pode ser considerado o uso de Recursos Adicionais como escadas mecânicas, embarcações, policiamento, etc. As Estratégias e Táticas para este tipo de ocorrência pautam nos seguintes objetivos:

Intervenção Comunicativa.

Atendimento Pré-hospitalar.

Intervenção por Contenção Física.

**1.6 - ESTABELECIMENTO:** Esta fase envolve a designação de missões para iniciar a intervenção comunicativa, preparar para a intervenção por contenção física e manter o APH pronto para atuação, caso necessário. Além disso, é importante evacuar o local, se necessário, e fazer o controle do tráfego de veículos e pessoas.

Perímetro de segurança: É o estabelecimento do isolamento das áreas de risco e o controle de acesso de pessoas não autorizadas, inclusive de bombeiros e profissionais de saúde sem EPI adequados, ou não requisitados no momento. O isolamento adequado é de extrema importância, uma vez que o trânsito de pessoas no local do incidente poderá ser um estressor a mais para a vítima. Engloba o estabelecimento das zonas quente, morna e fria.

Zona quente: área restrita, situada imediatamente ao redor do incidente, que se prolonga até o ponto em que os riscos e seus efeitos nocivos não possam mais afetar as pessoas posicionadas fora dela. Dentro dessa área ocorrerão as ações de controle, sendo permitida apenas a presença de pessoal técnico qualificado, devidamente trajados com equipamentos de proteção individual (EPI) necessários à segurança.

Zona morna: área demarcada após a zona quente, onde ocorrerão as atividades de

descontaminação de pessoas e de equipamentos, triagem, bem como suporte ao pessoal em atuação direta à emergência. Nesta área será permitida somente a permanência de profissionais especializados e devidamente trajados com EPI, os quais darão apoio às ações de controle desenvolvidas dentro da zona quente. Essa área é destinada ao posicionamento de equipamentos que, porventura, poderão ser utilizados na emergência, bem como o posto de comando (PC).

Zona fria: área demarcada após a zona morna, destinada para outras funções de apoio. É o local onde está a área de Espera (E) e a logística do atendimento, sendo ainda proibida para curiosos e a imprensa.

**1.7 - OPERAÇÃO:** Fase comando e controle, no qual é necessária uma constante análise dos riscos. O Comandante do Incidente deve estar preparado para, se necessário, realizar a troca do interventor comunicativo no caso de falha do *rapport* (ex: ausência de vínculo; quebra de confiança) ou devido à exaustão do interventor.

Acionamento da Intervenção física: cabe ao comandante do incidente acionar a intervenção física, salvo quando há possibilidade de ato iminente. O acionamento pode ocorrer nos seguintes casos:

Ausência de vínculo mesmo após a troca de interventor;

Grave quebra de confiança; ou

A postura corporal demonstra desinteresse na comunicação.

**1.8 - DESMOBILIZAÇÃO:** Nesta fase, há a desmobilização dos recursos, conferência de material e pessoal.

Paciente transportado: o transporte deve ser realizado após regulação médica e conforme protocolo de APH em vigor. Em caso de sucesso da intervenção comunicativa (ou ainda que realizada a contenção física), é recomendável que o interventor acompanhe o paciente no interior da UR durante o transporte até a unidade de saúde.

Consumação do suicídio: Neste caso, deve-se acionar a perícia forense da Polícia Civil e preservar o local do óbito.

Durante o transporte ao hospital, é importante que seja feita a orientação aos familiares ou responsáveis pelo tentante sobre a importância de que o paciente receba acompanhamento

psicológico/psiquiátrico por profissionais capacitados para que este possa dar continuidade ao tratamento, reduzindo assim a reincidência dos casos de suicídio.

Além disso, poderão ser repassadas informações sobre a rede de apoio (Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), clínicas-escola, entre outros serviços de referência.

Especificamente para tentativas de suicídio, também é importante que os sobreviventes sejam acolhidos de forma empática pela guarnição de atendimento, sendo orientados a procurar uma unidade de saúde para avaliação do estado psicológico, como ações de pós-venção.

Por fim, o comandante do incidente deve avaliar a necessidade de acompanhamento psicológico para a guarnição por meio do Centro de Assistência, a fim de prevenir Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT) no caso de desfecho negativo.

## **2. ORGANIZAÇÃO TÁTICA DO SOCORRO A TENTATIVAS DE SUICÍDIO**

A organização do sistema de resposta a uma ocorrência de atendimento a tentativa de suicídio no CBMDF utiliza por base o Sistema de Comando de Incidentes (SCI). Os recursos empregados para intervenção nesta natureza de ocorrência devem prever no mínimo uma viatura multiemprego ou de salvamento (ASE, ABSL ou ABT, etc) e uma viatura de APH (UR).

A organização tática dependerá do método de tentativa e do local da ocorrência, mas via de regra o Comandante de Incidente deverá ter em mente 3 objetivos a serem atendidos:

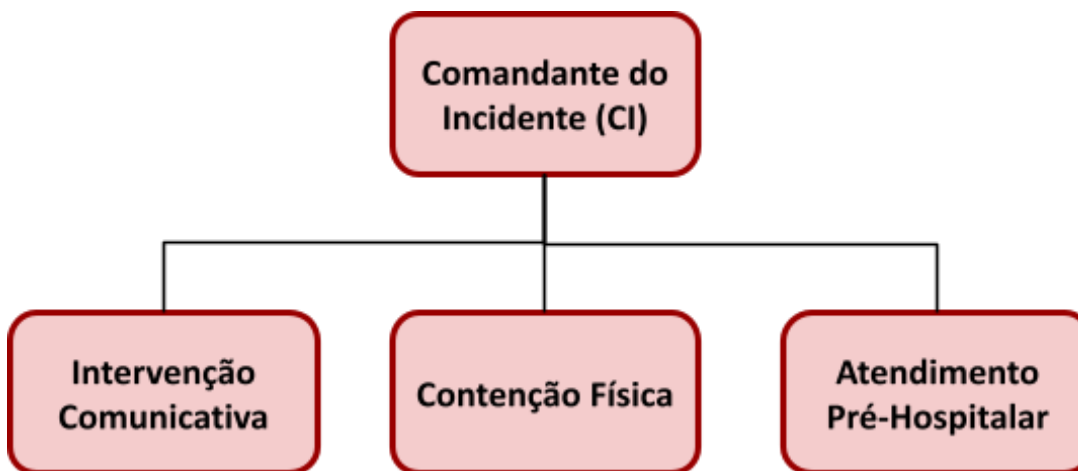
Promover a intervenção comunicativa.

Garantir o aparato de APH para pronto emprego; e

Preparar a intervenção por contenção física, deixando-a em condições de atuar caso seja necessária.

Desta forma, a organização básica do socorro deve prever o emprego, no mínimo, da seguinte estrutura:

**Figura 4 - Organograma da Estrutura de Resposta Básica do Socorro**



Fonte: Os autores.

Caberá ao comandante do incidente realizar a distribuição tática dos recursos dentre as funções necessárias. Todavia, cada ocorrência se apresenta com uma natureza peculiar, além das próprias habilidades e capacitações de cada membro da guarnição, de forma que cada ocorrência exigirá uma distribuição tática das funções.

Desta forma, em uma situação hipotética de tentativa de suicídio envolvendo precipitação (altura), uma possível distribuição é que a guarnição multiemprego do ASE possa ser dividida, com uma dupla atuando na intervenção comunicativa (preferencialmente capacitada na nova doutrina; e se necessário fazendo a primeira contenção física), enquanto a outra atua na contenção física e extração da vítima. Também é importante haja uma dupla com material de APH em condições de pronta resposta para atendimento da vítima ou da própria guarnição, se necessário.

Outro cenário hipotético, é uma tentativa envolvendo enforcamento no interior de uma residência. A guarnição da contenção física deve estar preparada para uma entrada forçada (com material de arrombamento) e se necessário a contenção física (e corte da corda). A intervenção comunicativa deve ser atribuída à dupla de militares mais bem preparada. Assim, nada impede que o socorrista da UR seja empregado em tal função, desde que a atribuição de APH ainda possa ser realizada por outros militares.

Ainda conforme o caso, novos recursos podem ser necessários, a exemplo de um ABT na contenção física caso o método de tentativa envolva risco de fogo ou explosão. Outro exemplo é uma escada mecânica empregada para permitir a aproximação do interventor em uma torre de telefonia.



## INTERVENÇÃO COMUNICATIVA

Com base na conceituação já apresentada, a **intervenção comunicativa** é a atuação pela qual o interventor busca o estabelecimento de um vínculo com a vítima, de forma humanizada, coerente e respeitosa, com o intuito de descobrir os fatores de risco e de proteção, para utilizá-los de modo a conduzi-la a sair do local de risco e abortar a ideia do suicídio.

A proposta da intervenção comunicativa é alterar um modelo de atendimento que se adequa em outro momento temporal. Com a evolução da ciência e um maior entendimento sobre os aspectos relacionados à saúde mental, houve essa mudança de paradigma:

**Figura 5** - Comparativo da abordagem clássica e humanizada

CLÁSSICA	HUMANIZADA
Foco na Ocorrência	Foco na vítima
Vários interventores	2 Interventores
Desviar atenção para “dar o bote”	Não há contato físico
FALA muito mais que ouve	OUVE muito mais que fala
Desistência obrigada	Desistência voluntária
Sem vínculo	Criação de vínculo

Fonte: Os autores.

O **estabelecimento do vínculo com o tentante é fundamental** no atendimento dessa modalidade de ocorrência e, para tanto, é importante que apenas um interventor se comunique com a vítima durante o todo o atendimento e se pautar aos seguintes princípios:

- a) **Preservação da vida:** o profissional de segurança pública atuará em estado de necessidade para preservar a vida do tentante.
- b) **Princípio da legalidade:** o profissional de segurança pública deverá agir obedecendo às leis vigentes no País.
- c) **Princípio da moralidade:** os agentes de segurança deverão sempre guiar-se por condutas morais e éticas.

**Princípio do respeito à diversidade:** as questões e as opiniões pessoais do

profissional de segurança pública não devem interferir na intervenção.

e) Princípio da proporcionalidade de ações: a intervenção baseada em escuta e diálogo deverá ocorrer enquanto existem, por parte do tentante, condições pacíficas de resolução de conflitos.

Durante a intervenção deve-se utilizar as estratégias de **escuta ativa, comunicação assertiva e não-violenta, portar-se de forma atenciosa e como um bom ouvinte**, a fim de que o tentante se sinta seguro para falar. **Não se deve mentir ou, de forma alguma, tentar enganá-lo**, uma vez que essas atitudes podem vir a quebrar o vínculo estabelecido.

Como sinal de acolhimento, é importante ressaltar para a vítima que na situação em que ela se encontra não existe especialidade, exceção ou anti-naturalidade, uma vez que é que normal que pessoas que passam por luto, por perda de emprego, por doenças e por perdas amorosas, entre outras circunstâncias difíceis, sofram pela afetação emocional e necessitem de apoio para superar tal momento.

**O interventor principal estará sempre acompanhado de um interventor secundário** que atuará como assessor para a condução do diálogo, bem como atuará na função de segurança na zona quente. Contudo, em caso de necessidade, é possível que a configuração se altere com a atuação de apenas o interventor principal (desfalque na guarnição, espaço confinado, etc).

Todos os envolvidos no atendimento da ocorrência devem estar atentos à linguagem corporal própria e à linguagem corporal do tentante. Além do fato de que uma boa postura corporal ajuda no fortalecimento do vínculo, por meio dessa leitura é possível visualizar se o tentante está envolvido na conversa ou não, bem como se está prestes a cometer o ato.

Assim sendo, temos **comportamentos gerais desejáveis** por parte do interventor. Durante o atendimento, a equipe – e principalmente o interventor – devem:

Observar se ele está apto a atuar como interventor: se está em boa condição psicológica e física;

Interlocutor deve fazer com que o outro fale e tenha certeza de que está sendo ouvido;

Interessar-se genuinamente pelo que está sendo dito, se a situação não for significativa, certamente o diálogo não será sustentado;

Ouvir na essência e buscar sentido no que está sendo dito, pois somente assim o outro se sentirá acolhido;

Entender a postura, a entonação de voz e os gestos do tentante, e ainda agir de maneira sincera

e atenciosa para fortalecer o vínculo de confiança;

Atentar-se para que a linguagem corporal não contradiga o que está sendo dito;

Prezar pela utilização de frases afirmativas;

Utilizar comunicação clara e simples;

Estabelecer relações de parceria e cooperação por meio de comunicação empática e eficaz.

Entender o indivíduo como um ser complexo que possui esfera pessoal, interpessoal e social;

Identificar, se possível, as necessidades da vítima;

Buscar formar vínculo com o tentante;

Respeitar pausas silenciosas;

Apoiar o tentante a encontrar soluções próprias;

Dar espaço para perguntas;

Por outro lado, há **comportamentos improdutivos que devem ser evitados:**

Realizar qualquer tipo de julgamento sobre o comunicador ou sobre a fala deste, sob pena de quebra de vínculo;

Distrair-se, perdendo o foco na vítima e no que está sendo dito;

Completar frases para o tentante;

Mentir, prometer, seduzir;

Chamar por apelidos ou nomes depreciativos;

Se portar de forma inconveniente, com postura desleixada, agressiva;

Rir ou demonstrar desprezo pela fala ou emoção do tentante, ameaçar, desafiar, julgar;

Dar opinião pessoal e aconselhar;

Conversas paralelas;

Antecipar a ação tática de forma desnecessária;

Efetuar comemorações na frente dele;

Levar parentes e/ou conhecidos à presença do tentante;

Fazer piadas com os companheiros de guarnição na cena, tirar fotos com fins lúdicos, etc, uma vez que na cena muitas vezes estão presentes, além da vítima, familiares ou conhecidos.

Comemorar o sucesso da ocorrência ainda no local (a vítima se encontra em uma situação de vulnerabilidade e esse ato pode prejudicar o vínculo que foi criado bem como pode gerar um sentimento de constrangimento ainda maior para a vítima);

Se envolver emocionalmente e ficar abalado com o caso em que atua.

## PASSOS DA INTERVENÇÃO COMUNICATIVA

**1.1 - Segurança:** O interventor jamais irá se expor a um risco não aceitável. Para tanto, deverá realizar os procedimentos de segurança relacionados ao tipo de operação, considerando o método escolhido pela vítima.

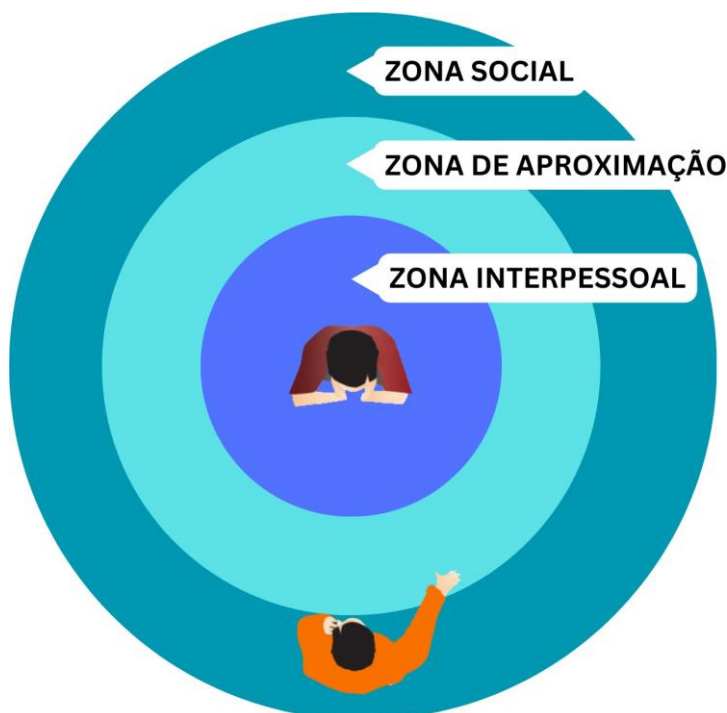
Deverá realizar um escaneamento da cena a fim de identificar e mitigar os riscos envolvidos na operação para adentrar na zona quente.

**1.2 - Aproximação:** Sempre que possível deverá ser realizada no campo de visão da vítima, atravessando a zona social, a fim de evitar surpresas que possam gerar um acidente ou um impulso de execução do plano pela vítima.

A aproximação deverá ser lenta e gradual, respeitando o limite imposto pela vítima, onde ficará estabelecida a zona de aproximação.

Durante o andamento da ocorrência, considerando os aspectos de segurança, o interventor deverá buscar entrar na zona interpessoal, momento em que o vínculo de confiança estabelecido está mais evidente e fortalecido, uma vez que a vítima deixou o interventor se aproximar a ponto de tocá-la, se necessário.

**Figura 6 - Zonas de Aproximação**



Fonte: Os autores.

**1.3 - Silêncio Inicial:** No momento em que a vítima tem contato visual com o interventor, este deve parar e aguardar um breve momento de silêncio para que o tentante se acostume com a sua presença.

Esse momento é oportuno para que seja feito escaneamento do ambiente na zona quente a fim de estabelecer pontos seguros e riscos que deverão ser gerenciados durante o andamento da ocorrência.

A gestão desses riscos poderá ficar sob responsabilidade do interventor secundário ou do próprio interventor primário, podendo este solicitar à vítima ações para maior segurança.

**1.4 - Apresentação:** O interventor principal deverá se apresentar e apresentar o interventor secundário e informar que se encontra ali para ouvir. Este é um ato de acolhimento, demonstrando interesse em entender a situação em que a vítima se encontra.

**Jamais deverá ser dito que se está ali para ajudar.** O intuito do atendimento não é a solução do problema da vítima, mas como elucidado anteriormente, buscar sentido na fala da vítima e conduzi-la a sair do local de risco e abortar a ideia do suicídio. Um exemplo de como pode ser um problema:

*Interventor:* “Senhor, me chamo Fulano, sou do Corpo de Bombeiros e estou aqui para ajudá-lo.”

- *Vítima:* “Estou com uma dívida de R\$500 mil e preciso saná-la até amanhã, caso contrário perderei minha casa e não terei um teto para criar meus 3 filhos e minha esposa, você disse que me ajuda, tem R\$500 mil para me dar?”

**1.5 - Perguntas de Final Fechado:** São perguntas simples de respostas diretas. Permitem a coleta de informações básicas que poderão ser aprofundadas com perguntas de final aberto para pesquisar os fatores de risco e de proteção.

É interessante que haja essa progressão de perguntas com conteúdo mais objetivo para perguntas que demandam respostas mais subjetivas, mas não é uma regra. Assim o interventor já coleta uma boa gama de informações que poderão ser trabalhadas durante a ocorrência.

Cabe ressaltar uma pergunta imprescindível, caso não tenha sido feita anteriormente: **qual o seu nome?** A partir de então a vítima deverá ser chamada pelo seu nome durante todo o momento do atendimento. O primeiro passo para o acolhimento e formação de vínculo é tratar o próximo pelo nome, pois permite uma aproximação entre interventor e tentante, bem como demonstra interesse.

Exemplos de perguntas de final fechado:

- *“Você tem filhos?”*
- *“Quantos anos você tem?”*
- *“Você trabalha? Com o que?”*
- *“Você gosta de esportes?”*

**1.6 - Perguntas de Final Aberto:** São perguntas que demandam uma resposta mais elaborada, com mais conteúdo. O interventor deverá explorar os pontos identificados nas perguntas de final fechado a fim de identificar os fatores de risco e fatores de proteção. Uma vez encontrados, deverá ser dado foco aos fatores de proteção – que irão afastar o tentante do seu pensamento rígido, trazer à luz o aspecto positivo da ambivalência – aquilo que faz com que a vítima não queira executar o plano de autoextermínio.

Fatores de risco deverão ser evitados uma vez que trazem à tona o sentimento de sofrimento da vítima e, por conseguinte, poderão desencadear um impulso de execução do plano de autoextermínio.

Exemplos de perguntas de final aberto:

- *O que você gosta de fazer?*
- *Me conte um pouco sobre sua família?*
- *Como é o lugar em que você vive?*

Nesse momento, **é importante não perder o foco principal: descobrir os fatores de proteção para que possam ser trabalhados.** É comum durante o diálogo que o interventor encontre algo que a vítima goste, contudo não é relevante a ponto de provocar uma mudança de atitude, logo, o diálogo poderá divagar e tornar-se cansativo, sem objetivo. Contudo, tais informações poderão ser trabalhadas para “ganhar tempo” caso a vítima esteja mais agitada e na iminência de executar o plano.

## 2. TÉCNICAS DE DIÁLOGO

São ferramentas que auxiliam a construção de diálogo e o acolhimento à vítima durante o atendimento à ocorrência. São técnicas de diálogo:

**3.1 - Sucesso anterior:** Técnica que possibilita o tentante refletir sobre possibilidades e capacidades pessoais. A vítima poderá refletir sobre situações que ela mesma superou, poderá refletir sobre como se deu o processo e, por conseguinte, pode encontrar uma luz.

### Exemplo 1 – problema conjugal:

- *Vítima:* "Minha esposa foi embora, não consigo viver sem ela."
- *Interventor:* "O senhor já esteve em outros relacionamentos?"
- *Vítima:* "Sim"
- *Interventor:* "Então, o senhor já conseguiu superar o fim de uma relação e foi capaz de se relacionar novamente."

### Exemplo 2 – problema com emprego:

- *Interventor:* "Então o senhor perdeu o emprego?"
- *Vítima:* "Sim."
- *Interventor:* "Esse é seu primeiro emprego?"
- *Vítima:* "Não"
- *Interventor:* "Então vejo que o senhor já possui outras experiências que poderão abrir outros caminhos. É possível que você passe por essa situação difícil e consiga outra oportunidade, mas para descobrirmos, o senhor precisa estar vivo. Senhor pode vir comigo para conversarmos mais sobre o assunto?"

Ressalta-se que a técnica deve ser utilizada com cautela a fim de não desmerecer o sofrimento da vítima. Embora ela tenha passado por situação análoga, a vida é complexa, são outras variáveis envolvidas em relação à primeira passagem, que tornam a situação insustentável. O sofrimento do tentante é real e – tendo em vista que o suicídio é um desfecho de uma relação multifatorial – o processo de recuperação anterior passado pela vítima, pode não se aplicar à nova situação.

**3.2 - Ponte:** Uma pergunta/afirmação perigosa pode ser conduzida para um local seguro. O tentante, por vezes, pode se exaltar e pode fazer perguntas que coloquem o diálogo em cheque, e o interventor pode conduzir a conversa para um ponto mais assertivo e seguro.

### Exemplo 1 – problema conjugal:

- *Vítima:* " *Você pode me garantir que minha esposa vai voltar?*"
- *Interventor:* " *Eu posso garantir que, somente se você permanecer vivo, poderemos descobrir se ela retornará ou se o senhor encontrará uma nova companheira. Aquele que permanece vivo e tenta, pode descobrir ou construir um desfecho diferente. Aquele que opta por encerrar a vida antecipadamente por conta própria não poderá descobrir se algo poderia sair diferente de forma positiva.*"

**3.3 - Outdoor:** A vítima encontra-se com o pensamento rígido, constricto, e pela sua mente somente a consumação do suicídio surge como solução para seu sofrimento, por isso, há muita dificuldade em mudar o foco do diálogo.

Nesse sentido, a técnica preza por focar no que é mais importante no momento: a vida e os fatores de proteção. Os pontos que devem ser ressaltados ao tentante, para que ele reflita sobre aspectos importantes e salutar para ele, pontos que o façam querer permanecer vivo e pesem na balança da ambivalência para a vida. Exemplos de introduções para uso da técnica:

*“Se existe uma mensagem que eu quero enfatizar hoje é...” “A coisa mais importante para lembrarmos é...”*

*“Deixe-me lembrar a você que...”*

**Exemplo** – problema conjugal:

*Vítima: “Minha esposa me deixou, não sei se consigo suportar essa dor e seguir em frente.”*

- *Interventor: “Deixe-me lembrar a você que seus filhos o amam muito e, se o senhor sair vivo daqui hoje, terá uma nova oportunidade de abraçá-los e lembrá-los o quanto são importantes para você.”*

**3.4 - Paráfrase resumida:** A técnica consiste em retomar as informações que foram apresentadas pela vítima a fim de clarear as ideias da vítima e acolher a vítima, uma vez que é demonstrada atenção ao que está sendo dito. Pode-se utilizar a técnica para retomar o foco do diálogo para os fatores de proteção, quando a vítima estiver com foco nos fatores de risco.

Seu uso também é extremamente interessante nos casos em que houver um silêncio prolongado, quando o interventor estiver pensando em algo que possa ser dito, ou quando a vítima estiver exaltada para evitar um impulso.

**Exemplo:**

- *Interventor: “Então a senhora se chama Maria, tem 43 anos e 3 filhos. Me disse que é uma pessoa dedicada, exemplar, dona do lar, amável e zelosa com todos os filhos, e que eles ficariam muito felizes em reencontrar a senhora, principalmente se a senhora estiver sã e salva.”*

### **3. PERFIL COMPORTAMENTAL DA VÍTIMA**

Conforme constatação em ocorrências, os perfis comportamentais das vítimas foram didaticamente classificados a fim de realizar um melhor planejamento de atuação e embasar posturas desejáveis pelo interventor.

Ressalta-se que não se trata de diagnóstico clínico, mas sim de **comportamentos que os tentantes manifestam que são categorizados conforme semelhanças para que haja um direcionamento da intervenção.**



Outrossim, ressalta-se que não é uma classificação rígida, uma vez que as vítimas podem oscilar seu comportamento durante o atendimento, fato que vai exigir do interventor conhecimento e capacidade de adaptação durante a ocorrência.

**3.1 - Agressivo:** A vítima deste perfil não costuma aceitar imposições, manifesta agressões verbais e demonstra raiva, hostilidade e agitação.

Este aspecto comportamental pode se relacionar a diferentes transtornos mentais como esquizofrenia, transtorno bipolar e de personalidade; doenças neuropsiquiátricas como epilepsia, traumatismo craniano, Alzheimer e outras demências; além de intoxicação e/ou abstinência de substâncias psicoativas como álcool e drogas.

A intervenção deve estar voltada em:

- Falar pouco e dar oportunidade ao tentante de desabafar;
- Evite olhar diretamente nos olhos (raiz dos olhos) nos primeiros momentos da ocorrência;
- Se possível, posicionar-se no mesmo nível do tentante, ou em um nível abaixo;
- Quanto mais o tentante gritar, fale cada vez mais baixo;
- Evitar palavras de negação como: não pode, não vai, etc.;
- Em hipótese alguma, reaja a qualquer provocação ou xingamento;
- Nunca desafie o tentante;
- Não ceda às suas exigências;
- Nunca dê ultimato de tempo. Por exemplo, “se você não se entregar em 10 minutos, nós vamos agarrar você aí”.

**3.2 - Depressivo:** A característica geral deste grupo está no silêncio e tristeza na cena, com choro eventual e dificuldade de expor o que sente. Podem estar presentes ansiedade, desesperança, desânimo, negativismo, autodepreciação, entre outros. Estes sintomas negativos de humor estão presentes em transtornos mentais ou condições psicopatológicas como depressão, transtorno bipolar, esquizofrenia, demência, etc.

O tentante depressivo pode demonstrar recusa a interação social com pouco contato visual, impulsividade, automutilação, diminuição da fala e lentificação.

Neste tipo, o interventor terá que utilizar uma maior variedade de perguntas, sempre estimulando a fala do tentante. Sendo a intervenção comunicativa pautada na:

- Muita fala até conseguir estabelecer diálogo;
- Abordar de frente para o tentante;
- Olhar nos olhos;

Se possível, no mesmo nível do tentante;  
Ter uma atitude mais enérgica e assertiva, mas sem ser agressivo;  
Conduza o diálogo a fim de que o tentante chegue a uma conclusão por si só;  
Não aconselhe;  
Seja otimista a todo o momento.

**3.3 - Psicótico:** O tentante com este perfil apresenta, no momento da abordagem, alterações psíquicas como alucinações, delírio e pensamentos desorganizados, incoerentes. Neste caso, o tentante não consegue perceber que tem um problema psíquico. Uma das dificuldades encontradas pelo interventor é se suas ações estão sendo efetivas ou não.

Estas alterações também estão presentes em depressão, esquizofrenia, transtorno bipolar, transtorno de personalidade, doença de Parkinson, etc.

As características incluem discursos desorganizados e incoerentes, autocuidado prejudicado, destruição de objetos ao redor, delírio, alucinação, sentimentos depreciativos de ataque à autoestima, riqueza, religião, entre outros.

Deverá ser testado se o diálogo torna-se positivo quando o interventor concorda com as alucinações/delírios do tentante;

Sobre seu delírio ou alucinação, caso o tentante pergunte ao(a) interventor(a) se ele é algum personagem específico, este(a) interventor(a) devolve a pergunta da seguinte forma: “Para você, Fulano, eu pareço ser este personagem?”. Esta pergunta evita a possibilidade de mentir para o tentante, pois será ele quem afirmará, não o (a) interventor(a);

Geralmente, são intervenções mais demoradas para atingir seu desfecho;

Tentantes psicóticos têm dificuldades em estabelecer novas relações. Neste caso, se possível, utilize bombeiros militares conhecidos do tentante;

Tentantes psicóticos, durante o surto, podem perder o senso de realidade, não diferenciando a realidade de sua imaginação. Neste caso, o interventor poderá descrever em voz alta o que ele está fazendo no momento. Exemplo: “você está virando-se para mim”, “você está usando esta camisa verde”, etc.;

Perguntar se ele sabe que existem pessoas que podem ajudá-lo a cuidar dessas “vozes” (ou o que ele estiver manifestando como sofrimento), para que elas parem de atrapalhá-lo;

Buscar descobrir se existe um vínculo do tentante com algum profissional de saúde mental ou alguma instituição, dessa forma ficará mais fácil levá-lo a um especialista que o remeterá a seu profissional de referência.

O **quadro-resumo dos perfis** é apresentado a seguir na Figura 7:

**Figura 7 - Quadro comparativo dos Perfis de Tentantes**

<b>AGRESSIVO</b>	<b>DEPRESSIVO</b>	<b>PSICÓTICO</b>
<p><b>Características:</b> Agitado; Competitivo; falam mais; reage aos acontecimentos.</p> <p><b>Posicionamento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Posicionar no mesmo nível ou abaixo</li><li>● Olhar para raiz dos olhos ou nariz</li></ul> <p><b>Ações:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Deixar o paciente falar mais</li><li>● Falar baixo</li><li>● Não reagir a ofensas</li><li>● Não usar imperativo</li><li>● Não desafiar ou ceder a exigências</li><li>● Não encarar diretamente</li></ul>	<p><b>Características:</b> Triste; Culposo; Impotente; Fala pouco</p> <p><b>Posicionamento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>● No mesmo nível do tentante ou acima</li><li>● Abordar de frente, se possível</li></ul> <p><b>Ações:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Falar mais</li><li>● Não aconselhar.</li><li>● Ser positivo.</li><li>● Oferecer apoio, sendo enérgico, confiante e seguro</li><li>● Demonstrar empatia, compaixão</li></ul>	<p><b>Características:</b> Alucinações; Delírios; alterações de pensamentos</p> <p><b>Posicionamento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Posicionar a depender do humor do tentante</li></ul> <p><b>Ações:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Avaliar se vale a pena interagir com as alucinações</li><li>● se recorrente, usar o militar que atendeu anteriormente</li><li>● Ser paciente, não é uma abordagem fácil</li></ul>

Fonte: Os autores.

#### 4. TROCA DE INTERVENTOR

O interventor secundário deve assessorar o interventor primário com informações relevantes para o bom andamento da ocorrência, observar com atenção o local e buscar riscos adicionais que devem ser gerenciados. Ele deve manter uma postura adequada e estar atento no conteúdo da conversa, para que se for dar continuidade na conversa, seja conduzido de forma adequada, sem repetição de perguntas e uso de termos inadequados de acordo com o fator de risco e proteção do tentante.

A troca do interventor irá acontecer se houver:

**Falha no *Rapport*:** Nos casos de mentiras, promessas não cumpridas, agressividade, ou não respeito do espaço de comunicação.

- **Exaustão do interventor.**

Deve acontecer sem pressa e em sincronia entre os interventores, além disso, deve-se apresentar o novo interventor para iniciar o vínculo.

## INTERVENÇÃO POR CONTENÇÃO FÍSICA

A intervenção por contenção física será realizada pela guarnição definida na fase do planejamento, a fim de conter o tentante na ação da força física, com o objetivo de evitar o suicídio completo. Esta intervenção será acionada pelo comandante do incidente por voz de comando ou gesto, pré-definido no quartel ou no início da ocorrência.

Deve ser utilizada como último recurso pois além de ser uma ação traumática para o tentante, existem os riscos inerentes da própria intervenção. Será acionada quando houver:

Exaurimento total da intervenção comunicativa;

Falha no estabelecimento de vínculo (ex: vítima fora de suas condições mentais normais);

Indicativos de suicídio iminente.

Os militares escolhidos para realizar este procedimento deverão ter especialização específica e utilizar o EPI adequado a depender do método escolhido pelo tentante.

### 1. CONTENÇÃO FÍSICA POR IMOBILIZAÇÃO

Este tipo de contenção envolve a imobilização do tentante. Para isto, a equipe deve estar em segurança antes de realizar o procedimento, posicionado de uma forma com que o tentante não visualize a equipe. Deverá ser explicado aos familiares a decisão da contenção e será realizada após o sinal do comandante do incidente definido anteriormente.

A contenção será realizada com no mínimo 5 militares no qual 2 militares irão avançar nos membros superiores segurando um dos punhos do paciente com as duas mãos e a articulação do cotovelo na axila, prendendo-o sob seu tórax. A cabeça da vítima e seu tórax será segurada por 1 militar (podendo ser o interventor) por trás do paciente, com um dos braços embaixo da axila do paciente e pressionada sob o tórax e a outra mão posicionada na frente do paciente, conforme Figura 8. Os outros 2 militares irão avançar na direção dos membros inferiores, envolvendo a região posterior da coxa do paciente com o braço mais próximo e com a mão na região patelar. Com o outro braço, irá segurar o tornozelo contra o chão.

A participação do interventor comunicativo nesta ação é desencorajada, salvo quando estritamente necessária.

**Figura 8 - Contenção física**



**Fonte:** Manual de APH do CBMDF (2022)

## **2. TENTATIVA DE SUICÍDIO POR PRECIPITAÇÃO EM QUEDA LIVRE**

O comandante deve-se atentar para que os interventores sejam posicionados em local seguro, devidamente ancorados e protegidos de uma possível queda do tentante.

Viadutos: neste tipo de método, o comandante do incidente deverá analisar os riscos e benefícios na realização da intervenção. Deverá interromper o tráfego local, se necessário. Poderá solicitar que algum veículo alto, como caminhão, ônibus ou a própria viatura, seja colocado sob a projeção do tentante a fim de reduzir a altura de queda e solicitar que os interventores físicos limitem a área do tentante para a do veículo.

Torres de telefonia ou transmissão de eletricidade: Nesta ocorrência deve-se acionar a empresa responsável para que seja cessada a energia no local, se possível. A equipe não deve avançar além do limite de segurança da guarnição que torne o risco inaceitável. Devido ao espaço disponível, a equipe de intervenção comunicativa deve estar preparada para, se necessário, fazer a contenção física inicial, cabendo à equipe de contenção física realizar a amarração da vítima e a sua descida segura da torre (extração).

Meio aquático (rios, lago, represa): Nesse caso, deve ser ativada uma guarnição para intervenção física em terra e posicionar embarcação de salvamento aquático fora do campo visual do tentante em caso de

precipitação no meio aquático.

Em relação ao sistema de intervenção envolvendo altura, este dependerá das características do local:

**Intervenção pelo mesmo plano:** ocorre em situações como pontes e viadutos. Os interventores devem estar ancorados, preferencialmente em uma ancoragem debreável. No caso de atuação, devem atuar tentando puxar a vítima para o pavimento.

**Intervenção partindo do plano superior:** ocorre em situações como em prédios onde a vítima está em uma janela ou sacada. É realizada a técnica “salto do suicida”, podendo ser executada somente por militares com especialização em altura (CESALT, COBS ou CESEI), conforme POP em vigor na Corporação.

**Intervenção partindo do plano inferior:** ocorre em situações como em torres de telefonia ou energia. É taticamente desvantajosa e a equipe deve conseguir avançar até que possa se posicionar no mesmo pavimento da vítima (abordagem pelo mesmo plano).

#### **TENTATIVA DE SUICÍDIO POR ENFORCAMENTO**

Uma equipe deve estar preparada com escadas/plataformas para o rápido acesso à vítima em caso de projeção do tentante. Além disso, caso a projeção ocorra, militares devem suportar o peso do tentante até que a corda/fio seja cortada. A guarnição deve portar alguma lâmina ou material cortante para, se necessário, realizar o corte do cabo. É fundamental que esta faca não esteja visível para o tentante, já que pode virar uma arma contra a própria guarnição.

#### **TENTATIVA DE SUICÍDIO COM USO DE ARMAS**

A PMDF deve ser acionada neste tipo de ocorrência quando envolve risco à guarnição. Se a ocorrência envolver arma branca, o bombeiro só irá aproximar até uma distância segura (distante o suficiente ou com algum anteparo) e irá iniciar a intervenção comunicativa, poderá se aproximar mais caso o tentante abandone a arma e não haja indícios de armas próximo a ele. Em caso de arma de fogo, o bombeiro irá realizar o atendimento somente após ação e retirada da arma por parte da PMDF, mantendo-se em local seguro até que seja autorizada sua entrada. Nessas ocorrências envolvendo arma de fogo, o BOPE/PMDF é a unidade da PMDF responsável pela negociação em crise, sendo acionada por meio do COCB.

O interventor deve estar em local abrigado de possíveis lançamentos de objetos perfuro cortantes. Além disso, deve estabelecer barreiras para restringir a movimentação do tentante e evitar possíveis ataques. O EPI a ser utilizado é o de CIU.

## 5. TENTATIVA DE SUICÍDIO COM USO DE GASES, LÍQUIDOS INFLAMÁVEIS OU EXPLOSÃO

Nesta ocorrência, é importante identificar o produto e estabelecer medidas para neutralização e descontaminação. O isolamento e a delimitação das zonas devem ser calculadas dentro do raio de segurança do produto em questão. Acionar a guarnição de Produtos Perigosos (PP) do GPRAM, caso necessário. O EPI a ser utilizado é o de CIU.

Deve-se:

Desligar a energia elétrica e eliminar possíveis fontes de ignição no local.

Armar linhas de combate a incêndio para extinção de chamas, proteção da guarnição, e eliminação de fontes de ignição

Utilizar a linha armada para contenção do tentante por meio de jato compacto com 8 BAR de pressão, caso necessário.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

COMITÊ NACIONAL DE ABORDAGEM TÉCNICA A TENTATIVAS DE SUICÍDIO (CONATTS). **Nota Técnica Abordagem técnica a tentativas de suicídio**. Belo Horizonte, 2022.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE SÃO PAULO. **Gerenciamento de crises envolvendo suicidas e atentados terroristas número 35**. 1 Edição. São Paulo, 2016.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE MINAS GERAIS. **Atendimento a tentativas de suicídio: Instrução técnica operacional 30**. 1 Edição. Belo Horizonte, 2021.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL. **Manual de atendimento pré-hospitalar do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal**. 2. ed. rev, atual. e ampl. Brasília: CBMDF, 2022.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL. **Manual de Sistema de Comando de Incidentes – SCI**. CBMDF, 2011

KREUZ, G., & ANTONIASSI, R. P. N. (2020). **Grupo de Apoio para Sobreviventes do Suicídio**. *Psicologia Em Estudo*, 25. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v25i0.42427>. Disponível no link: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/42427>.

LYRIO, Gabriela Alencastro. **Capacitação para equipes do CBMDF atuarem com abordagem em tentativa de suicídio**. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Formação de Oficiais) - Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, Brasília, 2021.

MUNHOZ, DIÓGENES MARTINS. **Abordagem Técnica a Tentativas De Suicídio**. 1ª Edição. São Paulo, 2018  
SOSA, José Edir Paixão de et al. **Abordagem na tentativa de suicídio: manual teórico-prático para profissionais da segurança pública**. Editora FAMPER, 2018.

## EQUIPE RESPONSÁVEL

**Elaboração:**

Maj. QOBM/Comb. VICTOR GONZAGA DE **MENDONÇA**  
Maj. QOBM/Comb. ESTEVÃO LAMARTINE NOGUEIRA **PASSARINHO**  
Ten. QOBM/Comb. ANDRÉ LUÍS SILVA **MEZÊNCIO**  
Asp. Of. QOBM/Comb. **TASSIANA** SOUZA DE ARAÚJO  
3° Sgt. QBMG-1 **FABÍOLA** GOMES MONTEIRO

**Revisão – CETOP:**

1° Ten. QOBM/Intd. JOÃO ROBSON **GABRIEL** DE SOUZA  
SubTen. QBMG-1 **LÚCIO** MAURO HENRIQUE DE **SOUSA**  
2° Sgt. QBMG-1 **ESDRAS LOPES** FEIJÃO  
3° Sgt. QBMG-1 **FARLEN** RHENIR LIMA  
3° Sgt. QBMG-1 **ALLAN** DE SOUZA **NUNES**

**Revisão - GBS:**

Ten. QOBM/Comp. **NATÁLIA** LOURENÇO COELHO  
2° Sgt. QBMG-1 FELIPE **GASPAR** DE OLIVEIRA

**Revisão - GAEPH:**

1° Ten. QOBM/Comb. **LUCIANA** FROTA **MADEIRA**  
3° Sgt. QBMG-1 ANA REBECA **FERRAR**  
3° Sgt. QBMG-1 **IRYS HADDAD** BRANDÃO DE OLIVEIRA  
3° Sgt. QBMG-1 **LEONARDO** REZENDE ALVES

[VOLTAR](#)