



MANUAL DE ATENDIMENTO A TENTATIVAS DE SUICÍDIO

do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal



**Corpo de Bombeiros Militar do
Distrito Federal**

Vidas Alheias e Riquezas Salvar

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
COMANDO OPERACIONAL
COMANDO ESPECIALIZADO
GRUPAMENTO DE BUSCA E SALVAMENTO



**MANUAL DE ATENDIMENTO A
TENTATIVAS DE
SUICÍDIO**

**do Corpo de Bombeiros Militar
do Distrito Federal**

1ª EDIÇÃO

BRASÍLIA 2026

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL

Comandante-Geral

Cel. QOBM/Comb. Moisés Alves Barcelos

Subcomandante Geral

Cel. QOBM/Comb. Flávio Murilo Nunes Pereira

Chefe do Estado-Maior-Geral

Cel. QOBM/Comb. Eloizio Ferreira do Nascimento

Comandante Operacional

Cel. QOBM/Comb. Shirlene Costa

Comandante Especializado

Cel. QOBM/Comb. Sinfrônio Lopes Pereira

Comandante do Grupamento de Busca e Salvamento

Ten-Cel. QOBM/Comb. Eduardo Furquim Freire da Silva

Comissão de elaboração

Ten-Cel. QOBM/Comb. Victor Gonzaga de Mendonça

Maj. QOBM/Comb. André Luís Silva Mezêncio

Maj. QOBM/Comb. Camilla Pilotto Muniz Costa

Cap. QOBM/Comb. Natália Lourenço Coelho

Cap. QOBM/Comb. Marcos Iglesias Garabato Fernandes da Silva

Cap. QOBM/Comb. Bárbara Carvalho Jaber Santos

Cap. QOBM/Comb. José Flávio Neto

1º Sgt. QBMG-1 Esdras Lopes Feijão

2º Sgt. QBMG-1 Fabíola Gomes Monteiro

2º Sgt. QBMG-1 Carolina Torres Silva

2º Sgt. QBMG-1 Ana Rebeca Ferrari

2º Sgt. QBMG-1 Bruno Magnum Parente Timbó Pinheiro Silva

2º Sgt. QBMG-1 Luana Rocha Correio Vieira

3º Sgt. QBMG-1 Vitor Ferraz dos Santos

3º Sgt. QBMG-1 Mariana Pimentel Mascarenhas

3º Sgt. QBMG-1 Jhessica Tavares de Jesus

Comissão de revisão

Maj. QOBM/Comb. André Luís Silva Mezêncio

Cap. QOBM/Comb. Marcos Iglesias Garabato Fernandes da Silva

2º Ten. QOBM/Comb. Matheus Machado Ramiro

2º Sgt. QBMG-1 Fabíola Gomes Monteiro

Diagramação e Edição

2º Ten. QOBM/Comb. Matheus Machado Ramiro

D614m Distrito Federal (Brasil). Corpo de Bombeiros Militar. Grupamento de Busca e Salvamento.

Manual de atendimento a tentativas de suicídio do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal/ [Grupamento de Busca e Salvamento do] Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal - Brasília: CBMDF, 2026.

159 p. : il. color.

ISBN: 978-65-81664-05-3

1. Suicídio - Prevenção. 2. Urgências. 3. Corpo de bombeiros. I. Título.

CDU 614.88

Ficha catalográfica elaborada por: Cap. QOBM/Comb. Rafael Costa Guimarães - CRB 1-2822



AGRADECIMENTOS

O Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal manifesta seu sincero agradecimento a todos os profissionais que contribuíram para a elaboração deste Manual de Atendimento a Tentativas de Suicídio (ATS).

A construção deste documento foi possível graças ao empenho e à dedicação dos militares interventores, instrutores, profissionais da saúde mental, colaboradores de instituições parceiras e demais envolvidos, que compartilharam suas experiências, conhecimentos e práticas operacionais.

Registramos um agradecimento especial à Cap. QOBM/Comb. Lyrio, responsável pela primeira publicação institucional do CBMDF sobre o tema, cuja contribuição inicial se deu por meio de seu Trabalho de Conclusão de Curso no Curso de Formação de Oficiais - Turma 38, que resultou na elaboração de uma cartilha sobre prevenção ao suicídio. Seu pioneirismo e sensibilidade foram fundamentais para o avanço da doutrina institucional voltada à preservação da vida.

Reconhecemos, ainda, a importante colaboração dos militares abaixo na elaboração do Boletim Técnico de Atendimento a Tentativas de Suicídio, publicado em 2023, o qual representou o marco inicial da abordagem doutrinária formal do tema no CBMDF: Ten-Cel. QOBM/Comb. Victor Gonzaga de Mendonça, Ten-Cel. QOBM/Comb. Estevão Lamartine Nogueira Passarinho, Cap. QOBM/Comb. André Luís Silva Mezêncio, 1º Ten. QOBM/Comb. Tassiana Souza de Araújo e 2º Sgt. QBMG-1 Fabiola Gomes Monteiro.

Esse boletim foi o ponto de partida para a sistematização das práticas de intervenção em crises suicidas no âmbito da Corporação. Agora, este Manual

consolida e atualiza a doutrina institucional, representando o referencial técnico vigente e a maturidade alcançada pelo CBMDF na condução dessas ocorrências tão sensíveis e complexas.

Aos integrantes do Grupamento de Busca e Salvamento – GBS, responsáveis pela coordenação técnica e pedagógica, nossos reconhecimentos pela excelência e compromisso com a constante evolução doutrinária da Corporação.

Que este manual represente não apenas uma diretriz técnica, mas também um símbolo do compromisso coletivo com a valorização da vida, o profissionalismo no atendimento às crises suicidas e o fortalecimento de uma cultura de cuidado, respeito e humanidade no serviço do CBMDF.

Comandante-Geral do CBMDF



PREFÁCIO

O presente manual foi elaborado com o objetivo de fornecer diretrizes claras, humanizadas e eficazes para o atendimento a situações de tentativas de suicídio, uma realidade que desafia diariamente os militares do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (e claro, de qualquer instituição que atue nesse caso). Além da urgência médica, esse tipo de atendimento demanda sensibilidade, empatia e preparo emocional para lidar com o sofrimento humano em sua forma mais delicada.

Este livro reflete o compromisso institucional, e anseios individuais, com a preservação da vida e a promoção do bem-estar, integrando conhecimentos técnicos, protocolos atualizados e orientações psicológicas essenciais para a atuação dos bombeiros em campo. Esperamos que este manual sirva como uma ferramenta fundamental para capacitar nossos profissionais, fortalecendo sua confiança e competência ao enfrentar essas situações críticas.

Nesse sentido, o presente Manual 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.

A tentativa de suicídio como uma possível ocorrência no dia a dia de um bombeiro militar traz à tona uma reflexão que ultrapassa a missão corporativa. Não é difícil imaginar tudo que envolve uma situação limite, na qual a vítima, como última solução, tenta tirar a própria vida. Mais que o preparo profissional, os bombeiros militares devem estar preparados mentalmente para vencer a batalha mais difícil que possam travar - a dissuasão da ideia suicida.

Os bombeiros militares do CBMDF buscaram capacitações externas desde o ano de 2018. E continuam a buscar. Diante da urgência que o tema requer, após um longo período de adequação doutrinária e estudos internos, a Corporação, por meio do Grupamento de Busca e Salvamento, reuniu esforços e fomentou seu curso de especialização que prepara os bombeiros militares e profissionais da segurança pública para atuarem de forma humanizada diante de tentativas de suicídio. O Curso de Atendimento a Tentativas de Suicídio teve início com a primeira turma formada no ano de 2022.

Desde então, o CBMDF se tornou referência no assunto para todos que compreendem a sensibilidade do fenômeno do suicídio e o quão limítrofe é a atuação dos respondedores às ocorrências que envolvem atendimento a tentativas de suicídio.

A valorização da vida é a base de nossa missão, e é com respeito, cuidado e profissionalismo que enfrentamos esse desafio. Que este manual inspire e apoie cada bombeiro (que se já não for, seja um futuro interventor) a agir com coragem e humanidade, contribuindo para salvar vidas e oferecer esperança.

Os autores.

SUMÁRIO

- ▶ **Capítulo 1 - HISTÓRICO 13**
- ▶ **Capítulo 2 - TERMINOLOGIA 28**
- ▶ **Capítulo 3 - EPIDEMIOLOGIA 45**
- ▶ **Capítulo 4 - TRANSTORNOS RELACIONADOS AO SUICÍDIO 52**
- ▶ **Capítulo 5 - INTERVENÇÃO COMUNICATIVA 76**
- ▶ **Capítulo 6 - INTERVENÇÃO POR CONTENÇÃO FÍSICA 95**
- ▶ **Capítulo 7 - GERENCIAMENTO OPERACIONAL
EM TENTATIVAS DE SUICÍDIO 102**
- ▶ **Capítulo 8 - ASPECTOS JURÍDICOS RELACIONADOS
À TENTATIVA DE SUICÍDIO 117**
- ▶ **Capítulo 9 - PREVENÇÃO DO SUICÍDIO 127**
- ▶ **Anexo I - MITOS SOBRE O SUICÍDIO 147**
- ▶ **Anexo II - TECNOLOGIA NA PREVENÇÃO AO SUICÍDIO 150**
- ▶ **Anexo III - POR QUE AS PESSOAS COMETEM SUICÍDIO? 158**

CAPÍTULO 1



HISTÓRICO

CAPÍTULO 1 - HISTÓRICO

OBJETIVO:

- Compreender a evolução histórica do comportamento suicida.

O suicídio constitui um fenômeno presente na humanidade desde suas origens. O ser humano, enquanto sujeito dotado de racionalidade e consciência de si, sempre se deparou com questionamentos existenciais relacionados ao sentido da vida, ao sofrimento e à finitude. Nesse contexto, o principal paradigma não reside propriamente na existência do suicídio ao longo da história, mas na forma como esse fenômeno foi compreendido, interpretado e significado em diferentes períodos históricos e contextos socioculturais. As percepções sociais, morais, religiosas e científicas acerca do suicídio variaram significativamente ao longo do tempo, refletindo os valores e as estruturas simbólicas de cada sociedade.

1.1. POVOS PRIMITIVOS E ANTIGUIDADE

O suicídio entre povos primitivos era tratado das mais diversas formas, geralmente inserido em contextos culturais, espirituais e rituais específicos que refletiam suas crenças sobre a vida, a morte e o além. O relato mais antigo encontrado, data de 2.500 a.C., em que doze pessoas ingeriram veneno e aguardaram a morte na cidade de Ur, na Mesopotâmia.

A crença de que os mortos podem exercer influência negativa sobre os vivos existe desde os primórdios da humanidade, e isso envolve óbitos por auto execução. Como forma de proteção, os povos primitivos desenvolveram rituais e tabus e havia a crença de que o espírito do falecido voltaria para destruir o inimigo ou potencializar as habilidades de outrem para desempenhar tal tarefa.

Na antiguidade, a organização religiosa de diversos povos ocidentais possuía um ponto em comum: o paraíso oferecido aos idosos que deixavam a vida pelo suicídio. O suicídio ocorria de forma ritualística e com algum grau de coerção social - ainda que velada - e possuía um caráter de supremo altruísmo, uma vez que as limitações da velhice geravam impacto ao coletivo, posto que o idoso não tinha a mesma capacidade de exercer seu papel comunitário.

Em outro momento, quando os conflitos eram muito presentes, as culturas valorizavam um final violento - seja em batalha ou pelo suicídio - como oportunidades de obter um lugar especial no pós-morte.

Na cultura viking, o suicídio, ou mais precisamente o óbito em batalha, era visto como uma forma honrada de morrer e alcançar a vida após a morte no Valhalla (morada dos Einherjar, guerreiros mortos heroicamente, que seriam saudados pelas Valquírias e os levariam para o reino do Deus supremo Odin). Assim, a morte em batalha era institucionalizada e vista como uma forma gloriosa, e os guerreiros que morriam no campo de batalha eram considerados heróis.

Nesses contextos, o suicídio era uma prática legitimamente estimulada e normativamente legalizada considerando o contexto filosófico relacionado à vida, morte e o aspecto religioso relacionado ao pós-morte. Ademais, a indução aberta ao suicídio por parte desses povos tinha um sentido cultural legítimo e altruísta, pois serviria à perenidade do grupo.

Em várias culturas indígenas, como a tribo amazônica dos Zuruahã, o suicídio ritualizado era parte de um entendimento de que "não é bom morrer velho, é bom morrer jovem e forte". Jovens ingeriam voluntariamente um veneno como um rito, acreditando que essa morte lhes garantiria uma passagem digna para uma outra vida, melhor e mais alegre, onde reencontrariam seus ancestrais e não envelheceriam. Entre os Suruwahá, por exemplo, o suicídio por ingestão de timbó (leguminosa da qual é extraído um líquido tóxico utilizado em pescaria) era visto como a forma ideal de alcançar uma existência pós-morte privilegiada, enquanto morrer de velhice significava um destino espiritual menos desejável.

Em geral, para muitos povos primitivos, o suicídio não era interpretado como um ato de covardia ou pecado, mas sim como um caminho respeitável dentro de sua cosmologia, ligado a valores espirituais e sociais próprios. Assim, o tratamento do suicídio nos povos primitivos estava profundamente associado a crenças religiosas, rituais e normas sociais que variavam muito de acordo com a cultura, mas que quase sempre buscavam explicar e dar sentido a um fenômeno que envolve a morte voluntária, tentando integrar essa escolha dentro de uma visão maior do mundo e da existência.

1.2. GRÉCIA E ROMA ANTIGA

Na Grécia antiga, o suicídio era encarado de maneiras diversas, frequentemente associado a valores morais, sociais e religiosos. A visão predominante não era uniforme, variando de reprovação a aceitação, dependendo das circunstâncias e motivações do ato.

Em geral, tirar a própria vida era considerado um ato vergonhoso e uma ofensa aos deuses, que concediam a vida como um presente. Acreditava-se que o suicídio causava danos aos deuses, pois os indivíduos eram vistos como propriedade divina. Consequentemente, aqueles que cometiam suicídio frequentemente não recebiam os rituais fúnebres tradicionais. Mas essa visão era ambígua.

No livro *Odisseia*, já é retratado um caso de suicídio por afronta a honra. Ajax, herói de guerra que lutou ao lado de Aquiles, disputou a posse da armadura de seu amigo contra Ulisses, tendo esse vencido a disputa. Tomado por um acesso de loucura provocado pela deusa Atena, Ajax confundiu um rebanho de ovelhas com seus inimigos e os matou brutalmente. Quando recobrou a razão, sentiu-se envergonhado e desonrado por sua ação. Incapaz de suportar a vergonha e o desprezo, cometeu suicídio cravando sua espada no próprio peito.

Apesar da estigmatização, o suicídio também poderia ser visto como um ato heroico em certas situações. Por exemplo, Codro ("o último rei de Atenas"), que se sacrificou para salvar sua cidade, e o político e general Temístocles, que preferiu se envenenar a liderar os persas contra sua pátria, foram considerados heróis. O suicídio também era aceito como uma forma de evitar a desonra, a dor ou o sofrimento extremo.

As tragédias gregas frequentemente retratavam o suicídio como um recurso dramático para enfatizar o sofrimento e o destino dos personagens. No entanto, a frequência do suicídio nas tragédias não implica que fosse encarado com leviandade na vida real.

O suicídio era, em muitos casos, aceito, e até mesmo honrado em certas circunstâncias, como nos casos de Sócrates ou os suicídios heroicos dos estoicos. A filosofia estoica, por exemplo, defendia que o suicídio poderia ser uma escolha racional em face de uma vida indigna ou sem virtude.

A morte de Sócrates é um dos eventos mais marcantes e bem documentados da história da filosofia, graças principalmente aos relatos de seus discípulos Platão (em obras como a *Apologia de Sócrates*, *Críton* e *Fédon*) e Xenofonte. Sua morte não foi um suicídio voluntário,

mas sim a execução de uma sentença imposta pela cidade de Atenas (ele foi “condenado ao suicídio”). Tendo inclusive sido retratado pelo pintor francês Jacques-Louis David, em 1787.

Em 399 a.C., Sócrates, então com cerca de 70 anos, foi acusado formalmente de dois crimes: corromper a juventude (seus ensinamentos influenciavam negativamente os jovens atenienses, incitando-os a questionar as autoridades e as tradições da cidade) e impiedade, ou asebeia (foi acusado de não acreditar nos deuses da cidade e de introduzir novas divindades).

No julgamento, Sócrates defendeu sua posição, argumentando que suas ações eram motivadas por um desejo de buscar a verdade e promover a virtude na cidade. Ele acreditava estar cumprindo uma missão divina ao questionar as crenças e os valores de seus concidadãos, o que levaria cada um a examinar sua vida. Entretanto, ele não adotou uma postura submissa ou implorou por clemência, o que pode ter contribuído para o veredicto.

Por uma pequena margem de votos, Sócrates foi considerado culpado. Em seguida, foi dada a ele a oportunidade de propor sua própria “pena”. Sócrates tinha a opção de ir para o exílio (e, portanto, desistir de sua vocação filosófica) ou ser condenado à morte. Em vez de sugerir algo humilde, ele ironicamente propôs ser sustentado pelo Estado por seus serviços à cidade, comparando-se a um benfeitor. Essa atitude exasperou ainda mais os jurados, que então votaram pela pena de morte.

FIGURA 1. A MORTE DE SÓCRATES



Fonte: MetMuseum (2025).

A pintura retrata Platão e Críton, com o primeiro sentado melancolicamente na beira da cama e o outro segurando o joelho de Sócrates. No quadro, de vestes vermelhas, um discípulo de Sócrates, segura a taça de veneno Cicuta (da planta Conium). A mão de Sócrates aponta para o céu, indicando a sua reverência aos deuses e atitude corajosa pela sua morte.

A pena de morte em Atenas era geralmente realizada pela ingestão de cicuta, um veneno que causa paralisia progressiva do corpo, levando à morte por parada respiratória. No dia da execução, Sócrates manteve a calma e passou seus últimos momentos conversando com seus amigos e discípulos sobre questões filosóficas, incluindo a imortalidade da alma. Platão descreve esses momentos finais no diálogo com Fédon, que é uma das obras mais importantes sobre a filosofia da morte na tradição ocidental.

Em Roma, o suicídio era muitas vezes considerado um ato de liberdade pessoal, e grandes figuras históricas, como Cato e Sêneca, são citadas como exemplos de suicídio que buscava preservar a honra diante de crises políticas e pessoais. No entanto, em Leis, Platão afirma que o suicídio é um ato vergonhoso e defende que aqueles que tiram a própria vida sejam sepultados em túmulos anônimos, sem honra ou distinção. Aristóteles, por sua vez, via o suicídio como uma injustiça contra o Estado.

FIGURA 2. A MORTE DE SÊNECA



Fonte: Ficheiro (2025).

Em 65 d.C., uma conspiração para assassinar Nero, conhecida como a Conspiração de Pisão, foi descoberta. Embora Sêneca provavelmente não estivesse diretamente envolvido, ele era uma figura proeminente e influente ligada a muitos dos conspiradores. Nero, já paranoico e ressentido pela influência de Sêneca, viu nessa conspiração uma oportunidade para se livrar de figuras que ele considerava ameaças.

Sêneca, seguindo o costume romano para figuras de sua posição, escolheu a forma de sua própria morte. Com sua esposa e amigos presentes, ele cortou as veias de seus braços e para que o sangue fluísse rapidamente, das pernas também. Para acelerar o processo, ainda tomou veneno (cicuta). Tal ato foi retratado na pintura de Jacques-Louis David, criada em 1773.

1.3. IDADE MÉDIA

Com o apogeu do cristianismo e sua forte influência nos ritos da sociedade, o suicídio passou a ser veementemente condenado, sendo considerado um pecado grave, com consequências tanto religiosas, quanto sociais. Assim, o suicídio era frequentemente associado à traição contra Deus e à perda da alma.

A vida era vista como um dom de Deus, e somente Ele tinha o direito de tirá-la. O suicídio era interpretado como uma usurpação desse direito divino, uma rejeição do presente da vida e uma demonstração de falta de fé na providência de Deus. O suicídio era classificado como um pecado mortal, pois envolvia a rejeição consciente de Deus e da Sua vontade. A crença era que aqueles que morriam em pecado mortal sem arrependimento não poderiam alcançar a salvação eterna e seriam condenados ao inferno.

Embora possa parecer paradoxal, a teologia medieval argumentava que o amor-próprio deveria ser ordenado por Deus e direcionado para Ele. O suicídio era visto como uma forma distorcida desse amor, uma fuga egoísta dos sofrimentos da vida em vez de enfrentá-los com fé e paciência. Embora a Bíblia contenha relatos de suicídio (como o de Judas Iscariotes), estes eram geralmente apresentados como atos de desespero e remorso, reforçando a visão negativa do suicídio.

Em virtude da condenação religiosa, duras consequências sociais e legais eram atribuídas aos suicidas e seus familiares na Idade Média. Aos que morriam por suicídio frequentemente eram negados os ritos religiosos tradicionais, como um funeral cristão adequado e o sepultamento em solo consagrado. Seus corpos podiam ser enterrados fora dos cemitérios,

em locais isolados ou até mesmo em encruzilhadas. Em algumas regiões e períodos, os bens da pessoa que morreu por suicídio podiam ser confiscados pela Coroa (senhor feudal) ou por autoridades locais, punindo a família do falecido.

O ato de suicídio trazia infâmia e desonra não apenas para o indivíduo, mas também para sua família, que podia ser socialmente marginalizada. Em casos extremos, o corpo de quem morria por suicídio poderia ser alvo de punições póstumas, como ser arrastado pelas ruas ou ter sua sepultura violada.

Contudo, havia duas exceções: insanidade e martírio.

Se fosse comprovado que o indivíduo não estava em pleno uso de suas faculdades mentais no momento do ato (loucura ou insanidade), a responsabilidade moral e as consequências poderiam ser atenuadas. E no segundo caso, com altíssima raridade, atos que poderiam parecer suicídio, mas eram motivados por um desejo de evitar a apostasia da fé diante de perseguições, podiam ser vistos de forma diferente, embora essa interpretação fosse delicada e sujeita a debate.

As doutrinas de Santo Agostinho e São Tomás de Aquino fundamentaram a visão cristã de que a vida era um dom de Deus e, portanto, não deveria ser interrompida deliberadamente (vide o mandamento “não matarás”, incluindo aqui, a própria vida). A partir da Idade Média, o suicídio foi equiparado ao homicídio e tratado como um crime tanto no plano espiritual quanto no social. A frase a seguir expressa de forma marcante a visão da doutrina cristã medieval sobre o suicídio, que foi profundamente influenciada pelos ensinamentos de Santo Agostinho:

Nós dizemos, declaramos e confirmamos que ninguém tem o direito de espontaneamente se entregar à morte sob o pretexto de escapar aos tormentos passageiros, sob pena de mergulhar nos tormentos eternos (...) Ninguém tem o direito de se matar (Agostinho, 1998).

Com relação ao tratamento, a medicina medieval herdou conceitos da Antiguidade, como os de Hipócrates e Galeno, baseados na teoria dos quatro humores: sangue, fleuma, bile amarela e bile negra. O excesso de bile negra (atrabilis) causaria melancolia, associada a comportamentos depressivos e, por vezes, suicidas. O tratamento seria sangria, dietas, mudanças no ambiente, fitoterapia, internação em mosteiros, oração, penitência, exorcismo (mas a ideia de que suicídio estaria relacionado a um transtorno mental era praticamente inexistente, e sim, era um ato moral e religioso).

Em raríssimos casos associados a tentativa de suicídio, era realizada a “extração da pedra da loucura”. Não era um tratamento específico para suicídio, mas uma prática ou alegoria para tratar a loucura, demência, tolice ou comportamentos socialmente inaceitáveis. Hieronymus Bosch retrata tal ação em seu quadro, A Extração da Pedra da Loucura, de 1494, que mostra um (falso) cirurgião retirando uma pedra da cabeça de um homem louco. O que se observa na pintura são símbolos de charlatanismo e há uma clara crítica à medicina da época. Em algumas crônicas, há relatos de práticas similares – como trepanação (perfurar o crânio) – usadas para “libertar” maus espíritos ou aliviar dores de cabeça e estados de desespero, mas isso era raro e cercado de superstição.

FIGURA 3. A EXTRAÇÃO DA PEDRA DA LOUCURA



Fonte: Bosch (2025).

1.4. RENASCIMENTO E ILUMINISMO

O Renascimento e o Iluminismo marcaram uma significativa mudança na forma como o suicídio era encarado em comparação com a Idade Média, embora a condenação religiosa ainda tivesse alguma influência. Houve uma crescente secularização do pensamento e um maior foco na razão, na autonomia individual e na perspectiva filosófica.

O Renascimento trouxe um renovado interesse pela filosofia e literatura da Grécia e Roma antigas. Filósofos estoicos como Sêneca e céticos como Montaigne, que abordaram a morte e o suicídio de manei-

ras mais complexas do que a estrita doutrina cristã medieval, ganharam novamente popularidade.

O foco no potencial humano e na dignidade individual levou a uma reavaliação de questões éticas. Embora o suicídio ainda fosse geralmente desaprovado, começou a haver uma maior consideração pelas circunstâncias individuais e pelo sofrimento que poderia levar alguém a tal ato. A arte e a literatura renascentistas frequentemente exploravam temas de melancolia, desespero e morte, às vezes de maneiras que poderiam suscitar simpatia ou compreensão pelos personagens que contemplavam ou cometiam suicídio. No entanto, a condenação moral raramente estava ausente.

Dado seu tamanho e poder, a Igreja Católica ainda exercia considerável influência, e a condenação religiosa do suicídio como pecado mortal persistia. As leis civis muitas vezes refletiam essa visão, com punições para aqueles que tentavam ou consumavam o suicídio, como a confiscação de bens e a negação de sepultamento cristão. Aos poucos, começaram a surgir debates sobre a sanidade mental e a responsabilidade individual em casos de suicídio. A ideia de que a loucura poderia atenuar a culpa começou a ganhar alguma aceitação.

O Iluminismo elevou a razão e a autonomia individual como princípios supremos. Isso levou a uma crítica mais acentuada das doutrinas religiosas tradicionais e a uma maior ênfase na liberdade de pensamento e na capacidade do indivíduo de tomar suas próprias decisões. Filósofos iluministas, como David Hume e Cesare Beccaria, questionaram abertamente a criminalização do suicídio.

Hume argumentou que o ato não era uma ofensa contra Deus, a sociedade ou si mesmo, em certas circunstâncias. Beccaria defendia que a lei não deveria punir o suicídio, pois a punição não poderia alcançar o indivíduo morto e seria injusta para com seus familiares.

Esse movimento também promoveu valores como a compaixão e a empatia. Isso levou a uma crescente compreensão do sofrimento mental e emocional que poderia levar ao suicídio, afastando-se de uma visão puramente moralista e condenatória. Mesmo que de maneira lenta, as leis e as atitudes em relação ao suicídio começaram a mudar em alguns lugares. A criminalização tornou-se menos comum, e houve um reconhecimento crescente da necessidade de compreender as causas subjacentes ao ato.

E há aqui, a inclusão do Romantismo (posterior ao auge do Iluminismo), onde se inicia um foco na experiência individual e nas emoções intensas, o que também contribuiu para uma visão mais complexa do suicídio na literatura e na arte. O suicídio podia ser

retratado como um ato de desespero romântico ou uma reação a um mundo opressor.

E nesse período, ainda que de maneira incipiente, começam a surgir discussões sobre a relação entre o suicídio e a doença mental. A ideia de que alguns suicídios poderiam ser resultado de condições médicas, em vez de mera maldade moral, ganhou força.

1.5. ERA MODERNA

A visão do suicídio na era moderna (aproximadamente do século XIX até os dias atuais) passou por transformações significativas, influenciada por avanços na ciência, na medicina, na psicologia, na sociologia e por mudanças culturais e filosóficas. A condenação religiosa, embora ainda presente em algumas esferas, perdeu sua hegemonia como principal forma de entender o suicídio.

Durante o século XIX, o surgimento da psiquiatria e da sociologia trouxe uma nova abordagem ao suicídio. Em vez de ser visto apenas como um pecado ou crime, o suicídio passou a ser interpretado como uma questão de saúde mental. Um dos fundadores da sociologia, Émile Durkheim, na obra "O Suicídio" (1897), analisou o suicídio como um fenômeno social, influenciado por fatores como a integração social, a regulação social e as normas culturais. Ele identificou diferentes tipos de suicídio (egoísta, altruísta, anômico e fatalista) relacionados a essas forças sociais. Essa abordagem deslocou o foco da falha moral individual para as influências sociais e argumentou que fatores sociais e estruturais desempenhavam um papel importante no aumento das taxas de suicídio.

No século XX, o suicídio começou a ser descriminalizado em muitos países ocidentais. O foco mudou para o tratamento e a prevenção, em vez de punição. O suicídio passou a ser visto, sobretudo, como uma questão de saúde pública, com esforços crescentes para identificar suas causas psicológicas e sociais. A psiquiatria e a psicologia exercem um papel fundamental na compreensão e no cuidado de indivíduos com propensões suicidas. Na sociedade contemporânea, o suicídio passou a ser visto de forma mais humanizada, com foco na prevenção, no atendimento médico adequado e no suporte psicológico contínuo.

Na abordagem historiográfica, temos como obra pioneira e fundamental o resultado do longo estudo do historiador francês Georges Minois, em 1995, com seu livro "História do suicídio: A sociedade ocidental diante da morte voluntária" que trouxe a tona achados incipientes de cunho investigativo acerca do suicídio.

Nos dias atuais, o suicídio permanece como um tema amplamente debatido, tanto sob a perspectiva filosófica quanto no âmbito da saúde

pública. A influência da mídia, os casos de personalidades conhecidas que tiraram a própria vida e a gradual aceitação do suicídio assistido em determinados países contribuem para esse debate. Paralelamente, o crescente reconhecimento da importância da saúde mental tem impulsionado ações e campanhas de prevenção, buscando reduzir as taxas de suicídio em escala global.

1.6. TEMPOS ATUAIS: PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Ao longo da era moderna, houve um movimento gradual para desestigmatizar o suicídio e as questões de saúde mental relacionadas. Campanhas de conscientização visam educar o público, reduzir o preconceito e encorajar as pessoas a buscar ajuda. O reconhecimento de que o suicídio é frequentemente evitável e não uma escolha egoísta ou covarde tem crescido.

A prevenção do suicídio tornou-se uma área importante de pesquisa e intervenção. Estratégias de prevenção incluem a identificação precoce de pessoas em risco, o acesso facilitado a serviços de saúde mental, a restrição de meios letais, a criação de redes de apoio e a intervenção em crises de fatores que culminam na tentativa/consumação do suicídio.

Embora a visão religiosa tenha perdido centralidade, debates éticos e filosóficos sobre a autonomia individual e o direito de morrer persistem. Questões como o suicídio assistido e a eutanásia continuam sendo controversas, com diferentes perspectivas baseadas em valores individuais, religiosos e sociais.

A forma como o suicídio é retratado na mídia, na literatura e na cultura popular pode ter um impacto significativo na percepção pública. Representações sensacionalistas ou romantizadas podem ser prejudiciais, enquanto abordagens responsáveis e informativas podem contribuir para a conscientização e a prevenção.

A pesquisa em neurociência e farmacologia tem levado a uma melhor compreensão dos mecanismos biológicos subjacentes aos transtornos mentais e ao comportamento suicida, abrindo caminho para tratamentos mais eficazes. E por fim, o suicídio é cada vez mais encarado como um problema de saúde pública, com a coleta de dados, o monitoramento de tendências e a implementação de políticas públicas voltadas para a prevenção em nível populacional.

No Brasil, a percepção do suicídio na era moderna acompanha as tendências observadas em nível global. Há um reconhecimento crescente da relevância da saúde mental e da urgência de tratar o suicídio como uma questão de saúde pública. Iniciativas como a campanha

“Setembro Amarelo” visam sensibilizar a sociedade e promover a prevenção. Embora o acesso a serviços de saúde mental ainda enfrente desafios, existem avanços na ampliação e no fortalecimento da rede de atenção psicossocial. A mídia tem adotado posturas mais responsáveis na abordagem do tema, enquanto o debate sobre a descriminalização e a ampliação do suporte psicológico ganha cada vez mais espaço na agenda pública.

1.7. ATENDIMENTOS NO ÂMBITO BOMBEIRO MILITAR

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 dado maior atenção à importância do acolhimento para um melhor prognóstico da vítima.

Isto porque uma atuação inadequada da equipe de socorro 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 próxima 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.

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.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGOSTINHO, Santo. **A Cidade de Deus**. Serviço de educação. Fundação Calouste Gulbenkian. Tradução original do livro DE CIVITATE DEI. 822 p. 1996. Disponível em: [<https://frutodagraca.wordpress.com/wp-content/uploads/2020/03/cidadedededeus-santoagostinho.pdf>].

AZEVEDO, Dodô. **O suicídio não é um mal contemporâneo**. Disponível em: [<https://oglobo.globo.com/opiniaio/o-suicidio-nao-um-mal-contemporaneo-22768194>]. Acesso em 01 fev 2025.

BOSCH, Hieronymus. **A Extração da Pedra da Loucura. Acerto de conteúdo livre, foto de domínio público**. Disponível em: [https://pt.m.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:Hieronymus_Bosch_053_detail.jpg]. Acesso em 02 fev 2025.

BOTEGA, Neury José. **Crise Suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021**. Boletim Epidemiológico, Volume 55, nº 04. 18 p. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**, 2006.

CAMARGO JUNIOR, Carlos Alberto de; MUNHOZ, Diógenes Martins; RODRIGUES, Carlos Roberto. **Abordagem técnica a tentativas de suicídio – manual participante**. 1ª. ed. Franco da Rocha: Escola Superior de Bombeiros, 2018. 51 p.

COMITÊ NACIONAL DE ABORDAGEM TÉCNICA A TENTATIVAS DE SUICÍDIO (CONATTS). **Nota Técnica: Abordagem técnica a tentativas de suicídio**. Belo Horizonte, 33 p. 2022.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL (CBMDF). **Boletim de informação técnico-profissional. Assunto: atendimento a tentativas de suicídio**. Boletim Geral 127, de 07 de julho de 2023. 32p. 2023.

FICHEIRO, Wikipedia. **LA morte di Séneca**. (Foto: Reprodução/ Domínio público). Disponível em: [https://pt.m.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:David_La_morte_di_Seneca.jpg]. Acesso em 07 maio 2025.

DURKHEIM, Émile. **O suicídio**. São Paulo: Editora Martin Claret, 2002.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. Editora Perspectiva. Título do original em francês Histoire de la Folie à l'Âge Classique. Coleção Estudos Dirigida por J. Guinsburg. 608 p. Copyright © Éditions Gallimard, 1972.

METMUSEUM, The. **The Death of Socrates, Jacques-Louis David**. **Foto de domínio público**. Disponível em: [<https://www.metmuseum.org/art/collection/search/436105>]. Acesso em 01 abr 2025.

MILLER, Luiz de Paiva. **Depressão e Suicídio**. Rio de Janeiro: Editora Imago, Vol. 2, 1980.

MINAYO, M. C. de S. e; SOUZA, E. R. de. **Violência para todos**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 9, n. 1, jan./mar. 1993.

MINOIS, Georges. **História do Suicídio: A Sociedade Ocidental Diante da Morte Voluntária**. Editora Unesp; 1ª edição, 30 junho 2018.

MUNHOZ, Diógenes Martins. **Abordagem Técnica a Tentativas de Suicídio**. 1. ed. São Paulo: Authentic Fire, 2018. 224 p.

PAIXÃO DE SOUSA, José Edir; et al. **Abordagem na tentativa de suicídio: manual teórico-prático para profissionais da segurança pública /** Fortaleza: INESP, 2018. 116p. : il. ; 30cm.

PERES, Maria Fernanda Tourinho. **Mortalidade por armas de fogo no Brasil: 1991-2000**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

PICKERING, W.S.F., ed. (2000). **Durkheim's Suicide : a century of research and debate** 1. publ. ed. London [u.a.]: Routledge. p. 69. ISBN 978-0-415-20582-5

SANTOS, Rodrigo Luiz dos; VALE, Padre Lício de Araújo. **Superando a Dor da Perda de Quem Você Ama**. Editora Canção Nova. ISBN 9786588451724, 112 p., 2021.

SANTOS, S. A.; LOVISI, G.; LEGAY, L.; ABELHA, L. **Prevalence of mental disorders associated with suicide attempts treated at an emergency hospital in Rio de Janeiro, Brazil**. Cad saúde Pública. 2009, Sep; 25(9) : 2064-74.

SOARES, Martinho. **Eutanásia e suicídio na cultura clássica greco-romana**. Humanística e Teologia. 38:1(2017) 23-37.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002.

YUNES, J. A. **A epidemiologia da violência**. In: OLIVEIRA, M. C. (org.). Demografia da exclusão social. Campinas: Unicamp, p. 145-165, 2001.

CAPÍTULO 2

TERMINOLOGÍA



CAPÍTULO 2 - TERMINOLOGIA

OBJETIVO:

- Conhecer e definir os principais termos relacionados ao suicídio.

Suicídio

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o suicídio “como um ato voluntário, consciente e intencional de tirar a própria vida”. A OMS também destaca que o suicídio é um fenômeno complexo e multifatorial, influenciado por fatores psicológicos, socioeconômicos, genéticos, culturais e físicos. A palavra deriva do latim, *sui* (si mesmo) e *caedere* (ação de matar), sendo utilizada pela primeira vez por Desfontaines, em 1737. Posteriormente a palavra foi adotada pela comunidade científica ao pesquisar os fatores envolvidos (psicológicos e sociais).

O suicídio não é causado por um único fator, trata-se de um desfecho complexo, fruto da soma e da interação entre sofrimento psíquico, fatores de riscos individuais, contexto social, eventos de vida e ausência de fatores protetivos.

A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e o Conselho Federal de Medicina (CFM) conceituam o suicídio como um ato deliberado, realizado pelo próprio indivíduo, com a intenção de provocar a própria morte, utilizando um meio que acredita ser letal. Além disso, essas entidades ressaltam que o comportamento suicida engloba não apenas o ato em si, mas também os pensamentos suicidas, a elaboração de planos e as tentativas de suicídio. Como veremos a seguir.

Seguem abaixo os principais termos relacionados ao tema:

Comportamento Suicida

O comportamento suicida abrange uma variedade de pensamentos, sentimentos, planos e ações relacionados à intenção de tirar a própria vida e compreende os seguintes aspectos: ideação, planejamento, tentativa e desfecho.

O comportamento suicida abrange qualquer ação em que o indivíduo provoque dano a si mesmo, independentemente do nível de intenção letal ou dos motivos que o levaram a esse ato. Esse comportamento tem origem em pensamentos autodestrutivos e pode se manifestar por meio de ameaças, gestos, tentativas de suicídio e, por fim, sua consumação.

Os pensamentos e comportamentos suicidas incluem diferentes estágios:

- **Ideação:** envolve pensamentos recorrentes sobre a possibilidade de tirar a própria vida, variando em intensidade e frequência;
- **Planejamento:** refere-se à elaboração de um método específico para o ato, incluindo a organização mental e/ou física dos passos necessários para a sua execução;
- **Tentativa de suicídio:** consiste na realização de ações autoprovocadas que resultam em lesões, com algum grau de intenção de morrer em decorrência delas;
- **Suicídio consumado:** Morte resultante de um ato intencional de autoagressão.

Ideação suicida

A ideação suicida diz respeito a quaisquer pensamentos, imagens, crenças, vozes ou outras cognições reportadas pelo indivíduo relacionadas à intenção de pôr fim à própria vida. Esse fenômeno pode apresentar diferentes níveis de intensidade e duração, indo desde pensamentos breves de desvalorização da vida até considerações frequentes e profundas sobre o sentido de viver ou morrer.

É importante entender que a ideação suicida não significa necessariamente que a pessoa irá tentar se matar, mas indica que ela está passando por um sofrimento significativo e considera o suicídio como uma possível “solução” para sua dor.

Tentativa de suicídio

A tentativa de suicídio representa uma das manifestações do comportamento suicida e ocorre quando um indivíduo executa ações intencionais para tirar a própria vida. As tentativas de suicídio variam em gravidade e motivação, podendo ser desde gestos impulsivos até atos cuidadosamente planejados. Embora possam não resultar na morte, elas indicam um alto risco de recorrência e, por isso, exigem atenção e intervenção imediata.

A tentativa de suicídio deve ser compreendida como um sinal crítico de sofrimento psicológico e uma oportunidade para oferecer suporte, prevenindo futuras ocorrências e reduzindo o risco de progressão para um desfecho fatal.

Tentante ou Vítima

Pessoa com intenção de causar a própria morte. É o ator da ocorrência de tentativa de suicídio.

Método de suicídio

Método escolhido ou utilizado pela pessoa para a concretização da tentativa de suicídio.

Interventor Primário

Militar (ou pessoa autorizada) responsável por estabelecer e conduzir a comunicação com o tentante. O interventor utilizará técnicas especializadas para criar vínculo, oferecer acolhimento e promover um ambiente de segurança emocional. A intervenção será pautada em estratégias como comunicação assertiva, comunicação não violenta e escuta ativa, essenciais para compreender a situação e retirar a vítima da situação de risco.

Interventor secundário

Militar (ou pessoa autorizada) responsável por assessorar e acompanhar o interventor primário em todas as etapas do atendimento à ocorrência. Esse profissional pode ser acionado para substituir o interventor primário, caso necessário, garantindo a continuidade da intervenção.

Além disso, atua na segurança operacional na zona quente, monitorando o ambiente, identificando ameaças e vulnerabilidades e, sempre que possível, gerenciando os riscos da cena. Seu papel é fundamental para assegurar um atendimento seguro e eficaz para a equipe e para a vítima.

Espaços de comunicação

Área mínima que deve ser respeitada para garantir a segurança, a aceitação da aproximação pelo tentante e a eficácia da comunicação entre ele e o interventor. Esse espaço desempenha um papel essencial na avaliação do progresso 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 o acionamento pelo comandante do incidente ou interventores comunicativos 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.

Vínculo (Rapport)

União, relação, ligação ou conexão estabelecida entre duas pessoas, neste caso, entre o interventor e o tentante. Rapport é um termo, originado na psicologia, que se refere à criação de um relacionamento baseado na empatia, confiança e compreensão mútua. No contexto da intervenção, o rapport é essencial para facilitar o diálogo, reduzir a resistência do tentante e possibilitar uma intervenção mais humanizada e eficaz.

Intervenção comunicativa

Intervenção baseada na escuta e diálogo (escuta ativa, comunicação assertiva e não violenta), utilizando técnicas de comunicação verbal e não verbal para estabelecer vínculo com a vítima. Busca incentivar a desistência voluntária do ato sem a necessidade de técnicas de contenção/imobilização. O objetivo principal é promover um resgate humanizado, conduzindo a vítima a cessar a tentativa por decisão própria.

Intervenção por contenção física

Empregada quando a Intervenção Comunicativa se torna contraindicada ou ineficaz, essa ação utiliza o poder coercitivo por meio de técnicas de contenção ou imobilização para impedir que a vítima execute o plano de autoextermínio. É realizada por uma equipe especializada, treinada para intervir com segurança e minimizar riscos, garantindo a proteção da vítima e dos profissionais envolvidos. Nesse tipo de intervenção, a tentativa é cessada pela ação direta da equipe de contenção física.

Desfecho

Desfecho é o resultado, a conclusão, o término, o desenlace de um evento. Existem 3 (três) 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 motivos próprios;
- **Tentativa interrompida:** quando a equipe de intervenção por contenção física age coercitivamente interrompendo a execução do plano; e

- **Execução da tentativa:**

- » Autolesão: quando a vítima executa o plano de auto aniquilação, contudo não obtém 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.

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 (TEPT).

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 chamar de “sobreviventes”.

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.

Risco de Suicídio

Informações relevantes e articuladas que possibilitam uma avaliação do prognóstico do atendimento. \

Risco Baixo

- 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

- Tentativa prévia;
- Depressão ou transtorno afetivo bipolar;
- Ideias persistentes de suicídio vistas como solução; não tem um plano de como se matar;
- Não é uma pessoa impulsiva;
- Não abusa/depende de álcool e drogas;
- Conta com apoio social.

Risco Alto

- Há tentativa de suicídio prévia;
- Depressão grave, influência de delírio e alucinação;
- Abuso/dependência de álcool ou outras drogas;
- Desespero, tormento psíquico intolerável, não vê saídas;
- Plano definido de se matar;
- Em meios de como fazê-lo;
- Já tomou providências para o ato suicida.

Fatores de risco

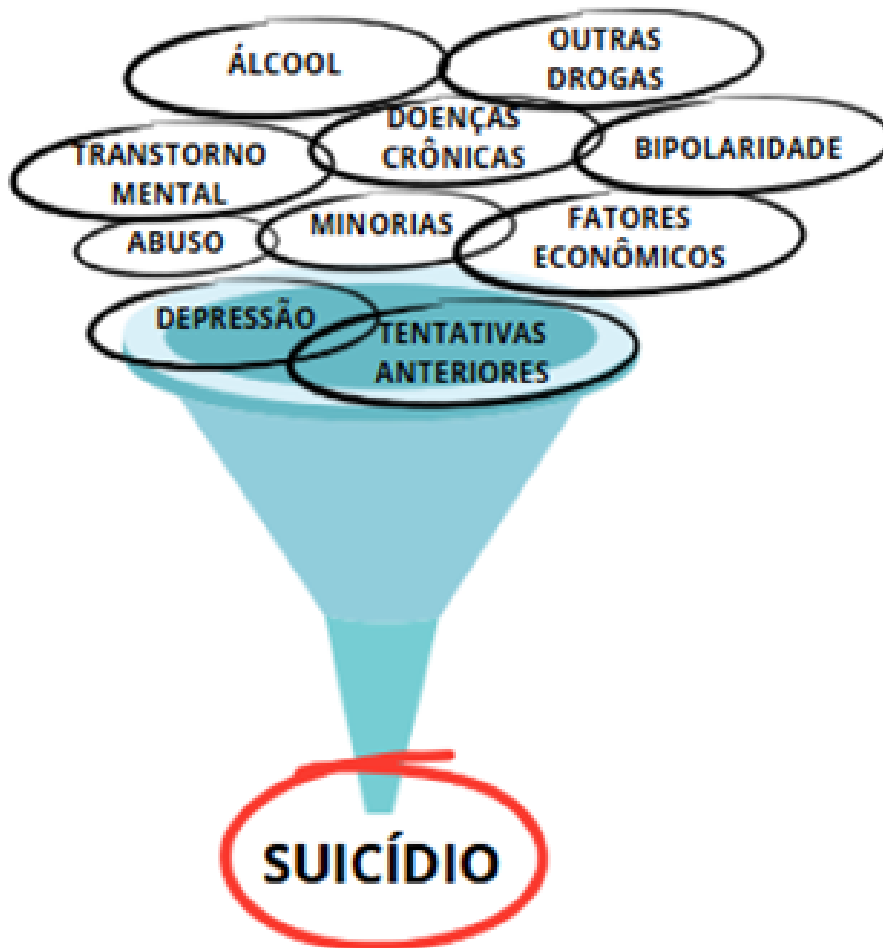
São fatores que, quando presentes, aumentam o risco de a vítima executar o plano de autoextermínio. Possuem natureza variável, com influência genética, elementos da história pessoal e familiar, elementos culturais e socioeconômicos, acontecimentos estressantes, traços de personalidade e transtornos mentais. 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).

Seguem abaixo alguns fatores (que podem ser) de risco para o suicídio:

- Fatores sociodemográficos: sexo masculino, adultos jovens (19 a 49 anos) e idosos, estado civil viúvo ou divorciado, orientação sexual (população LGBTQIAPN+), ateus, protestantes; grupos étnicos minoritários;
- Transtornos: depressão, bipolaridade, abuso de álcool e outras drogas; história familiar de doença mental; história familiar de tentativas de suicídio, comorbidade psiquiátrica;
- Fatores psicossociais: Abuso físico ou sexual, perda ou separação dos pais na infância, instabilidade familiar, ausência de apoio social, isolamento social, perda afetiva recente ou outro acontecimento estressante, datas importantes (reações de aniversário), desemprego, aposentadoria, violência doméstica;

- Outros: acesso a meios letais; doenças físicas incapacitantes, estigmatizantes, dolorosas, terminais; tentativas anteriores; falta de adesão a terapias ou tratamentos.

FIGURA 4. FATORES DE RISCO AO SUICÍDIO



Fonte: Os autores

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.

Exemplos:

- Transtornos psiquiátricos;
- Tentativa prévia de suicídio;
- Suicídio na família;
- Abuso sexual na infância;
- Impulsividade/Agressividade;
- Isolamento Social;
- Doenças incapacitantes/incuráveis;
- Alta recente de internação psiquiátrica.

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

Exemplos:

- Desilusão amorosa;
- Separação conjugal;
- Conflitos relacionais;
- Derrocada financeira;
- Perda de emprego;
- Desonra/vergonha;
- Embriaguez;
- Fácil acesso a um meio letal.

FIGURA 5. RELAÇÃO DO TEMPO, FATORES DE RISCO E O SUICÍDIO.



Fonte: Os autores

Além disso, a presença de um histórico de tentativa de suicídio prévia exige atenção redobrada, pois estudos apontam que esse é um dos principais preditores tanto para novas tentativas quanto para o suicídio consumado.

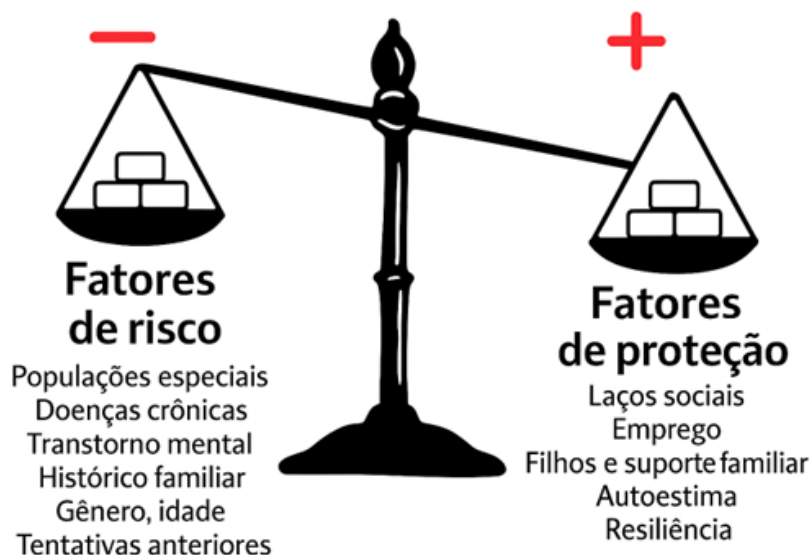
Fatores de proteção

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 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.

Nota: de modo geral, existem fatores de risco e fatores de proteção comumente associados ao comportamento suicida. No entanto, a identificação precisa desses fatores em um indivíduo específico requer uma avaliação cuidadosa, realizada por meio do diálogo com o tentante.

FIGURA 6. FATORES DE RISCO VS. FATORES DE PROTEÇÃO.



Fonte: Os autores

Por exemplo: filhos costumam ser considerados um fator de proteção, pois podem representar um motivo para a pessoa seguir vivendo. Entretanto, em determinados contextos, a relação com os filhos pode funcionar como um gatilho emocional, intensificando o sofrimento e aumentando o risco.

Por isso, é fundamental que a intervenção seja individualizada, evitando generalizações e permitindo uma compreensão mais aprofundada da realidade e das vulnerabilidades de cada pessoa.

Suicidologia

A suicidologia é o estudo do suicídio e seu comportamento relacionado, abrangendo aspectos epidemiológicos, psicológicos, sociológicos, culturais e biológicos. Seu objetivo é compreender os fatores de risco e proteção envolvidos no fenômeno, a fim de desenvolver estratégias eficazes de prevenção, intervenção e pós-venção.

Prevenção

Na suicidologia, a prevenção refere-se ao conjunto de estratégias, políticas e ações voltadas para reduzir a incidência de suicídios e tentativas de suicídio. Essas medidas buscam atuar em fatores de risco e fortalecer fatores de proteção, promovendo o bem-estar mental e emocional.

Pós-venção

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.

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 Distrito Federal existem shoppings, viadutos ou pontes específicos que adquirem tal classificação, por serem sítios em que consumações anteriores resultaram em óbito, incentivando a repetição do ato por outros tentantes.

FIGURA 7. PONTE JK - BRASÍLIA (DF)



Fonte: imagem gerada por OpenAI (2025).

Efeito Werther

Na década de 1970, 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.

O Efeito Werther é um fenômeno sociológico e psicológico que se refere a uma ampliação dos casos de suicídios ou tentativas de suicídio após a ampla divulgação de um caso na mídia. Esse efeito ocorre quando indivíduos vulneráveis, ao tomarem conhecimento de um suicídio noticiado, se identificam com a vítima e podem ser influenciados a agir de maneira semelhante.

O termo foi cunhado em 1974 a partir do romance “Os Sofrimentos do Jovem Werther” (1774), de Johann Wolfgang von Goethe, no qual o protagonista comete suicídio por amor. Após a publicação do livro, houve relatos de um aumento significativo de suicídios entre jovens que se identificavam com o personagem, o que levou até mesmo à proibição da obra em alguns países.

Estudos mostram que certos tipos de cobertura midiática podem contribuir para esse efeito, especialmente quando romantizam ou glorificam o ato, descrevem métodos com detalhes, apresentam a vítima como heroica ou mártir ou quando oferecem explicações simplistas para o suicídio.

Para mitigar o Efeito Werther, organizações de saúde, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), recomendam que a mídia adote práticas responsáveis na abordagem do tema, destacando fatores de prevenção, divulgando canais de ajuda e evitando sensacionalismo.

Para isso, a OMS publicou um manual com o seguinte título “Prevenção ao Suicídio: um manual para profissionais da mídia” no qual ela 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.

Efeito Papageno

Oposto ao Efeito Werther, o Efeito Papageno é um fenômeno psicológico e sociológico que se refere à redução do risco de suicídio quando são divulgadas histórias de superação, resiliência e estratégias eficazes para lidar com crises emocionais, ou seja, por meio da publicação adequada de informações. Esse efeito ocorre quando indivíduos vulneráveis, ao serem expostos a narrativas de pessoas que encontraram alternativas para enfrentar seus sofrimentos, percebem que existem outras soluções além do suicídio.

O nome do efeito vem do personagem Papageno, da ópera A Flauta Mágica (1791), de Wolfgang Amadeus Mozart. Na história, Papageno, desesperado por não encontrar sua amada, pensa em tirar a própria vida, mas é impedido por três espíritos que lhe mostram novas possibilidades e esperança, levando-o a desistir do suicídio.

Estudos indicam que a mídia pode desempenhar um papel crucial na prevenção do suicídio ao adotar abordagens responsáveis, como compartilhar histórias de superação e recuperação, destacar recursos de apoio e tratamento, evitar romantizar ou detalhar métodos de suicídio e incentivar a busca por ajuda profissional.

O Efeito Papageno é considerado uma estratégia eficaz na prevenção do suicídio, pois reforça a ideia de que há alternativas para lidar com o sofrimento e que buscar apoio pode fazer a diferença.

Características Psicológicas

As características psicológicas são os aspectos individuais que influenciam o pensamento, as emoções e o comportamento de uma pessoa. Elas são moldadas por fatores biológicos, ambientais e experiências de vida, determinando como um indivíduo percebe o mundo, reage a situações e interage com os outros.

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. À medida que a confusão emocional diminui, o paciente tende a se tornar mais reflexivo e cuidadoso, passando a considerar alternativas para seguir vivendo.

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. – podem 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 a assimilação desses conceitos para compreensão e avaliação do estado da vítima.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOTEGA, Neury José. **Crise Suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BOTEGA, Neury José. **O complexo e multifatorial caminho do suicídio**. Revista do Instituto Humanitas Unisinos - IHU, nº 515, Ano XVII, p. 42-46, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021**. Boletim Epidemiológico, Volume 55, nº 04. 18 p. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**, 2006.

CAMARGO JUNIOR, Carlos Alberto de; MUNHOZ, Diógenes Martins; RODRIGUES, Carlos Roberto. **Abordagem técnica a tentativas de suicídio - manual participante**. 1ª. ed. Franco da Rocha: Escola Superior de Bombeiros, 2018. 51 p.

COMITÊ NACIONAL DE ABORDAGEM TÉCNICA A TENTATIVAS DE SUICÍDIO (CONATTS). **Nota Técnica: Abordagem técnica a tentativas de suicídio**. Belo Horizonte, 33 p., 2022.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL (CBMDF). **Boletim de informação técnico-profissional. Assunto: atendimento a tentativas de suicídio**. Boletim Geral 127, de 07 de julho de 2023. 32p., 2023.

DURKHEIM, Émile. **O suicídio**. São Paulo: Editora Martin Claret, 2002.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL (GDF). **Guia de orientações: abordagem ao luto por suicídio e pós-venção**. 38 p., Brasília, 2023.

MILLER, Luiz de Paiva. **Depressão e Suicídio**. Rio de Janeiro: Editora Imago, Vol. 2, 1980.

MINAYO, M. C. de S. e; SOUZA, E. R. de. **Violência para todos**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 9, n. 1, jan./mar. 1993.

OPENAI. GPT-4o. **Ponte Juscelino Kubitschek à noite**. Imagem gerada por inteligência artificial. 2025. Disponível em: [<https://chatgpt.com/c/68118d3e-899c-8003-97b8-b0b5cf236135>]. Acesso em: 29 abr. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da mídia**. Departamento de saúde mental. Transtornos mentais e comportamentais. 10 p. Disponível em: [<https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1TbTRG9kbTRpD9OwqSld2YVij2iygPtvK>]. Acesso em 02 maio 2025.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Plan de acción sobre salud mental 2013-2020**. Catalogación por la Biblioteca de la OMS. ISBN 978 92 4 350602 9 (Clasificación NLM: WM 101). 54p. 2013.

MUNHOZ, Diógenes Martins. **Abordagem Técnica a Tentativas de Suicídio**. 1. ed. São Paulo: Authentic Fire, 2018. 224 p.

SANTOS, Rodrigo Luiz dos; VALE, Padre Lício de Araújo. **Superando a Dor da Perda de Quem Você Ama**. Editora Canção Nova. ISBN 9786588451724, 112 p., 2021.

SANTOS, S. A.; LOVISI, G.; LEGAY, L.; ABELHA, L. **Prevalence of mental disorders associated with suicide attempts treated at an emergency hospital in Rio de Janeiro, Brazil**. Cad saúde Pública. 2009, Sep; 25(9) : 2064-74.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002.

CAPÍTULO 3

EPIDEMIOLOGIA



CAPÍTULO 3 - EPIDEMIOLOGIA

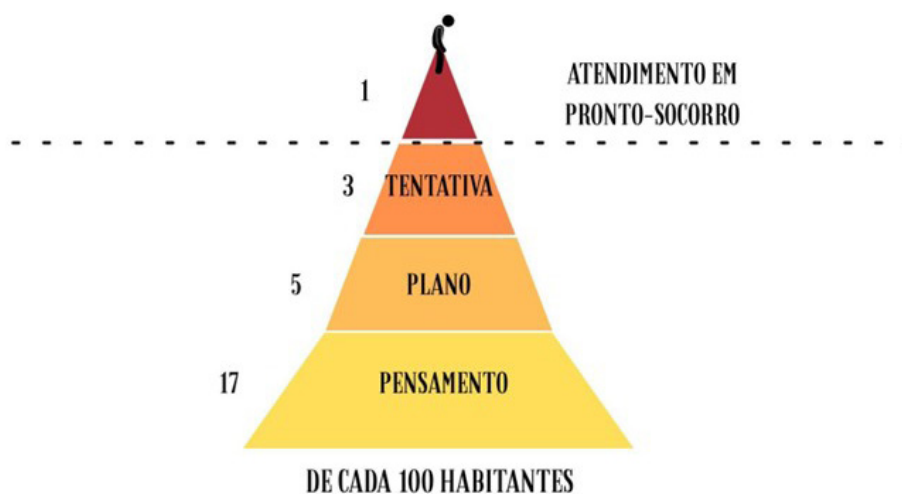
OBJETIVO:

- Compreender as principais estatísticas sobre as características das tentativas de suicídio no Brasil e no Distrito Federal.

A epidemiologia é a ciência que estuda a distribuição e os determinantes dos problemas de saúde em populações humanas, analisando fenômenos e processos associados. É considerada a base da saúde coletiva e a principal ciência de informação em saúde, pois permite compreender padrões, fatores de risco e tendências de diversas condições.

De acordo com estudos apresentados, cerca de 17% da população, em algum momento da vida, pensa no tema suicídio como solução para algum problema que está passando. E nesse ponto, 1% estipula uma maneira, tenta o autoextermínio e chega a ser atendido em uma unidade de pronto atendimento.

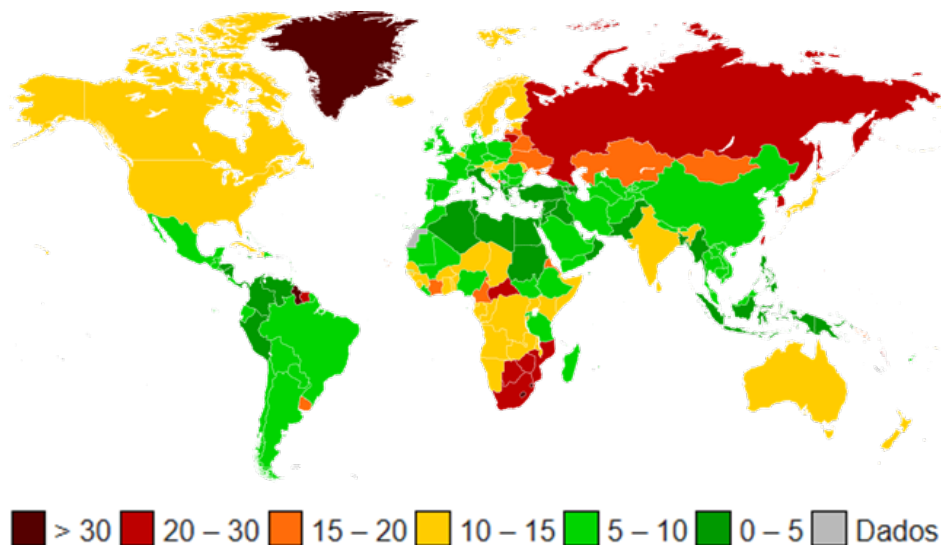
FIGURA 8. COMPORTAMENTO SUICIDA AO LONGO DA VIDA



Fonte: Adaptado de Bottega (2014).

A OMS estima que 800 mil pessoas morrem por suicídio anualmente, uma morte a cada 40 segundos, com 80% desses casos em países de renda média e baixa. No caso das tentativas de suicídio, esse panorama é ainda mais grave. Um estudo europeu estimou que o número de tentativas de suicídio pode ser até 40 vezes maior que o de suicídios. Contudo, numa perspectiva mundial, aponta um valor superior em até 20 vezes.

FIGURA 9. TAXA-DE-SUICÍDIO-A-CADA-100-MIL-PESSOAS



Fonte: Adaptado de WHO (2019).

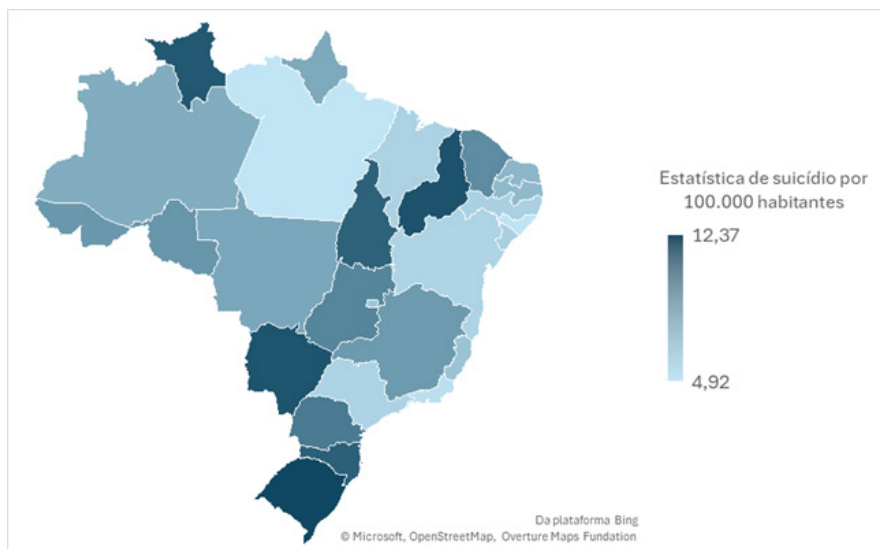
Sabe-se que para cada suicídio consumado, existem diversas tentativas. E por vezes, tentativas que não chegaram a ser atendidas pelo sistema de emergência daquele município, distrito ou cidade. A tentativa é o principal fator de risco para a consumação.

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).

Na população geral, o suicídio foi quatro vezes mais frequente em homens do que em mulheres, embora as notificações tenham sido duas vezes mais comuns em pessoas do sexo feminino. Homens de 25 a 59 anos são os que mais cometem suicídio no país.

O estado com a maior taxa de suicídios por 100 mil habitantes é o Rio Grande do Sul, com uma taxa de 12,37. Seguido por Piauí (11,83) e Mato Grosso do Sul (11,76). O estado com a menor taxa de consumação é o Pará, com 4,92, seguido de Alagoas, com 4,98. O Distrito Federal ocupou a 19ª colocação, com uma taxa de 6,4 suicídios a cada 100 mil habitantes.

FIGURA 10. TAXAS DE MORTALIDADE POR SUICÍDIO, POR UNIDADE FEDERATIVA.



Fonte: Adaptado de Brasil (2024).

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 a consumação.

No contexto do atendimento a tentativas de suicídio realizado pelo CBMDF, os estudos epidemiológicos possibilitam uma atuação mais direcionada, identificando grupos de maior vulnerabilidade e os fatores que influenciam a recorrência dos casos. Com base nesses dados, é possível desenvolver estratégias de intervenção, capacitar os militares e realizar treinamentos e instruções mais específicas, adaptadas à realidade e às necessidades do momento.

Os dados epidemiológicos sobre tentativas de suicídio e suicídios consumados no Brasil são divulgados pelo Ministério da Saúde, por meio de boletins epidemiológicos. A seguir, apresentamos as estatísticas dos atendimentos realizados pelo CBMDF no ano de 2024. Destaca-se que a epidemiologia é dinâmica, e cabe ao bombeiro militar manter-se sempre atualizado, buscando informações junto aos órgãos competentes para embasar suas ações e intervenções de forma mais eficaz.

Em relação aos métodos utilizados, a ingestão de medicamentos psicoativos é o mais comum, conforme apontado pelos dados apresentados. Além disso, pesquisas indicam que um histórico de

tentativa de suicídio anterior é um dos principais preditivos de novas tentativas e do suicídio consumado.

Ademais, para uma melhor compreensão das características desse fenômeno no Brasil, recomenda-se a leitura do Boletim Epidemiológico, atualizado a cada ano pelo Ministério da Saúde e o Anuário Estatístico das ocorrências atendidas pelo CBMDF.

QUADRO 1. ESTATÍSTICAS DE ATENDIMENTOS ÀS TENTATIVAS DE SUICÍDIO NO DF

Método utilizado	2023	2024
Envenenamento/medicamentoso	34,21%	32,82%
Outro	31,20%	6,87%
Arma branca	15,41%	16,79%
Precipitação (altura)	10,53%	16,79%
Enforcamento	8,65%	18,32%
Arma de fogo ¹	-	1,53%
Via pública (atropelamento autoprovocado) ¹	-	6,11%
Afogamento ¹	-	0,77%
Desfecho		
Abortada por intervenção comunicativa	58,11%	45,31%
Autolesão (não houve consumação, mas houve lesão)	21,51%	31,25%
Abortada por intervenção física	12,45%	12,50%
Consumada	7,93%	10,94%
Primeira tentativa?		
Sim	28,95%	26,19%
Não	51,97%	54,76%
Não identificado	19,08%	19,05%
Idade		
Média	33,15 anos	34,19 anos
Gênero		
Masculino	44,49%	46,26%
Feminino	55,37%	53,43%
Perfil do tentante		
Depressivo	70,94%	68,75%
Não identificado	16,98%	17,97%
Psicótico	7,17%	8,59%
Agressivo	4,91%	4,69%
Horário		
Entre 00h00 e 06h00	17,60%	32,13%
Entre 12h00 e 18h00	28,75%	24,50%
Entre 18h00 e 00h00	30,36%	26,64%
Entre 6h00 e 12h00	23,29%	16,73%

Fonte: CBMDF (2002)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOTEGA, Neury José. **Comportamento suicida: epidemiologia**. Psicol USP [Internet]. 2014 Sep; 25(3):231-6. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-6564D20140004>.

BOTEGA, Neury José. **Crise Suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BOTEGA, Neury José. **O complexo e multifatorial caminho do suicídio**. Revista do Instituto Humanitas Unisinos - IHU, n° 515, Ano XVII, p. 42-46, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021**. Boletim Epidemiológico, Volume 55, nº 04. 18 p. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**, 2006.

BRASIL. Poder Executivo. **Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019**. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios. Diário oficial da União de 26 de abril de 2019.

CAMARGO JUNIOR, Carlos Alberto de; MUNHOZ, Diógenes Martins; RODRIGUES, Carlos Roberto. **Abordagem técnica a tentativas de suicídio – manual participante**. 1ª. ed. Franco da Rocha: Escola Superior de Bombeiros, 2018. 51 p.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL (CBMDF). **Boletim de informação técnico-profissional. Assunto: atendimento a tentativas de suicídio**. Boletim Geral 127, de 07 de julho de 2023. 32p., 2023.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL (CBMDF). **Manual de Atendimento Pré-Hospitalar do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal/Grupamento de Atendimento de Emergência Pré-Hospitalar**. – 2. ed. rev., atual. e ampl. – Brasília: CBMDF, 2022. 252 p. : il. color.

LOVISI, G. M., SANTOS, S. A., LEGAY, L., ABELHA, L., & VALENCIA, E. (2009). **Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006**. Brazilian Journal of Psychiatry, 31, S86–S93. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462009000600007>

MUNHOZ, Diógenes Martins. **Abordagem Técnica a Tentativas de Suicídio**. 1. ed. São Paulo: Authentic Fire, 2018. 224 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Suicide rate estimates, age-standardized. Estimates by country.** Disponível em: [<https://apps.who.int/gho/data/node.main.MHSUICIDEASDR?lang=en%7Caccess-date=12>]. Ano 2019.

CAPÍTULO 4

TRANSTORNOS RELACIONADOS AO SUICÍDIO



CAPÍTULO 4 - TRANSTORNOS RELACIONADOS AO SUICÍDIO

OBJETIVOS:

- Entender os aspectos gerais dos principais transtornos psiquiátricos, incluindo depressão, transtorno afetivo bipolar, transtornos de ansiedade, transtorno de personalidade borderline e esquizofrenia;
- Compreender os impactos do uso abusivo de álcool e drogas, reconhecendo sua relação com o comportamento suicida e outras condições de risco.

4.1. TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, aproximadamente 10% da população mundial sofre com algum tipo de transtorno mental, o que significa 800 milhões de pessoas. No Brasil, das 10 maiores causas de absenteísmo, 05 estão relacionadas com transtornos psiquiátricos e ao menos 30% da população brasileira teve algum desses males ao longo do ano de 2022.

Estudos sugerem que mais de 90% dos casos de suicídio possuem alguma relação com transtornos psiquiátricos diagnosticáveis no momento da morte, onde aproximadamente 50-60% podem ser por transtornos de humor (depressão e mania).

A falta de diagnóstico e tratamento adequados para o abuso de substâncias psicoativas (incluindo medicamentos, álcool e outras drogas), esquizofrenia e transtornos de personalidade (como paranoide, antissocial e borderline) pode aumentar o risco de suicídio.

Vale reforçar que nem todo comportamento suicida está associado a um transtorno psiquiátrico e que a experiência de desejo de morrer pode estar presente frente a diversas situações difíceis da vida.

Agora serão abordados alguns desses males e suas principais características.

Bipolaridade (transtorno afetivo bipolar)

O transtorno afetivo bipolar (TAB), também conhecido como transtorno bipolar, bipolaridade, ou ainda, transtorno maníaco-depressivo, é uma psicose afetiva onde a pessoa transita entre a mania e a depressão (episódios específicos), com quadros de humores bem

distintos entre as duas fases, assim, há uma clara diferença sintomática nas duas etapas.

Contudo, quando se trata de suicídio, qualquer uma das duas fases pode levar a pessoa a esse ato, mesmo que por motivações diversas. Um quadro agudo de depressão pode apresentar um risco tão grande quanto um quadro agudo de mania, por exemplo.

O TAB é uma das doenças psiquiátricas com maior taxa de suicídios no mundo, atrás somente da depressão.

Dados mostram que entre 30% e 50% dos pacientes diagnosticados com transtorno afetivo bipolar tentam o suicídio.

Entretanto, detectar os sintomas no TAB e o risco de um quadro suicida é uma tarefa ainda mais complexa, pois como dito acima, tanto na fase depressiva quanto na euforia existe a possibilidade de o paciente atentar contra sua vida.

Tratando de gravidade, é menos grave que a esquizofrenia, já que o paciente pode ficar anos tendo total lucidez, e assim, levar uma vida normal. Das moléstias psiquiátricas diagnosticadas, é uma das que teve os maiores avanços nos últimos anos, sendo que o tratamento farmacológico pode evitar períodos de recaída, com grande eficiência e segurança.

A doença costuma se manifestar entre os 16 e 25 anos, porém podem ocorrer casos também em crianças e pessoas mais velhas. O TAB tem como causa fatores biológicos. De 10 a 20% dos casos, os filhos de pessoas com transtornos também desenvolvem a doença. (ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria, 2025)

O tratamento dos transtornos de humor deve considerar especialmente a gravidade do quadro e as expectativas e os desejos do próprio paciente, a fim de otimizar a adesão a esse. Há várias formas de tratamento, entre eles, medicamentoso, psicológico, eletroconvulsoterapia e estimulação magnética transcraniana.

FIGURA 11. REPRESENTAÇÃO DO TRANSTORNO BIPOLAR



Fonte: imagem gerada por Gemini (2025).

Uma das primeiras decisões é determinar se o paciente pode fazer tratamento ambulatorial ou necessita de uma internação psiquiátrica, seja voluntária ou não. A internação está indicada quando existe risco importante de suicídio ou de agressão a outras pessoas, perda da capacidade de cuidados próprios e de seguir orientações médicas, quando não há suporte familiar ou rede social para esse suporte, elevado estresse psicossocial ou presença de condições médicas que dificultem o manejo terapêutico.

Depressão

A depressão, considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o “mal do século” em sua forma patológica, manifesta-se pela presença frequente de tristeza, pessimismo e baixa autoestima, podendo ocorrer em diversas combinações. Essa condição também causa a perda de prazer em atividades antes consideradas agradáveis e variações no pensamento e humor, o que pode levar a comportamentos

e pensamentos suicidas.

Além disso, a depressão pode ser definida como uma tristeza intensa ou duradoura o suficiente para prejudicar o funcionamento diário e, frequentemente, diminuir o valor atribuído ou o prazer em realizar certas atividades.

FIGURA 12. PACIENTE COM DEPRESSÃO



Fonte: imagem gerada por Gemini (2025).

A depressão pode ser classificada em leve, moderada e grave. Nas categorias moderada e grave, é fundamental identificar a presença de ideação suicida (pensamentos sobre a morte) ou planos de suicídio.

Para compreender a profundidade da depressão, é útil examinar a evolução dos conceitos de depressão e melancolia ao longo da história. O termo “depressão” começou a aparecer em dicionários médicos por volta de 1860, descrevendo um estado de “diminuição de ânimo” em pessoas doentes. No final da década de 1990, depressão e melancolia tornaram-se sinônimos, embora o termo “depressão” na antiguidade

clássica tivesse pouca ligação com a psiquiatria do século XX.

O psiquiatra e neurologista Sigmund Freud caracterizou a melancolia por um sofrimento profundo, perda ou súbita falta de interesse pelo mundo externo, incapacidade de amar, inibição de toda atividade e, principalmente, uma baixa autoestima expressa em autocríticas severas e insultos à própria pessoa, podendo evoluir para uma expectativa delirante de punição.

Parte das pessoas tem vergonha em admitir suas angústias, medos, aflições e de expressar as dificuldades que enfrentam e a sociedade, apesar dos avanços na medicina e na precisão dos diagnósticos relativos a transtornos mentais, ainda teima em manifestar preconceito sobre esse tema. Pesquisas apontam que somente 30% dos deprimidos procuram ajuda.

O fator predisponente exato ainda é uma incógnita, mas estudiosos trazem que envolve hereditariedade, alterações nos níveis de neurotransmissores (serotonina, noradrenalina e dopamina), fatores psicossociais e alteração da função neuroendócrina.

Diferentemente do que se pensa, os fatores psicológicos e sociais muitas vezes são consequência e não a causa. O estresse pode precipitar a depressão em pessoas com predisposição, que como dito, tem fatores genéticos abarcados. Estimativas trazem que uma em cada cinco pessoas apresentam ou apresentarão problemas em algum período na vida relacionado à depressão e que mais de 300 milhões de pessoas no mundo sofram com depressão.

Essa doença, dependendo da gravidade, pode ser a porta de entrada para tantas outras, quais sejam: doenças cardiovasculares, como infarto, acidente vascular encefálico (AVE) e hipertensão. Aqueles acometidos por esse transtorno podem, além da sensação de infelicidade, desânimo e falta de esperança, apresentar baixas no seu sistema imunológico e maiores chances de episódios inflamatórios e infecciosos.

Indivíduos que já vivenciaram um episódio de depressão apresentam maior vulnerabilidade a recorrências. Da mesma forma, menor resiliência e/ou tendências ansiosas podem aumentar a probabilidade de desenvolver o transtorno. A coexistência de outros transtornos mentais também eleva o risco de depressão maior.

O diagnóstico da depressão é clínico, baseado na análise das queixas do paciente e em seu histórico individual e familiar, uma vez que não há um exame específico para identificá-la. Os sintomas podem variar em função da gravidade do transtorno e da presença de condições associadas, como ansiedade, sintomas obsessivos ou psicóticos.

Entre os sintomas comuns da depressão, destacam-se: humor depressivo ou irritabilidade, ansiedade e angústia; desânimo, fadiga fácil e maior dificuldade para realizar atividades; redução ou perda da capacidade de sentir alegria e prazer em atividades antes prazerosas; falta de interesse e motivação, apatia; indecisão e falta de iniciativa; sentimentos de medo, insegurança, desesperança, desespero, desamparo e vazio; dificuldade de concentração, lentidão no raciocínio e esquecimento; diminuição da libido e do desempenho sexual; insônia, entre outros.

O acompanhamento médico é essencial tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento. A ausência de assistência adequada pode levar ao suicídio. Um dos sintomas mais graves da depressão é a ideação suicida. Muitas pessoas com depressão expressam o desejo de morrer ou sentem que merecem a morte devido a sentimentos de baixa autoestima.

Aproximadamente 15% das pessoas deprimidas não tratadas terminam a sua vida cometendo suicídio. E ainda, entre 50-60% dos casos de suicídio estão relacionados a pacientes com depressão.

Uma ameaça de suicídio é uma emergência. Quando a pessoa ameaça se matar, é possível que o médico a interne para que ela possa ser supervisionada até o tratamento reduzir o risco de suicídio.

Boa parte das pessoas com depressão não necessitam hospitalização, contudo, essa conduta será avaliada pelo médico responsável, mas em alguns casos, essa internação será necessária, como por exemplo, se a pessoa já considerou/tentou cometer suicídio, se estiver debilitada demais pela perda de peso ou graves riscos à sua saúde, em virtude de problemas diversos (cardíacos, entre outros).

O tratamento para depressão varia conforme a sua gravidade (leve, moderada, grave, sazonal ou luto persistente), mas, de modo geral, apresenta bons resultados. Se a razão da depressão tiver sido identificada (como um medicamento ou outra condição médica), essa será a primeira abordagem. No entanto, o uso de medicamentos para tratar a depressão também pode ser necessário. No tratamento específico dessa doença, os antidepressivos são frequentemente utilizados, assim como a psicoterapia. Em algumas situações, a fototerapia e a eletroconvulsoterapia podem ser opções consideradas.

Esquizofrenia

A esquizofrenia é um distúrbio mental, crônico e incapacitante, onde a pessoa perde completamente o contato com a realidade (psicose), passando a ter alucinações, convicções inverídicas, pensamento e comportamento não habitual, passa a não demonstrar emoções, piora na cognição e tem sua função diária diminuída (passa por problemas no trabalho, no seio familiar e até com o cuidado com si mesmo). As pessoas que possuem tal transtorno relatam ouvir vozes e têm delírios (de perseguição, por exemplo).

Esquizofrenia (que em seu sentido literal significa “mente dividida”) geralmente se manifesta no início da idade adulta (de 20 a 30 anos de idade), ou seja, pode aparecer quando a pessoa está formando a sua independência (financeira) e incapacitá-la e levá-la a esse estigma por toda vida. Em termos de custos pessoais e econômicos, a esquizofrenia encontra-se entre os piores transtornos que afetam a humanidade.

FIGURA 13. DESENHO ESQUEMÁTICO DE PESSOA COM ESQUIZOFRENIA



Fonte: imagem gerada por Gemini (2025).

Com uma prevalência igual entre homens e mulheres, afeta cerca de 1% da população mundial, sendo mais frequente do que Alzheimer e a esclerose múltipla, sendo responsável por 2,5% dos gastos dos serviços de saúde nos EUA.

Não se sabe qual a causa exata para o seu aparecimento, contudo, estudos recentes dizem que uma combinação de fatores, como predisposição genética, ambiente, estrutura e química cerebrais alteradas, podem influenciar. Além disso, pessoas que têm pai/mãe ou um irmão com esquizofrenia têm 10% de chance de desenvolver o transtorno em comparação com um risco de 1% entre o resto da população. Se um gêmeo tem esquizofrenia, seu irmão univitelino tem um risco de 50% de desenvolver a doença. Assim, essas estatísticas sugerem que a hereditariedade está envolvida.

Os principais sintomas são delírios, alucinações, pensamento e fala desorganizados e comportamento bizarro e inadequado. Os sintomas psicóticos envolvem uma perda do contato com a realidade. A pessoa passa a ter embotamento afetivo (diminuição de demonstração de emoções), pobreza discursiva, anedonia (diminuição da capacidade de sentir prazer) e insociabilidade.

O suicídio é a principal causa de morte em pessoas jovens com esquizofrenia e de 5 a 6% das pessoas com esse mal cometem suicídio, cerca de 20% tentam, e uma quantidade maior ainda têm ideiação suicida.

O risco de cometer um atentado contra a própria vida é maior em jovens do sexo masculino com esquizofrenia, especialmente se esses têm/tiveram um transtorno por uso de substâncias. O risco também é elevado em pessoas que apresentam sintomas depressivos ou sensação de desesperança, sem emprego, ou que apresentaram recentemente um episódio psicótico.

O diagnóstico é feito com base nos sintomas apresentados pelo paciente, por meio de avaliação médica e tomado por critérios específicos. A fim de descartar outras doenças, exames de laboratório e de imagem podem ser solicitados. Não há um exame definitivo para que seja diagnosticada a esquizofrenia. O profissional estabelece o diagnóstico com base numa avaliação abrangente do histórico da pessoa e da sua sintomatologia.

Quanto mais cedo se detectar, melhor o prognóstico e assim, melhor a adesão ao tratamento com medicamentos. Sem tratamento com medicamentos, 70 a 80% das pessoas têm um novo episódio

durante o primeiro ano após o diagnóstico.

A hospitalização vai depender de critérios médicos, mas a administração de medicamentos pode reduzir aquela em até 30% e limitar também, os sintomas no paciente. Mesmo com o benefício demonstrado pela farmacoterapia, 50% dos pacientes não fazem o tratamento como receitado (alguns não reconhecem a doença que tem, outros param o tratamento devido aos efeitos colaterais dos fármacos receitados).

Os principais tratamentos são: medicamentos antipsicóticos, psicoterapia e cuidados especializados coordenados. E os grandes objetivos são reduzir a gravidade dos sintomas psicóticos e evitar a recorrência dos episódios sintomáticos e a deterioração das funções a eles associadas.

Mania

A mania (euforia) representa um estado contrastante com a depressão, caracterizado por exaltação e uma aceleração generalizada dos processos mentais. Um episódio de mania é definido por uma duração superior a uma semana, manifestando um humor persistentemente elevado, expansivo ou irritável, acompanhado de um aumento contínuo da energia ou de atividades direcionadas a objetivos.

Adicionalmente, a presença de três ou mais dos seguintes sintomas é necessária: autoestima exagerada ou grandiosidade; redução da necessidade de sono; logorreia (falar excessivamente); taquipsiquismo (aceleração do pensamento) ou fuga de ideias; distratibilidade acentuada; aumento da atividade direcionada a objetivos e envolvimento exagerado em atividades com alto potencial para consequências negativas.

Um indivíduo em estado de mania pode tornar-se impulsivo ou envolver-se excessivamente em atividades prazerosas (jogos de azar, esportes, sexo) sem reconhecer os riscos inerentes. Essa condição pode progredir a ponto de a pessoa ser incapaz de cumprir seus papéis sociais habituais (tarefas domésticas, responsabilidades profissionais etc.).

Os pacientes com mania podem usar roupas fora do habitual (por vezes, extravagantes) e adotar posturas autoritárias, com falas rápidas, incisivas e ininterruptas. Além de se distraírem com facilidade, mudam constantemente o tema de uma conversa rotineira ou de uma tarefa ou empreitada, contudo, acreditam estar com seu estado de saúde mental inabalado.

Comportamentos intrusivos (pensamentos espontâneos, de difícil controle e que invadem a mente) podem surgir, acompanhados de perda da autocrítica e aumento da percepção de habilidades em diversas áreas. Conseqüentemente, podem ocorrer conflitos com pessoas próximas, levando o paciente com mania a sentir-se injustiçado ou até mesmo perseguido, representando um risco para si e para os outros.

FIGURA 14. PESSOA EM UM EPISÓDIO DE MANIA



Fonte: imagem gerada por Gemini (2025).

Existem dois quadros variantes da mania, quais sejam: Hipomania e Mania Psicótica. Esse último, sendo sua manifestação mais extrema, traz sintomas que são difíceis de distinguir da esquizofrenia. O paciente pode ter delírios grandiosos ou ainda de perseguição (acredita ser um grande pop star, que está sendo perseguido pela polícia) e ainda, podem ocorrer alucinações. Esses podem correr, xingar, cantar, o que demonstra um aumento indiscutível da atividade motora. Além disso, há uma instabilidade do humor e irritabilidade crescente.

Do contrário, a hipomania é uma versão menos extrema da mania, sendo representada por um episódio evidente com duração superior a quatro dias, onde o comportamento do paciente é claramente não habitual (e contido nos sintomas acima descritos).

Nesse intervalo de tempo, de hipomania, o humor melhora, o paciente sente uma vontade menor de dormir e sua energia e a atividade psicomotora aumentam. Para algumas pessoas, os períodos de hipomania podem ser adaptativos, gerando alta energia, criatividade, autoconfiança e um funcionamento social considerado "supernormal". Nesses casos, os pacientes podem não desejar abandonar esse estado eufórico que lhes proporciona prazer. No entanto, a hipomania também pode se manifestar com outros sintomas, como facilidade em se distrair, irritabilidade e instabilidade emocional, os quais são considerados menos desejáveis pelos pacientes.

Ao contrário da fase depressiva, o paciente maníaco não se sente doente, o que pode dificultar em muito seu tratamento. A mania é uma das fases do transtorno afetivo bipolar, e dependendo da sua gravidade, o paciente deverá ser hospitalizado.

Em torno de 5% da população já apresentou mania ou hipomania e aproximadamente 10% dos casos de suicídio tem a mania (como uma das fases do TAB) como um fator predisponente.

Em geral, o diagnóstico é feito através da percepção dos sintomas e baseia-se em critérios clínicos, mas o transtorno por uso de estimulantes e doenças físicas (como hipertireoidismo e feocromocitoma, tumor benigno que se desenvolve nas células cromafins da glândula adrenal) devem ser descartados por exames e testes. O tratamento se faz com uso de medicamentos (estabilizadores de humor e/ou antipsicóticos), além de terapia e psicoterapia.

Transtorno de personalidade

O transtorno de personalidade pode ser definido como um conjunto de doenças psiquiátricas onde a pessoa passa a ter um padrão de pensamento e comportamento bastante rígidos, mal ajustados, e que prejudica a forma como esse paciente trabalha seus ímpetos e com as pessoas com quem convive.

Esses transtornos podem ser divididos em 3 grandes classes: personalidades excêntricas (classe A), personalidades dramáticas (classe B) e personalidades ansiosas (classe C).

Na classe A estão presentes os transtornos de personalidade paranoide (sintomas de paranoia como a alta desconfiança e suspeita de coisas que podem não estar acontecendo e sem justificativa aparente); esquizoide (desinteresse em atividades e reuniões sociais e há a dificuldade de se relacionar com outros) e; esquizotípica (desconforto e incômodo intenso com relação a relacionamentos mais próximos, assim como uma menor disponibilidade e abertura para esse tipo de relacionamento). Em geral, o paciente demonstra desconfiança em relação aos outros, alternando entre hostilidade ou agressividade, apreensão de ser enganado e pode apresentar crenças incomuns ou até mesmo bizarras.

Na classe B estão presentes os transtornos de personalidade emocionalmente instável (mais conhecido como Borderline, TPB, ou transtorno de personalidade limítrofe); antissocial (a pessoa possui traços de personalidade que envolvem a manipulação social, a falta de respeito pelos direitos de outras pessoas, ausência de empatia e não acreditar nos deveres que a sociedade impõe); narcisista (grande senso de superioridade e de grandiosidade, procurando sempre por atenção e bajulação, assim como no transtorno antissocial, eles também não possuem empatia) e; histriônica (busca por atenção e aceitação, assim como demonstrações excessivas de emocionalidade).

Especificamente sobre o transtorno de personalidade limítrofe (TPL) ou Borderline, uma condição bastante discutida na área médica, ele se caracteriza por um padrão abrangente de instabilidade e hipersensibilidade nas relações interpessoais, instabilidade na autoimagem, variações extremas de humor e impulsividade. Indivíduos com esse distúrbio manifestam uma intensa intolerância à solidão, empregando grandes esforços para evitar o abandono, frequentemente desencadeando crises, como tentativas de suicídio, de modo a induzir outros a resgatá-los e cuidar deles.

Apesar de não ter a mesma visibilidade de outros transtornos psiquiátricos, o TPL afeta de 1 a 2% da população em geral, 10% dos pacientes psiquiátricos e 20% dos internados em hospitais, sendo que mulheres são até 70% das pessoas afetadas, ou seja, a ampla maioria.

O termo borderline vem do inglês “fronteiriço”, “fronteira” ou de maneira literal, “limítrofe”. Esse nome remete à psicanálise onde os pacientes não podiam ser classificados como neuróticos (ansiosos e exagerados) e nem psicóticos (que enxergam a realidade de forma distorcida), porém eles estão no meio, em um estado intermediário entre esses dois espectros.

O impacto social desse transtorno é altíssimo e a taxa de

mortalidade devida ao suicídio é de aproximadamente 10% dos pacientes.

Os principais sintomas de paciente com TPB são tendência de ser rejeitado; sentimento de tudo ou nada; mudança de identidade; impulsividade e vício; gestos e comportamentos automutilantes ou ameaças suicidas; instabilidade do humor e; raiva intensa e de difícil controle. Há outras comorbidades associadas, entre elas depressão, transtorno de estresse pós-traumático, uso de drogas e transtorno de ansiedade.

Pode ser facilmente confundido com o transtorno bipolar, mas a principal diferença reside em dois pontos: intensidade e duração. Enquanto no TAB os sintomas costumam aparecer em fases, com períodos bem claros (dias ou semanas), no borderline as oscilações de humor são muito mais rápidas e há instabilidade.

Na classe C estão presentes os transtornos de personalidade esquiva (pessoas que evitam ou se afastam de situações que geram um certo risco da pessoa ser rejeitada ou ser humilhada); transtorno de personalidade dependente (extrema necessidade de ser amparada, de ser cuidada, o que pode levar a ter dificuldades em tomar suas próprias decisões devido ao seu alto grau de submissão) e; transtorno de personalidade obsessiva-compulsiva (alto grau de exigência em relação à ordem, organização e controle sobre as coisas).

FIGURA 15. REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DE PACIENTE COM BORDERLINE



Fonte: imagem gerada por Gemini (2025).

Todos os transtornos descritos acima possuem características próprias e sintomas específicos, mas de modo geral, é possível reunir um conjunto de sintomas comuns a todos eles. Um dos mais comuns é o problema com sua identidade, onde a pessoa não consegue ter uma imagem estável de si mesma, apresentando também inconsistências nas crenças e valores e se comportando de forma diferente a depender da situação e do local, com isso, a autoestima também costuma oscilar.

Um sintoma comum é a dificuldade em se aprofundar em suas relações afetivas e de as manter, justamente por serem pessoas de difícil entendimento para a outra pessoa, assim como apresentarem certa confusão sobre si mesmos. Outros sintomas são: ansiedade, introspecção, não reconhecimento dos problemas, intolerância, necessidade de atenção, isolamento social, medo do abandono e arrogância.

O diagnóstico do transtorno de personalidade é estabelecido por um especialista, através de uma avaliação completa que inclui a anamnese detalhada, a análise do histórico médico e a gravidade dos sintomas apresentados pelo paciente. Pessoas próximas podem desempenhar um papel importante ao identificar padrões de comportamento disfuncionais e incentivar a busca por auxílio profissional. Tipicamente, o médico avalia a autoimagem do indivíduo, sua percepção do mundo e a maneira como ele estabelece relações interpessoais.

O tratamento envolve principalmente a psicoterapia, frequentemente combinada com o uso de medicamentos. Embora o objetivo principal do tratamento seja semelhante para os diferentes tipos de transtornos de personalidade – aliviar e controlar os sintomas –, a abordagem terapêutica tende a variar de acordo com a especificidade de cada transtorno. Não existe uma cura definitiva para esses transtornos, contudo, espera-se uma melhora na qualidade de vida do paciente com a continuidade do tratamento ao longo do tempo.

4.2. TRANSTORNOS RELACIONADOS AO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS SUBSTÂNCIAS

Além do álcool, diversas outras substâncias possuem relação direta com suicídio, entre elas: maconha, cocaína, heroína, crack, opioides, anfetaminas etc. Usuários destas substâncias apresentam maiores riscos que a população geral de ter pensamentos suicidas e tentar suicídio. Tal associação não necessariamente depende do histórico familiar de suicídio ou do diagnóstico de depressão.

Usuários de cocaína, por exemplo, atentam quatro vezes mais

contra a própria vida do que a população em geral. Já os dependentes de álcool têm duas vezes mais chances de ideação/tentativa de suicídio, enquanto os usuários de maconha três vezes mais. Calcula-se que, em média, 37% dos suicídios e 40% das tentativas de suicídio são precedidos por uso agudo de álcool.

Em estudos realizados, foi divulgado que as principais drogas consumidas pelos brasileiros, sem analisar álcool e tabaco, são, em ordem: maconha, cocaína e ecstasy. Além disso, ainda há o consumo de crack, anfetaminas diversas, opiáceos e LSD. Cada uma dessas substâncias produz um efeito diferente no organismo, mas não menos maléfico ao seu usuário. Os efeitos em minutos já podem ser percebidos, e dependendo, podem durar de segundos a algumas horas.

O consumo de álcool e outras substâncias está relacionado em aproximadamente 25% dos casos de suicídio. O uso concomitante de álcool e cocaína aumenta em 39% as chances de ideação suicida.

Álcool

O álcool, apesar de no início da ingestão ser considerado causador de euforia, é uma substância depressora do sistema nervoso central, responsável por leve sedação e contendo propriedades afrodisíacas. O seu consumo data de mais de 8 mil anos atrás com uma produção feita a partir da fermentação e uso em larga escala a partir da revolução industrial, no século 18.

Em 1791, o pesquisador Benjamin Rush definiu o uso do álcool como ato de vontade, depois hábito e por fim, necessidade. Aproximadamente 30% das internações psiquiátricas nos EUA têm o uso de álcool como fator principal.

O alcoolismo ou etilismo, por definição, consiste na dependência de um indivíduo ao álcool. O uso contínuo, progressivo e descontrolado dessa substância pode comprometer o funcionamento normal do organismo, resultando em diversos prejuízos nas esferas clínica, social, trabalhista, familiar e econômica. Essa condição está frequentemente associada a eventos como acidentes de trânsito, traumas e violência em geral.

O consumo excessivo de álcool pode causar diversos problemas de saúde, incluindo gastrite, hepatite alcoólica, pancreatite e nefrite. Além disso, pode levar a lesões no sistema nervoso, comprometendo a memória, a capacidade de julgamento, a abstração e o comportamento,

podendo resultar em demência e deficiências cognitivas.

A OMS define uso nocivo de álcool como aquele que traz consequências diretas ao seio social e ainda, à saúde do usuário, ou quando o padrão de uso está associado a maior risco de danos à saúde. Mais de 3 milhões de pessoas no mundo morrem, por ano, devido ao uso dessa substância.

Quando se trata de padrão de consumo, não há um nível relativamente seguro. Quanto maior o consumo, maior o risco, sobretudo se o consumo ultrapassa duas doses por dia ou se se bebe mais de duas vezes por semana – uma dose equivale a 14 gramas de álcool puro, o que equivale a 350 ml de cerveja/chope (5% de álcool), ou 150 ml de vinho (12% de álcool), ou 45 ml de bebidas.

Há outro embaraço do uso excessivo de álcool: sua associação com transtornos mentais, além da depressão, podendo desencadear, a partir de um hábito aditivo, uma condição preexistente. O transtorno bipolar é um dos principais quadros relacionados. O uso contínuo de álcool na adolescência está ligado a uma probabilidade 37% maior de desenvolver depressão anos depois. Independentemente da idade, existe uma relação direta entre o aumento da possibilidade de depressão e o uso diário de maconha. Como mencionado anteriormente, a depressão é um fator primordial em mais de 50% dos casos de suicídio.

Maconha

A maconha, principal droga ilícita consumida mundialmente, é o principal produto comercializado da planta *Cannabis sativa*. De acordo com o Segundo Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD), realizado entre os anos de 2006 e 2012, aproximadamente 50% dos usuários de maconha no Brasil (adultos e adolescentes) consomem a droga diariamente e de cada 10 usuários, 6 experimentaram a droga pela primeira vez antes dos 18 anos de idade.

A maconha produz relaxamento, euforia, intensificação de experiências sensoriais (ouvir músicas ou ver imagens) e alterações na percepção, especialmente na avaliação do tempo (esse passa mais devagar). Além das alterações subjetivas, ainda podem ser produzidas alterações fisiológicas, taquicardia, queda repentina ao se levantar e ruborização das conjuntivas (“olhos avermelhados”).

O uso da maconha também faz com que a pessoa fique letárgica, apresente boca seca, visão e audição distorcidas. Além disso, prejudica o sistema imunológico. Ao longo do tempo, torna o homem infértil e diminui a produção de testosterona. Afeta a memória de curto prazo, no planejamento, na tomada de decisão e na velocidade de resposta.

Usuários menos experientes sofrem efeitos mais fortes na atenção e na concentração do que aqueles com tolerância à droga.

Cocaína

A cocaína é uma substância, denominada alcaloide, presente nas folhas da coca. Essa droga é produzida por meio da maceração das folhas, até que se tornem uma pasta e depois no cloridrato ou sulfato de coca, consumido por via oral, nasal ou endovenosa. A forma mais comum encontrada é um pó cristalino (cloridrato de cocaína), produzido por meio da purificação da sua pasta com ácido clorídrico.

A pasta de coca consumida pela via inalatória ('fumada') é conhecida como crack. A cocaína tem forte ação anestésica local, inibe o apetite e produz efeitos excitatórios no sistema nervoso central, sendo considerada o mais potente estimulante de origem natural. É rapidamente absorvida pelo organismo e seus efeitos podem ser sentidos com 08 segundos (se fumada), 03 minutos (aplicação endovenosa) ou 10 minutos (via intranasal).

Tem seu uso descrito há mais de 4 mil anos, mas foi na metade do século XIX que ganhou popularidade em países da Europa e da América do Norte. Inicialmente, era considerada um medicamento e até fora adicionada a produtos alimentícios, como vinhos e refrigerante, mas depois foi substituída por cafeína nas formulações desse último.

Estima-se que 0,4% da população mundial faz uso de cocaína, mas no Brasil essa taxa chega a incríveis 4%. Os efeitos agudos da intoxicação por cocaína são relacionados a sua função estimulante e incluem aumento da atenção e da atividade motora, taquicardia, vasoconstrição, hipertensão, broncodilatação, aumento da temperatura corporal, midriase, entre outros. Já o uso de doses mais altas têm um efeito tóxico para o SNC, podendo ocasionar ansiedade, privação de sono, desconfiança, paranoia e sintomas psicóticos, como alucinações e delírios.

O consumo de álcool e cocaína/crack está relacionado às tentativas de suicídio, com aumento de sintomas depressivos e da impulsividade.

Ecstasy

O ecstasy, mais conhecido pela sigla MDMA, é um estimulante tipo anfetamina (ETA), que são drogas sintéticas de fácil produção em laboratórios clandestinos. Sua sintetização teve início no fim do século XIX com a finalidade de elevar a pressão arterial, sendo mais tarde vislumbrado como inibidor do apetite. No Brasil, ficaram conhecidos como bolinha, bala ou rebite. O mercado dessas substâncias sintéticas cresceu nos últimos 10 anos, principalmente pela facilidade de se

manipular essa substância em laboratório.

O ecstasy é vendido em diversas cores e trouxe o apelo de “pílula do amor”, devido a sua capacidade de causar a sensação de ser amado, de querer ser abraçado e de aumentar o desejo sexual. Há referências de aumento da autoestima e do bem-estar; as pessoas se sentem mais atraentes e atraídas, sensuais, sem que, necessariamente, o objetivo seja a relação sexual ou a melhora do desempenho, pois muitas vezes o consumo de tais substâncias pode impedir a ereção e o orgasmo, dependendo da dosagem utilizada e, principalmente, se usada em combinação com outras drogas, como álcool e/ou cocaína.

Entre os efeitos sociais do ecstasy, está o comportamento sexual de risco, com aumento do número de parcerias sexuais e atividade sexual desprotegida, sem uso de preservativo.

Os principais efeitos em uso agudo são euforia e bem-estar, aumento da autoconfiança, do interesse sexual e de psicoses. Pode causar desidratação, anorexia, insônia, sudorese e tensão maxilar. Quando o uso é crônico, produz dependência e síndrome da abstinência, prejuízos cognitivos e diminuição da memória.

Ademais, seu uso pode levar o indivíduo a desenvolver perturbações mentais e comportamentais, como dificuldades de memória verbal e visual, dificuldade na tomada de decisões, ataques de pânico, depressão profunda, paranoias, alucinações, despersonalização, impulsividade, perda do autocontrole e até mesmo morte súbita por colapso cardiovascular.

Crack

O crack é produzido pela mistura da pasta base de cocaína com bicarbonato de sódio, aquecida a temperaturas superiores a 100°C e separada por decantação. Apesar de a forma de uso ser diferente, o princípio ativo é o idêntico ao da cocaína. Essa droga pode ser obtida de maneira relativamente simples, sendo possível sua fabricação caseira a partir do pó ou da pasta de cocaína com a adição de bicarbonato de sódio. Os cristais resultantes são queimados e fumados em cachimbos, produzindo um som característico de estalo, conhecido como “cracking”, que deu nome à droga.

Ao contrário da maioria das drogas, o crack não tem origem medicinal, sendo concebido primariamente para alterar o estado mental do usuário. Por ser fumado, atinge os pulmões, um órgão ricamente vascularizado e com grande área de absorção, o que leva a uma absorção quase instantânea. Os efeitos iniciais manifestam-se em menos de 20 segundos e duram até 5 minutos. Essa curta

duração impulsiona o usuário a buscar a droga com maior frequência, resultando em rápida dependência.

Pesquisas demonstram a grave associação entre o uso de crack e ideação suicida. Um estudo realizado em Goiás com usuários de crack revelou que 34% apresentaram ideação suicida, e 26% relataram tentativas de suicídio anteriores. Outra pesquisa com usuários de crack em tratamento em Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS AD) de seis capitais brasileiras indicou que 43,1% manifestaram ideias suicidas e 24,7% tentaram suicídio. Quando sob o efeito da droga ou em abstinência, esses percentuais foram de 13,3% e 8,7%, respectivamente. Adicionalmente, um estudo conduzido na Cracolândia (São Paulo) apontou que 46% dos usuários de crack tiveram ideação suicida, e 38% apresentaram tentativas anteriores.

Tratamento

O tratamento da dependência de álcool e outras drogas consiste em programas de desintoxicação e de manutenção, com metas de abstinência ou programas de redução de consumo (que por vezes são menos eficazes). Um dos objetivos é afastar totalmente o paciente do uso do álcool (ou outras drogas) e de locais que possam oferecer tal substância, além disso, tratamento medicamentoso e internação podem ser indicados, a critério médico. Grupos de ajuda mútua são extremamente recomendados, como por exemplo, Alcoólicos Anônimos, além de terapia.

Medicamentos e a ideação suicida

Pesquisas atuais indicam que alguns medicamentos antidepressivos podem, paradoxalmente, desencadear ideação suicida em indivíduos já predispostos. Esses efeitos são mais observados em adultos jovens ou em pessoas com histórico de ideias ou tentativas prévias, especialmente nas primeiras semanas de tratamento. No entanto, essa tendência geralmente diminui com a continuidade da ação do medicamento.

É importante considerar que pode ocorrer uma exacerbação inicial dos sintomas ansiosos ou do quadro depressivo no início do tratamento. Embora a ideação suicida diretamente causada por medicamentos não seja comum, ela é uma possibilidade. Adultos jovens, particularmente aqueles com transtorno depressivo maior, podem apresentar um risco aumentado de comportamento suicida durante o tratamento com esses fármacos. Por essa razão, o profissional de saúde responsável deve monitorar de perto pacientes com histórico de pensamentos e/ou comportamentos suicidas.

Em algumas bulas de medicamentos, o próprio aumento da ideação suicida é listado como um possível efeito colateral.

Para o atendimento a tentativas de suicídio, é importante ressaltar que o diagnóstico do tentante não constitui um dos objetivos da intervenção. Contudo, a compreensão básica dos principais transtornos associados às tentativas de suicídio contribui para um atendimento mais qualificado dessas vítimas, ao amparar os interventores com informações sobre possíveis fatores predisponentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AHMEDANI BK, SIMON GE, STEWART C, BECK A, WAITZFELDER BE, ROSSOM R, et al. **Health care contacts in the year before suicide death.** J Gen. Intern Med. 2014;29(6):870-7.
- ANGST, J. GAMMA, A.; BENAZZI, F. et al. **The Emerging Epidemiology of Hypomania and Bipolar II Disorder.** J Affect Disord 50: 143-151, 1998.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). **Saiba mais sobre o transtorno bipolar, doença que atinge mais de 2% da população brasileira.** 14 ago. 2025. Disponível em: <https://www.abp.org.br/post/saiba-mais-sobre-o-transtorno-bipolar-doen%C3%A7a-que-atinge-mais-de-2-da-popula%C3%A7%C3%A3o-brasileira/>. Acesso em: 12 mar. 2026.
- BERTOLETE JM, FLEISCHMANN A, DE LEO D, WASSERMAN D. **Suicide and mental disorders: do we know enough?** Br J. Psychiatry. 2003 Nov; 183:382-3.
- BOTEGA NJ, RAELI CB, CAIS CFS. **Comportamento suicida. In: Botega NJ. Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p.431-46.
- BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE (BVS). **Qual a relação dos transtornos psiquiátricos com o comportamento suicida?** Ministério da Saúde. Núcleo de Telessaúde Mato Grosso do Sul, 13 outubro 2022, ID: sofs-45143.
- CAMARGO JR, EB, FERNANDES, MNF & GHERARDI-DONATO, ECS (2020). **Suicidal behavior in crack and alcohol users.** Research, Society and Development, 9(7): 1-18, e793974741.
- CHAIM, Carolina Hanna. **Fisiopatologia da dependência química.** Revista de Medicina, São Paulo, SP, v. 94, n.4, p. 256-262, dez 2015.
- CHACHAMOVICH E, STEFANELLO S, BOTEGA N, TURECKI G. **Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio.** Rev Bras Psiquiatr. 2009; 31(Supl I): S18-25.
- DAMIANO FD, LUCIANO AC, CRUZ IDG, et al. **Compreendendo o suicídio.** Editora Manole, 2021; 1. ed.
- DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA, Ronaldo. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas [recurso eletrônico]**/. 2. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2019. 711 pág.
- DURKHEIM, Emile. **O Suicídio.** São Paulo: Martin Claret; 2002.
- FONTENELLE P. **Suicídio - O Futuro Interrompido: Guia para Sobreviventes.** São Paulo: Geração; 2008.

FORMIGONI, Maria Lucia Oliveira de Souza. **Efeitos das substâncias psicoativas**. v. 2, ed. 7, p. 144, Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014.

FRANCK MC, MONTEIRO MG, LIMBERGER RP. **Perfil toxicológico dos suicídios no Rio Grande do Sul, Brasil, 2017 a 2019**. Rev Panam Salud Publica. 2021 Mar 12;45:e28. Portuguese. doi: 10.26633/RPSP.2021.28. PMID: 33727909; PMCID: PMC7954196.

FURTADO I.M. & FILHO O.B.de M. **Depressão como fator de risco para suicídio: Uma revisão sistemática**. Research, Society and Development. 2021, 10, (6).

GHASEMI M, PHILLIPS C, FAHIMI A, Et al: **Mechanisms of action and clinical efficacy of NMDA receptor modulators in mood disorders**. Neurosci Biobehav Rev 80:555-572, 2017. doi: 10.1016/j.neubiorev.2017.07.002

GEMINI AI. **Representação visual do transtorno afetivo bipolar (TAB) mostrando a transição entre a euforia (lado direito) e o desespero (lado esquerdo)**. [Imagem gerada por IA]. 02 maio 2025.

GEMINI AI. **Representação visual de um homem de aproximadamente 40 anos exibindo sintomas de depressão, incluindo tristeza, pessimismo e baixa autoestima** [Imagem gerada por IA]. 02 maio 2025.

GEMINI AI. **Representação visual de um paciente com esquizofrenia, mostrando a complexa interação entre seu mundo interno e a realidade externa** [Imagem gerada por IA]. 02 maio 2025.

GEMINI AI. **Representação visual de uma pessoa experimentando mania, exibindo uma euforia intensa e processos mentais acelerados**. [Imagem gerada por IA]. 02 maio 2025.

LARANJEIRA R. et al. II LENAD - **Levantamento nacional de álcool e droga: tendências entre 2006/2012**. São Paulo: INPAD; 2013.

Lorandi Ferreira Carneiro, Lígia. **Borderline: no limite entre a loucura e a razão**. Ciênc. cogn. [online]. 2004, vol.3 [citado 2023-01-25], pp. 66-68 .

MARTINENGO, L., GALEN, V.L., LUM, E., KOWALSKI M., SUBRAMANIAM M., & Car, J. (2019). **Suicide prevention and depression apps' suicide risk assessment and management: a systematic assessment of adherence to clinical guidelines**. BMC Med 17, 23 pag.

MELEIRO AMAS, CORREA H. **Comportamento suicida**. In: Meleiro AMAS. Psiquiatria: estudos fundamentais. Guanabara Koogan, 2018; 1a ed.

MELEIRO AMAS, TENG CT. **Suicídio: Estudos Fundamentais**. Editora Segmento farma, 2004, 220 páginas.

MORAES, Adriana. **Pesquisa da UNIAD aponta que cerca de 38,2% dos dependentes químicos da cracolândia, refere já ter tentado suicídio**. UNIAD. Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas. Disponível em: <https://www.uniad.org.br/noticias/crack/pesquisa-da-uniad-aponta-que-cerca-de-382-dos-dependentes-quimicos-da-cracolandia-refere-ja-ter-tentado-suicidio/>.

MORENO, Ricardo Alberto, MORENO, Doris Hupfeld e RATZKE, Roberto. **Diagnóstico, tratamento e prevenção da mania e da hipomania no transtorno bipolar**. Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo). 2005, v. 32, suppl 1 pp. 39-48.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do Suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária**. Genebra: 2000.

SCHMIDT, Antônia Cristina de Oliveira Netto et al. **Drogas, álcool e tabaco: que barato é esse?** In: DIEHL, Alessandra (org.). Prevenção ao uso de álcool e drogas: o que cada um de nós pode e deve fazer? Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 50-84.

SOLOMON A. **O demônio do meio-dia: uma anatomia da depressão**. Rio de Janeiro: Objetiva; 2002.

TEIXEIRA, Alyne Graziela. **Toxicologia**. 1 ed. Londrina: Londrina Editora e Distribuidora Educacional S.A., 2016. p. 51-94.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide: a global imperative**. Geneva: WHO; 2014.

CAPÍTULO 5



INTERVENÇÃO
COMUNICATIVA

CAPÍTULO 5 - INTERVENÇÃO COMUNICATIVA

OBJETIVOS:

- Conhecer os fundamentos da Intervenção Comunicativa;
- Conhecer as técnicas de diálogo utilizadas na Intervenção Comunicativa;
- Conhecer os perfis comportamentais das vítimas.
- Conhecer os critérios para troca dos Interventores.

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.

O estabelecimento do vínculo com o tentante é fundamental no atendimento dessa modalidade de ocorrência e, portanto, é importante que apenas um interventor se comunique com a vítima durante todo o atendimento e se pautar pelos 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;
- d) 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 devem-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

TABELA 1. COMPARATIVO DA ABORDAGEM CLÁSSICA E HUMANIZADA

CLÁSSICA	HUMANIZADA
Foco no término da ocorrência	Foco no atendimento da vítima
Vários militares	2 Interventores
Desviar atenção para “dar o bote”	Foco no diálogo
FALA mais que ouve	ESCUITA mais que fala
Desistência obrigada	Desistência voluntária
Sem vínculo	Criação de vínculo

Fonte: Os autores

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 esperado 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. No entanto, deve-se ater ao fato de não simplificar a dor da pessoa.

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.).

Durante o atendimento de uma ocorrência, é crucial que todos os envolvidos observem atentamente tanto a própria linguagem corporal

quanto a do potencial suicida. Uma postura corporal adequada não apenas fortalece o vínculo de comunicação, mas também permite identificar se a pessoa está engajada na conversa e se há sinais iminentes da concretização do ato.

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

1. Observar se ele está apto a atuar como interventor: se está em boa condição psicológica e física;
2. Interlocutor deve fazer com que o outro fale e tenha certeza de que está sendo ouvido;
3. Interessar-se genuinamente pelo que está sendo dito. Se a situação não for significativa, certamente o diálogo não será sustentado;
4. Ouvir na essência e buscar sentido no que está sendo dito, pois somente assim o outro se sentirá acolhido;
5. 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;
6. Atentar-se para que a linguagem corporal não contradiga o que está sendo dito;
7. Prezar pela utilização de frases afirmativas;
8. Utilizar comunicação clara e simples;
9. Estabelecer relações de parceria e cooperação por meio de comunicação empática e eficaz;
10. Entender o indivíduo como um ser complexo que possui esfera pessoal, interpessoal e social;
11. Identificar, se possível, as necessidades da vítima;
12. Buscar formar vínculo com o tentante;
13. Respeitar pausas silenciosas;
14. Apoiar o tentante a encontrar soluções próprias;
15. Dar espaço para perguntas.

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

1. Realizar qualquer tipo de julgamento sobre o comunicador ou sobre a fala deste, sob pena de quebra de vínculo;
2. Distrair-se, perdendo o foco na vítima e no que está sendo dito;

3. Completar frases para o tentante;
4. Mentir, prometer, seduzir;
5. Chamar por apelidos ou nomes depreciativos;
6. Se portar de forma inconveniente, com postura desleixada, agressiva;
7. Rir ou demonstrar desprezo pela fala ou emoção do tentante, ameaçar, desafiar, julgar;
8. Dar opinião pessoal e aconselhar;
9. Conversas paralelas;
10. Antecipar a ação tática de forma desnecessária;
11. Facilitar o contato do tentante com parentes e/ou conhecidos presencialmente ou virtualmente;
12. 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;
13. Comemorar o sucesso da ocorrência ainda no local (a vítima se encontra em uma situação de vulnerabilidade, esse ato pode prejudicar o vínculo que foi criado bem como pode gerar um sentimento de constrangimento ainda maior para a vítima);
14. Se envolver emocionalmente ao ponto de ficar abalado com o caso em que atua;
15. Ceder a solicitação do tentante enquanto ele ainda estiver em situação de risco;
16. Dizer que vai ajudá-lo ou encontrar uma solução para a situação vivida pelo tentante;
17. Trocar contato telefônico com a vítima.

5.1. ETAPAS DA INTERVENÇÃO COMUNICATIVA

As etapas da intervenção comunicativa são:

Etapas 1 - Aproximação;

Etapas 2 - Silêncio Inicial;

Etapas 3 - Apresentação;

Etapas 4 - Diálogo;

Etapas 5 - Convite Formal; e

Etapas 6 - Saída Digna.

Conforme será observado, o primeiro passo não é considerado literalmente uma etapa desse processo, visto ser a segurança do próprio interventor na cena. As etapas são:

Segurança

Pode ser considerada a etapa inicial - ou "etapa zero" - sendo uma condição indispensável para o início do atendimento à ocorrência. Sem a devida garantia de segurança, a intervenção não deve ser iniciada. O interventor jamais deve se expor a riscos inaceitáveis. Para isso, é essencial que adote todos os procedimentos de segurança compatíveis com o tipo de operação, levando em conta o método utilizado pela vítima.

É fundamental realizar um escaneamento prévio da cena, com o objetivo de identificar e mitigar os riscos envolvidos antes de adentrar a zona quente.

Etapa 1 - 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 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 16. ZONAS DE APROXIMAÇÃO



Fonte: Os autores.

Etapa 2 - 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.

Etapa 3 - Apresentação

O interventor primário deverá se apresentar, 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: "Com licença, 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?"

Etapa 4 - Diálogo

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.

É importante que cada pergunta seja feita de uma vez, de forma que o tentante tenha tempo suficiente para refletir e responder. Além

disso, o interventor deve tomar cuidado para que o diálogo não pareça uma aplicação de questionário.

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?”

Perguntas de Final Aberto

São perguntas que demandam uma resposta mais elaborada, com mais conteúdo. O interventor deverá explorar os pontos observados 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.

Etapa 5 - Convite formal

Nesta etapa, após verificarmos que o tentante já foi dissuadido da ideação suicida, realizamos o convite formal para que ele entre na viatura e seja transportado até a unidade de saúde determinada pela regulação médica. É fundamental que esse pedido seja feito de forma direta, sem eufemismos. Muitas vezes, a ocorrência já está resolvida dentro dos parâmetros esperados – ou seja, a vítima já se encontra fora da área de perigo e afastada do método pretendido –, restando apenas aguardar o convite do interventor para deixar aquele cenário.

Exemplo:

- Interventor: “Eu gostaria muito de continuar nossa conversa, mas, agora, a melhor pessoa para te ver é o médico. Vamos comigo para a viatura para eu poder te levar ao hospital?”

Etapa 6 - Saída digna

Essa etapa tem como foco preservar a dignidade da pessoa em sofrimento durante sua retirada do local da ocorrência. É importante evitar exposições desnecessárias, olhares curiosos, registros fotográficos ou qualquer situação que possa gerar constrangimento. O tentante deve ser acompanhado de forma respeitosa e discreta, reforçando que ele não está sendo punido ou julgado, mas sim acolhido.

A equipe deve garantir um ambiente de proteção física e emocional, zelando para que a pessoa se sinta segura e compreendida até sua chegada à unidade de saúde. Na grande maioria dos casos, a vítima encontra-se tomada por um sentimento de vergonha nessa fase. Por isso, é essencial oferecer o máximo de “anonimato” possível, adotando medidas como:

- Aproximar a viatura o máximo que o local permitir;
- Utilizar algum tipo de “camuflagem” durante a saída, acompanhando a vítima de perto e, se necessário, oferecendo uma vestimenta discreta como a gandola ou o RPCIU fornecidos pelo Corpo de Bombeiros.

Além disso, é primordial que a vítima seja informada sobre os próximos passos do atendimento, como:

- Aferição de sinais vitais;
- Deslocamento até a unidade básica de saúde;
- Triagem ao chegar à unidade;
- Atendimento médico.

No interior da viatura, recomenda-se que o interventor reforce as informações sobre a rede de apoio local disponível, caso ainda não o

tenha feito, ou apenas relembre a vítima dessas opções.

5.2. TÉCNICAS DE DIÁLOGO

São ferramentas que auxiliam a construção de diálogo e o acolhimento à vítima durante o atendimento à ocorrência, que são utilizadas na etapa 4. São técnicas de diálogo:

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:** “Você já esteve em outros relacionamentos?”

- **Vítima:** “Sim”

- **Interventor:** “Então, você já conseguiu superar o fim de uma relação e foi capaz de se relacionar novamente.”

Exemplo 2 – problema com emprego:

- **Interventor:** “Então você 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 descobriremos, o senhor precisa estar vivo. Você 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.

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. Outdoor:

A vítima encontra-se com o pensamento rígido, constricto, e em 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 salutares 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.”

4. Teia de indução:

Quando a vítima se mostra irreduzível em algum aspecto, o interventor pode conduzir o diálogo de forma estratégica, oferecendo alternativas que, independentemente da escolha, direcionam a situação para um desfecho mais favorável à intervenção. Trata-se de apresentar

opções controladas que, em última análise, favorecem a continuidade do contato e a preservação da vida.

Exemplo de aplicação:

- **Vítima:** “Vá embora! Não quero falar com ninguém!”

- **Interventor:** “Entendo... Mas você quer que eu vá embora porque sou bombeiro, porque prefere ficar sozinho, ou porque precisa de um tempo para pensar melhor e talvez desistir da ideia de tirar a própria vida?”

5. Maiêutica Socrática:

A técnica da maiêutica socrática consiste em conduzir a vítima à reflexão por meio de perguntas fechadas ou afirmações evidentes, extraídas do próprio discurso dela. O objetivo é estimular a construção de uma dedução lógica por parte da vítima, a partir dos questionamentos propostos pelo interventor.

Exemplo de aplicação:

- **Interventor :** “Você já teve outros empregos?”

- **Vítima:** “Sim.”

- **Interventor:** “E perdeu esses empregos?”

- **Vítima:** “Sim.”

- **Interventor:** “E depois você conseguiu se estabelecer em outro emprego, né?”

6. Memória “linkada”:

Após a identificação dos fatores de risco e proteção, o interventor pode utilizar sinais visuais ou elementos presentes na cena – como um porta-retrato, uma vestimenta, ou uma tatuagem – para estabelecer um canal de diálogo com a vítima.

Essa abordagem deve ser feita com cautela, evitando possíveis gatilhos emocionais negativos. O objetivo é estimular uma memória afetiva positiva associada ao item observado, criando um ponto de conexão emocional que favoreça a comunicação e o vínculo no processo de intervenção.

Exemplo de aplicação:

- **Interventor:** “Estou vendo essa tatuagem de cachorro, você pode me contar o nome dele...”

7. 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 de aplicação:

- **Interventor:** "Então você 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 te reencontrar, principalmente se você estiver sã e salva."

5.3. PERFIS COMPORTAMENTAIS DAS VÍTIMAS: DIRECIONAMENTO PARA A INTERVENÇÃO

Com base em observações recorrentes em ocorrências, os perfis comportamentais das vítimas foram classificados de forma didática, com o objetivo de subsidiar o planejamento estratégico da atuação e orientar as posturas desejáveis por parte do interventor.

É importante destacar que essa categorização não constitui um diagnóstico clínico, mas sim uma organização de comportamentos manifestos por indivíduos em situação de crise, agrupados conforme suas semelhanças. O intuito é oferecer ao profissional um referencial que favoreça a condução da intervenção.

Ademais, trata-se de uma classificação flexível, considerando que a vítima pode apresentar oscilações comportamentais ao longo do atendimento. Tal variabilidade exige do interventor conhecimento técnico, sensibilidade e capacidade de adaptação contínua durante a ocorrência.

Agressivo:

A vítima com esse perfil tende a rejeitar imposições, demonstrando comportamentos como agressões verbais, raiva, hostilidade e agitação. Essas manifestações podem estar associadas a diferentes condições, como:

- Transtornos mentais (ex.: esquizofrenia, transtorno bipolar, transtornos de personalidade);

- Doenças neuropsiquiátricas (ex.: epilepsia, traumatismo craniano, Alzheimer e outras demências);
- Intoxicação ou abstinência de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas).

Condutas recomendadas para a intervenção com perfil agressivo:

1. Fale o mínimo necessário e ofereça espaço para que a vítima desabafe;
2. Evite contato visual direto, especialmente nos primeiros momentos;
3. Posicione-se, sempre que possível, no mesmo nível da vítima – ou em um nível inferior;
4. Quanto mais a vítima elevar o tom de voz, diminua o seu gradativamente;
5. Evite palavras de negação (ex.: “não pode”, “não vai”);
6. Jamais reaja a provocações ou ofensas;
7. Nunca desafie ou confronte diretamente a vítima;
8. Não ceda a exigências descabidas;
9. Evite ultimatoss de tempo, como: “Se você não se entregar em 10 minutos, vamos agir”.

Depressivo:

A principal característica das vítimas com esse perfil é a presença marcante de silêncio e tristeza na cena, frequentemente acompanhada de choro, dificuldade em verbalizar sentimentos e expressões de sofrimento psíquico. Outros sinais comuns incluem ansiedade, desesperança, desânimo, negativismo e autodepreciação. Esses sintomas estão frequentemente relacionados a transtornos mentais ou condições psicopatológicas, como depressão, transtorno bipolar, esquizofrenia, demência, entre outros.

O tentante com perfil depressivo pode ainda apresentar:

- Recusa à interação social;
- Pouco ou nenhum contato visual;
- Lentificação da fala e dos movimentos;
- Discurso reduzido;
- Impulsividade e comportamentos autolesivos.

Diante desse quadro, o interventor deverá empregar uma estratégia comunicativa ativa, utilizando uma maior variedade de perguntas com o objetivo de estimular a fala e romper o silêncio.

Condutas recomendadas para a intervenção com perfil depressivo:

1. Utilize mais fala para estimular o diálogo, respeitando o tempo da vítima;
2. Posicione-se, quando possível, de frente para o tentante, mantendo uma postura aberta e receptiva;
3. Estabeleça contato visual direto, de forma acolhedora;
4. Mantenha-se no mesmo nível do tentante, ou acima, sempre que possível;
5. Adote uma atitude enérgica e assertiva, mas sem ser autoritário ou invasivo;
6. Conduza a conversa de maneira que o tentante chegue a conclusões por si próprio;
7. Evite oferecer conselhos diretos;
8. Mantenha uma postura otimista e esperançosa durante toda a intervenção.

Psicótico:

O tentante com este perfil apresenta, no momento da abordagem, alterações psíquicas significativas, como alucinações, delírios e pensamento desorganizado ou incoerente. Uma característica marcante é a incapacidade de reconhecer que há um problema psicológico, o que dificulta a adesão à intervenção e exige maior sensibilidade do interventor para avaliar a efetividade das próprias ações.

Essas manifestações podem estar associadas a transtornos como:

- Esquizofrenia;
- Transtorno bipolar;
- Depressão com características psicóticas;
- Transtornos de personalidade;
- Doença de Parkinson e outras condições neurológicas;
- Uso de álcool e/ou drogas.

Características comuns:

- Discurso desorganizado e desconexo;
- Prejuízo no autocuidado;
- Destruição de objetos ao redor;
- Delírios (de perseguição, grandiosidade, culpa, religiosidade, etc.);
- Alucinações (auditivas, visuais, táteis);

- Pensamentos depreciativos ou descolados da realidade.

Condutas recomendadas:

1. Teste a receptividade ao diálogo: observe se o tentante se acalma ou se mostra mais acessível quando o interventor não confronta diretamente os delírios ou alucinações.

2. Nunca confronte diretamente as ideias psicóticas. Ao ser questionado, por exemplo, se é um personagem do delírio, responda com uma devolutiva respeitosa: “Para você, Fulano, eu pareço ser esse personagem?” Isso evita a mentira direta e permite que o próprio tentante elabore a resposta.

3. Se possível, utilize bombeiros militares conhecidos do tentante, pois pessoas com esse perfil têm dificuldade em estabelecer novas conexões durante o surto.

4. Descreva a realidade em voz alta, para ajudar o tentante a se localizar: “Você está olhando para mim agora.” / “Você está sentado nesta cadeira, vestindo uma camisa verde.”

5. Pergunte de forma indireta sobre o sofrimento psíquico: “Você sabe que existem pessoas que podem te ajudar a lidar com essas vozes, para que elas parem de atrapalhar?”

6. Investigue vínculos com profissionais de saúde mental ou instituições, pois isso pode facilitar o encaminhamento para um atendimento especializado.

7. Chame a atenção dele para você, uma vez que os delírios auditivos podem ser uma concorrência: “Fulano, olha pra mim.” / “Tente focar só na minha voz.”

Importante: Intervenções com tentantes psicóticos costumam demandar mais tempo para alcançar um desfecho, exigindo paciência, firmeza e empatia por parte do interventor.

QUADRO 2. RESUMO DOS PERFIS COMPORTAMENTAIS

AGRESSIVO	DEPRESSIVO	PSICÓTICO
Característica:	Característica:	Característica:
Agitado; Competitivo; Falante; Reativo.	Triste; Culposos; Impotente; Fala pouco.	Alucinações; Delírios; Alterações de pensamentos.
Posicionamento:	Posicionamento:	Posicionamento:
Posicionar no mesmo nível ou abaixo;	Posicionar no mesmo nível ou acima;	Posicionar a depender da postura e comportamento do tentante.
Olhar para a raiz dos olhos ou nariz.	Abordar a vítima de frente, se possível, e olhar nos olhos.	
Ações:	Ações:	Ações:
Deixar a vítima falar;	Falar mais;	Avaliar se vale a pena interagir com as alucinações;
Falar baixo;	Não aconselhar;	Se reincidente, usar o militar que atendeu anteriormente;
Não reagir a ofensas;	Ser positivo;	Ser paciente, não é uma intervenção fácil.
Não usar imperativo;	Oferecer apoio, sendo enérgico, confiante e seguro.	
Não desafiar ou ceder às exigências;	Demonstrar empatia, compaixão.	

Fonte: Os autores.

5.4. 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.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AHMEDANI BK, SIMON GE, STEWART C, BECK A, WAITZFELDER BE, ROSSOMR, et al. **Health care contacts in the year before suicide death.** J Gen. Intern Med. 2014;29(6):870-7.
- ANGST, J. GAMMA, A.; BENAZZI, F. et al. **The Emerging Epidemiology of Hypomania and Bipolar II Disorder.** J Affect Disord 50: 143-151, 1998.
- BERTOLOTE JM, FLEISCHMANN A, DE LEO D, WASSERMAN D. **Suicide and mental disorders: do we know enough?** Br J. Psychiatry. 2003 Nov; 183:382-3.
- BOTEGA NJ, RAELI CB, CAIS CFS. **Comportamento suicida.** In: Botega NJ. Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p.431-46.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental,** 2006.
- CAMARGO JUNIOR, Carlos Alberto de; MUNHOZ, Diógenes Martins; RODRIGUES, Carlos Roberto. **Abordagem técnica a tentativas de suicídio - manual participante.** 1ª. ed. Franco da Rocha: Escola Superior de Bombeiros, 2018. 51 p.
- COMITÊ NACIONAL DE ABORDAGEM TÉCNICA A TENTATIVAS DE SUICÍDIO (CONATTS). **Nota Técnica: Abordagem técnica a tentativas de suicídio.** Belo Horizonte, 33 p. 2022.
- CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL (CBMDF). **Boletim de informação técnico-profissional. Assunto: atendimento a tentativas de suicídio.** Boletim Geral 127, de 07 de julho de 2023. 32p. 2023.
- DAMIANO FD, LUCIANO AC, CRUZ IDG, et al. **Compreendendo o suicídio.** Editora Manole, 2021; 1. ed.
- DURKHEIM, Emile. **O Suicídio.** São Paulo: Martin Claret; 2002.
- FONTENELLE P. **Suicídio - O Futuro Interrompido: Guia para Sobreviventes.** São Paulo: Geração; 2008.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do Suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária.** Genebra: 2000.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide: a global imperative.** Geneva: WHO; 2014.

CAPÍTULO 6

INTERVENÇÃO POR CONTENÇÃO FÍSICA

The graphic features a central composition of overlapping geometric shapes. A large, light orange circle is the primary focus, with a smaller, darker orange circle partially overlapping its top right. To the left, a yellow rectangle overlaps the light orange circle. Below the light orange circle, a dark blue vertical bar extends downwards. The background is a light gray gradient.

CAPÍTULO 6 - INTERVENÇÃO POR CONTENÇÃO FÍSICA

OBJETIVO:

- Conhecer os fundamentos da Intervenção por contenção física em atendimentos a tentativas de suicídio.

A intervenção por contenção física será realizada pela guarnição (sendo 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 utilizar o EPI adequado a depender do método escolhido pelo tentante.

6.1. 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 (cinco) militares na qual dois 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 serão segurados por um 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 abaixo. Os outros dois 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, pois este constrói vínculo com o tentante.

FIGURA 17. CONTENÇÃO FÍSICA



Fonte: CBMDF

6.2. 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.

Em seguida, vamos analisar alguns cenários específicos:

Viadutos: neste tipo de cenário, 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.

Meio aquático (rios, lago, represa): Nesse caso, deve ser ativada uma guarnição para intervenção física em terra e deve ser posicionada uma embarcação de salvamento aquático, preferencialmente, 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 específica, conforme procedimento operacional padrão 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 (intervenção pelo mesmo plano).

FIGURA 18. INTERVENÇÃO PARTINDO DO PLANO INFERIOR



Fonte: CBMDF

6.3. 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.

6.4. TENTATIVA DE SUICÍDIO COM USO DE ARMAS

A Polícia Militar do Distrito Federal (PMDF) deve ser acionada neste tipo de ocorrência quando envolve risco à guarnição. Se a ocorrência envolver arma branca, o bombeiro só irá se 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 Batalhão de Operações Especiais é a unidade da PMDF responsável pela negociação em crise, sendo acionada por meio da central de operações.

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.

6.5. TENTATIVA DE SUICÍDIO COM USO DE GASES, LÍQUIDOS INFLAMÁVEIS OU EXPLOSIVOS

Nesta ocorrência, é importante identificar o produto e estabelecer medidas para neutralização e descontaminação. O isolamento e a delimitação das zonas devem ser calculados dentro do raio de segurança do produto em questão. Acionar a guarnição de Produtos Perigosos do Grupamento de Proteção Ambiental, caso necessário.

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 pressão suficiente, caso necessário.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, Francisco B. **Manual de instruções técnico-profissional para bombeiros. Salvamento.** 682 p. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental,** 2006.

CAMARGO JUNIOR, Carlos Alberto de; MUNHOZ, Diógenes Martins; RODRIGUES, Carlos Roberto. **Abordagem técnica a tentativas de suicídio – manual participante.** 1ª. ed. Franco da Rocha: Escola Superior de Bombeiros, 2018. 51 p.

COMITÊ NACIONAL DE ABORDAGEM TÉCNICA A TENTATIVAS DE SUICÍDIO (CONATTS). **Nota Técnica: Abordagem técnica a tentativas de suicídio.** Belo Horizonte, 33 p. 2022.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL (CBMDF). **Boletim de informação técnico-profissional. Assunto: atendimento a tentativas de suicídio.** Boletim Geral 127, de 07 de julho de 2023.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL (CBMDF). **Manual de Atendimento Pré-Hospitalar do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal/Grupamento de Atendimento de Emergência Pré-Hospitalar]** – 2. ed. rev., atual. e ampl. – Brasília: CBMDF, 2022. 252 p. : il. color.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL (CBMDF). **Manual de Sistema de Comando de Incidentes – SCI.** Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal – CBMDF, 2011. Total de páginas: 147.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do Suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária.** Genebra: 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide: a global imperative.** Geneva: WHO; 2014.

CAPÍTULO 7

GERENCIAMENTO OPERACIONAL EM TENTATIVAS DE SUICÍDIO

CAPÍTULO 7 - GERENCIAMENTO OPERACIONAL EM TENTATIVAS DE SUICÍDIO

OBJETIVO:

- Conhecer e aplicar corretamente as fases do gerenciamento de ocorrências de tentativa de suicídio.

7.1. PRÉ-OCORRÊNCIA

A fase de pré-ocorrência ocorre durante a assunção do serviço e é essencial para garantir o preparo operacional da guarnição diante de uma possível intervenção. Seus objetivos principais são a definição de funções, a preparação técnica e psicológica da equipe e a otimização da resposta conforme o perfil da vítima.

Procedimentos:

Briefing Inicial: Realizar uma avaliação rápida da **condição psicológica** dos membros da guarnição.

Definir as seguintes funções:

1. **Interventor Principal:** responsável pela comunicação direta com o tentante;
2. **Interventor Secundário:** apoio à comunicação e transição para a contenção física, se necessário;
3. **Equipe de Contenção Física:** responsável pela intervenção física segura;
4. **Equipe de Atendimento Pré-Hospitalar (APH):** pronto para atendimento imediato após a intervenção;
5. **Equipe de Logística:** apoio material e suporte às necessidades operacionais.

Determinação de Funções:

- Considerar a tipologia das ocorrências mais frequentes no setor de atuação.
- Atribuir funções específicas de acordo com as habilidades técnicas, o perfil psicológico e a experiência de cada integrante.
- Realizar um treinamento rápido (“passagem de treinamento”) para revisar técnicas de intervenção, contenção e segurança.

Definição de Composição Estratégica:

Antecipar possíveis perfis de vítimas e preparar a equipe de acordo:

Exemplo: Em ocorrências onde a vítima seja do gênero feminino, pode ser recomendado designar uma interventora comunicativa feminina para facilitar o estabelecimento de *rapport* e reduzir resistências durante a negociação.

Definição de Código/Sinal de Intervenção:

Estabelecer previamente um código ou sinal de comunicação para indicar a necessidade imediata de intervenção física, garantindo que toda a guarnição esteja preparada para agir de forma sincronizada.

Exemplos:

- **Código de Rádio QRQ** (“brevidade”) pode ser utilizado como sinal de acionamento rápido para contenção física;

- O código deve ser **simples, discreto** e conhecido apenas pela equipe operacional envolvida, evitando exposição ou alarme desnecessário ao tentante.

A definição deste sinal deve ser realizada durante o briefing inicial da guarnição, reforçada nos treinamentos rápidos e confirmada imediatamente antes do atendimento de cada ocorrência.

7.2. ACIONAMENTO

A fase de acionamento tem início com a chamada da ocorrência pelo Rádio Operador, momento em que se realiza a coleta de informações complementares, que podem definir a estratégia, e o início do deslocamento da guarnição.

Procedimentos:

1. Coleta de Informações Relevantes: Durante o acionamento, deve-se buscar junto ao Radioperador os seguintes dados acerca das características da vítima:

- Nome completo (se disponível);
- Gênero;
- Idade;
- Histórico de tentativas anteriores de suicídio;
- Uso atual de medicamentos (especialmente psicotrópicos);
- Antecedentes criminais;
- Ocupação profissional.

2. Identificação do Método de Tentativa: A identificação do método planejado ou em execução (ex.: precipitação, enforcamento, uso de arma branca, uso de produtos perigosos) definirá:

- Tipo de Uniforme/EPI que a equipe deve utilizar.
- Equipamentos específicos a serem levados para o atendimento - observar Quadro 3 (Correspondência entre Método e EPI).

Obs.: como será observado no quadro há um método chamado autoimolação. É o ato em que uma pessoa se incendeia deliberadamente; ateia fogo no próprio corpo.

QUADRO 3. CORRESPONDÊNCIA ENTRE MÉTODO E EPI

PRECIPITAÇÃO	1. EPI multiemprego;
	2. CAPACETE E LUVA DE SALVAMENTO;
	3. CADEIRA DE RESGATE OU CABO DA VIDA COM MOSQUETÃO (NÓ DA VIDA OU NÓ DE ANCORAGEM/SEGURANÇA RÁPIDA);
	4. ANEL DE FITA.
	<ul style="list-style-type: none"> • O Item 3 deve ser usado para ancoragem individual direta quando possível, ou, para receber a ancoragem preparada pela guarnição de salvamento. • O Item 4 deve ser utilizado quando o interventor estiver devidamente ancorado e, se o cenário permitir, para realizar uma amarração rápida (nó "boca de lobo"/"pata de gato") em membro da vítima, caso seja necessário.
ENFORCAMENTO	1. EPI multiemprego;
	2. CAPACETE E LUVA DE SALVAMENTO;
	3. CANIVETE/FACA.
	<ul style="list-style-type: none"> • O item 3 deve ser usado para cortar a corda rapidamente com o auxílio dos demais militares presentes na ocorrência, se a vítima realizar a tentativa durante a intervenção comunicativa (ou se já se encontrar pendurada pela corda na chegada ao local).
ENVENENAMENTO; MEDICAMENTOSO (OU VENENOS DIVERSOS)	1. EPI multiemprego;
	2. CAPACETE DE SALVAMENTO.
AUTOIMOLAÇÃO	1. CONJUNTO DE APROXIMAÇÃO OU OUTRO EPI MAIS ADEQUADO DE ACORDO COM A DOCTRINA EM VIGÊNCIA NA CORPORAÇÃO;
	2. CAPACETE DE SALVAMENTO.
ARMA BRANCA	1. CONJUNTO DE APROXIMAÇÃO OU OUTRO EPI MAIS ADEQUADO DE ACORDO COM A DOCTRINA EM VIGÊNCIA NA CORPORAÇÃO;
	2. CAPACETE DE SALVAMENTO.

Fonte: Os autores.

3. Análise das Características do Local: Avaliar as condições físicas do ambiente:

- Altura (em casos de precipitação).
- Presença de viaduto, ponte, prédio, torre, meio aquático, ou outras estruturas relevantes.
- Identificar fatores que possam impactar a aproximação, o isolamento da área e o plano de intervenção.

7.3. DESLOCAMENTO

Durante o deslocamento para a ocorrência, deve-se dar continuidade à coleta de informações e realizar o acionamento dos recursos adicionais necessários, conforme análise preliminar dos dados.

Procedimentos:

Continuidade da Coleta de Dados: A guarnição deve manter contato com a SECOM para atualização constante de informações relevantes sobre:

- Situação da vítima;
- Mudanças no local da ocorrência;
- Necessidade de reforço de efetivo ou de equipamentos;
- Composição Inicial da Resposta: O deslocamento deve ser realizado com, no mínimo:
 1. Uma Unidade de Resgate (UR);
 2. Uma Viatura Multiemprego ou de Salvamento.

Acionamento de Recursos Adicionais: Com base nas informações recebidas e na análise de risco, podem ser acionados os seguintes recursos complementares:

- ABT (Auto Bomba Tanque): Em situações de risco de incêndio e/ou explosão;
- GBS (Grupamento de Busca e Salvamento): Acionamento imediato em ocorrências envolvendo precipitação (altura) ou meio aquático;
- Polícia Militar: Apoio em situações de insegurança, como a presença de arma branca, arma de fogo ou aglomeração de curiosos;
- Neoenergia ou Empresa Responsável pela Rede Elétrica: Quando a ocorrência envolver torres de transmissão ou linhas energizadas, para interrupção da energia e garantia da segurança da guarnição;

- Órgãos de Trânsito e Policiamento de Área: Para controle viário e gerenciamento de fluxo de pessoas, especialmente em locais públicos ou de grande circulação.

7.4. CHEGADA

A aproximação deverá ser silenciosa: desligar sinais sonoros e luminosos antes de entrar no campo visual ou auditivo da vítima, evitando agravar o estado emocional do tentante.

7.5. ESTABELECIMENTO DE VIATURA

O posicionamento estratégico das viaturas é fundamental para garantir a segurança da guarnição, a proteção da vítima e o apoio às operações de intervenção.

Procedimentos:

Local Seguro: As viaturas devem ser posicionadas fora do alcance de arremessos de objetos e em áreas livres de riscos adicionais, como torres energizadas ou instalações perigosas. O posicionamento deve permitir proteção física da equipe e acesso rápido a equipamentos e materiais.

Avaliação da Dinâmica de Risco - realizar uma análise do cenário considerando:

- Ameaças (riscos existentes no local);
- Vulnerabilidades (pontos fracos que podem ser explorados involuntariamente pelo tentante);
- Escolher a posição das viaturas de acordo com o balanço entre ameaça e vulnerabilidade.

Funções Táticas do Estabelecimento - o posicionamento das viaturas pode atender a diversas finalidades:

- Isolamento da área: para controle do perímetro e afastamento de curiosos;
- Ponto de ancoragem: para equipes que atuam em sistemas de segurança ou intervenção em altura;
- Barreira de sacrifício: servindo como proteção contra o tráfego de veículos do local;
- Redução da distância de queda: especialmente em passarelas, viadutos ou pontes, posicionando veículos sob a projeção da vítima.

7.6. RECONHECIMENTO

Esta fase envolve o estabelecimento do Posto de Comando, a avaliação inicial e a avaliação de risco.

Procedimentos:

1. Estabelecimento do Posto de Comando (PC):

- Posicionar-se em local seguro, discreto e com boa visualização da cena.
- Garantir comunicação eficiente entre as equipes e a Central de Operações.
- Organizar a chegada e coordenação dos recursos adicionais, se necessários.

2. Avaliação Inicial:

- Confirmar e ampliar as informações obtidas no acionamento e deslocamento, por meio de fontes seguras como familiares, amigos, conhecidos e testemunhas.
- Informações a serem confirmadas/obtidas:
 - A. Identificação da Vítima: Nome, sexo e idade;
 - B. Histórico Médico-Psicológico: Existência de tentativas anteriores de suicídio;
 - C. Diagnóstico de doenças psiquiátricas ou outras condições clínicas relevantes;
 - D. Perfil Comportamental Atual: Presença de alucinações, delírios, agressividade, apatia, silêncio ou outros comportamentos de risco;
 - E. Uso de Substâncias: Medicamentos controlados, álcool ou drogas ilícitas;
 - F. Condições e Situação Atual da Vítima: Se está armada, se está isolada ou trancada, se há acesso direto ou barreiras físicas;
 - G. Método de Tentativa: Método identificado ou suspeito que está sendo utilizado;
 - H. Características do Local: Estrutura física (tipo de construção, acesso disponível);
 - I. Condições específicas do ambiente (altura, meio aquático, risco químico).

3. Avaliação de Risco:

- Identificar todas as ameaças potenciais presentes no cenário, considerando: método da tentativa e riscos adicionais.

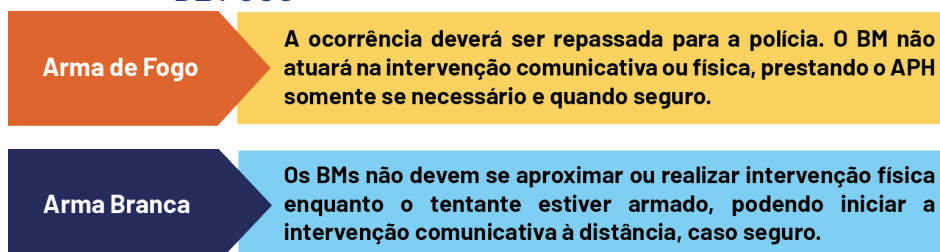
Os principais riscos são:

- Contaminação por fluidos biológicos.
- Envenenamento ou intoxicação química.
- Presença de arma de fogo ou arma branca.
- Risco de queda de altura.
- Afogamento.
- Incêndio ou explosão.
- Atropelamento ou tráfego de veículos próximo.

ATENÇÃO!

- Definir rota de fuga segura para a guarnição, caso haja escalada rápida do risco.
- Atenção especial e redobrada em ocorrências com armas de fogo ou armas brancas, devendo ser priorizada a atuação conjunta com a Polícia Militar.

FIGURA 19. AVALIAÇÃO DE RISCO EM RELAÇÃO A ARMAS BRANCAS E DE FOGO



Fonte: CBMDF (2023)

7.7. PLANEJAMENTO

A fase de planejamento é crucial para definir as estratégias e táticas a serem adotadas, considerando todos os riscos envolvidos e com o objetivo primário de salvar vidas. O planejamento deve envolver todos os recursos disponíveis e ser flexível o suficiente para se adaptar a mudanças rápidas durante a intervenção.

Objetivos Principais:

1. Intervenção Comunicativa:

- Prioridade máxima: Utilizar a comunicação como ferramenta para desescalar a situação, buscando estabelecer um vínculo de confiança com a vítima.
- Estratégias de Comunicação:
 - A. Escuta ativa: Ouvir a vítima com empatia para entender suas necessidades emocionais.
 - B. Construção de rapport: Criar uma conexão com a vítima, reforçando que ela está segura e que a ajuda está chegando.
 - C. Comunicação Assertiva: A comunicação deve ser calma, controlada e não ameaçadora, com o objetivo de acalmar a vítima e promover uma decisão positiva.

2. Atendimento Pré-Hospitalar (APH):

- O objetivo é garantir que a vítima seja tratada de forma rápida e eficaz, minimizando qualquer risco à saúde durante o atendimento.
- Ações prioritárias:
 - A. Apoio médico imediato assim que a vítima for resgatada.
 - B. Avaliação de sinais vitais, controle de hemorragias, e estabilização de lesões.
 - C. Preparação para transporte médico em caso de necessidade de hospitalização.
- Cooperação com os serviços de emergência médica (regulação médica da ocorrência): Integrar esforços para garantir a continuidade do atendimento durante e após a intervenção.

3. Intervenção por Contenção Física:

- A contenção física deve ser a última opção e deve ser realizada com o máximo de cuidado e respeito, para não agravar o estado emocional da vítima.

Objetivo: Prevenir que a vítima se machuque ou se jogue, enquanto se busca uma solução pacífica.

- Recursos e Técnicas:
 - A. Uso de equipamentos de contenção: cordas, cintos de segurança, escadas mecânicas ou outros recursos para garantir o controle da vítima sem causar danos.
 - B. Técnicas de contenção minimamente invasivas: Minimizar o contato físico direto até o momento em que seja necessário para garantir a segurança da vítima e da equipe.
 - C. Análise constante da situação: Monitorar o estado emocional e psicológico da vítima para garantir que a contenção não agrave sua condição.

Considerações de Recursos Adicionais:

- Escadas mecânicas, viaturas especializadas, embarcações de salvamento ou outros recursos devem ser considerados com base no tipo de local e método de tentativa.
- A equipe deve ter em mente a disponibilidade de apoios logísticos e sempre considerar a rotatividade de recursos, para garantir a continuidade da intervenção sem expor a equipe a riscos desnecessários.

7.8. ESTABELECIMENTO NA CENA

Esta fase envolve a designação de missões para o início da intervenção comunicativa, a preparação para eventual contenção física e a manutenção da equipe de APH (Atendimento Pré-Hospitalar) em prontidão, caso seja necessário intervir. Além disso, pode ser necessário evacuar o local e realizar o controle do tráfego de veículos e pessoas.

Perímetro de segurança: Consiste no isolamento das áreas de risco e no controle do acesso de pessoas não autorizadas – incluindo bombeiros e profissionais de saúde que estejam sem os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) adequados ou que não tenham sido requisitados naquele momento. O isolamento apropriado é de suma importância, uma vez que a circulação de pessoas no local do incidente pode representar um estressor adicional para a vítima. Essa delimitação inclui o estabelecimento das zonas quente, morna e fria.

Zona quente: Área restrita, localizada imediatamente ao redor do incidente, estendendo-se até o ponto em que os riscos e seus efeitos nocivos deixem de representar ameaça para as pessoas posicionadas fora dela. Nessa zona ocorrerão as ações de controle, sendo permitida

apenas a presença de pessoal técnico qualificado e equipado com os EPIs adequados à sua segurança.

Zona morna: Área situada após a zona quente, onde ocorrerão as atividades de descontaminação de pessoas e equipamentos, triagem e suporte ao pessoal envolvido diretamente na emergência. Somente profissionais especializados e devidamente equipados com EPIs poderão permanecer nesta zona, oferecendo apoio às ações realizadas na zona quente. Também é o local para o posicionamento de equipamentos que possam ser utilizados na emergência, bem como do Posto de Comando (PC).

Zona fria: Área além da zona morna, destinada às funções de apoio logístico. Nela estarão localizadas a Área de Espera (E) e a estrutura de apoio ao atendimento. A entrada de curiosos e da imprensa é proibida.

7.9. OPERAÇÃO

Esta é a fase de comando e controle, na qual é imprescindível a análise contínua dos riscos. O Comandante do Incidente deve estar atento e preparado para, caso necessário, realizar a substituição do interventor comunicativo - especialmente nos casos de falha do rapport, como:

- Ausência de vínculo;
- Quebra de confiança;
- Ou exaustão física e/ou emocional do interventor.

Acionamento da intervenção física: A decisão de acionar a intervenção física é de responsabilidade exclusiva do Comandante do Incidente, salvo nos casos em que houver iminência de ato que comprometa a segurança. Os critérios para o acionamento incluem:

- Persistência da ausência de vínculo, mesmo após a substituição do interventor;
- Ocorrência de grave quebra de confiança;
- Demonstração, pela postura corporal da vítima, de desinteresse na comunicação ou desconexão do diálogo.

7.10. DESMOBILIZAÇÃO

Nesta fase, procede-se à desmobilização dos recursos empregados, bem como à conferência de materiais e do efetivo envolvido na ocorrência.

Paciente transportado

O transporte deve ser realizado após regulação médica e conforme os protocolos de Atendimento Pré-Hospitalar (APH) vigentes. Em caso de sucesso da intervenção comunicativa - ou mesmo quando houver a necessidade de contenção física, recomenda-se que o interventor acompanhe o paciente no interior da Unidade de Resgate (UR) durante o deslocamento até a unidade de saúde, a fim de manter o vínculo estabelecido e favorecer a continuidade do cuidado.

Consumação do suicídio

Nos casos em que houver consumação do suicídio, deve-se acionar a perícia forense da Polícia Civil e preservar o local do óbito, seguindo os protocolos legais e operacionais vigentes.

Orientações aos familiares

Durante o transporte hospitalar, é fundamental que a equipe forneça orientações aos familiares ou responsáveis do tentante quanto à importância de que o paciente receba acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico com profissionais qualificados. Essa medida é essencial para a continuidade do tratamento e a redução do risco de reincidência.

Devem ser fornecidas, sempre que possível, informações sobre a rede de apoio psicossocial, tais como:

- Centros de Atenção Psicossocial (CAPS);
- Hospital São Vicente de Paulo (HSVP);
- Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF);
- Clínicas-escola;
- Outros serviços de referência em saúde mental.

Pósvenção e acolhimento

Especificamente em casos de tentativa de suicídio, é imprescindível que os sobreviventes sejam acolhidos com empatia pela guarnição de atendimento, sendo orientados a procurar uma unidade de saúde para avaliação do seu estado psicológico. Tais medidas fazem parte das ações de pósvenção, fundamentais para o cuidado em saúde mental e prevenção de novos episódios.

7.11. DEBRIEFING

O debriefing das ocorrências é de extrema importância para o aprimoramento técnico e tático dos bombeiros envolvidos. Contudo, em situações nas quais o desfecho da ocorrência possa causar impacto

psicológico em algum membro da guarnição, não se recomenda a realização do hot debriefing, tendo em vista a possibilidade de potencializar o desenvolvimento de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) quando conduzido de forma inadequada.

Apoio psicológico à guarnição

Por fim, cabe ao Comandante do Incidente avaliar a necessidade de encaminhamento da guarnição para acompanhamento psicológico junto ao Centro de Assistência, especialmente nos casos de desfecho negativo, com o objetivo de prevenir quadros de TEPT e preservar a saúde mental da equipe envolvida.

7.12. ORGANIZAÇÃO TÁTICA DO SOCORRO A TENTATIVAS DE SUICÍDIO

A resposta do CBMDF às ocorrências de tentativa de suicídio é estruturada com base no Sistema de Comando de Incidentes (SCI). A composição mínima de recursos empregados deve incluir:

- Uma viatura multiemprego ou de salvamento (ASE, ABSL, ABT etc.); e
- Uma viatura de Atendimento Pré-Hospitalar (UR).

A organização tática da guarnição dependerá do método da tentativa e do local da ocorrência. No entanto, o Comandante do Incidente deve sempre buscar atender a três objetivos fundamentais:

1. Promover a intervenção comunicativa;
2. Manter o aparato de APH pronto para o atendimento imediato;
3. Preparar e posicionar a equipe de contenção física, pronta para atuação, caso seja necessária.

Dessa forma, a estrutura básica do socorro deve prever a distribuição dos recursos entre essas funções. Cabe ao Comandante do Incidente designar taticamente as funções com base nas características específicas da ocorrência, bem como nas habilidades individuais da guarnição. Cada cenário exigirá adaptações.

Exemplo 1: Tentativa de suicídio por precipitação (altura)

- A guarnição multiemprego (ex.: ASE) poderá ser dividida:
 - A. Uma dupla atuando na intervenção comunicativa, preferencialmente capacitada na doutrina específica e, se necessário, apta à realização da primeira contenção física;
 - B. A outra dupla posicionada para a contenção física e extração da vítima;

- Além disso, uma equipe com material de APH deve estar em condições de pronta resposta, seja para atendimento da vítima ou de integrantes da própria guarnição.

Exemplo 2: Tentativa de suicídio por enforcamento em ambiente interno (residência)

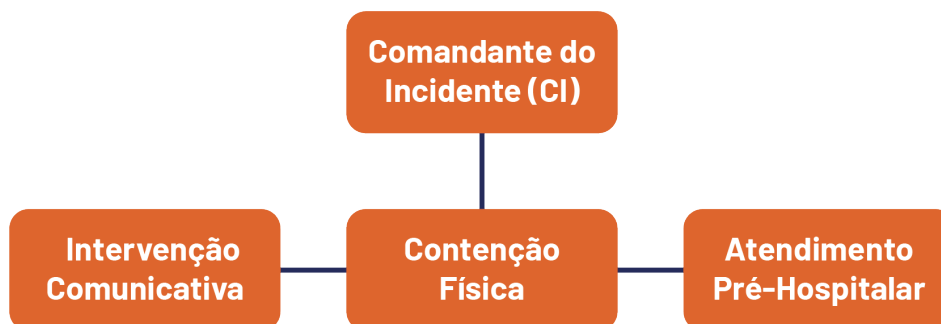
- A equipe de contenção física deve estar preparada para realizar entrada forçada (com equipamentos de arrombamento) e a possível contenção e corte da corda;
- A intervenção comunicativa deve ser atribuída aos militares mais bem preparados tecnicamente e emocionalmente;
- É possível que o socorrista da UR assuma essa função, desde que o atendimento APH possa ser desempenhado por outros membros da guarnição.

Emprego de recursos adicionais

Conforme a complexidade do caso, podem ser necessários recursos complementares, tais como:

- ABT (Auto Bomba Tanque), em tentativas que envolvam risco de incêndio ou explosão;
- Escada mecânica, para permitir aproximação segura do interventor em locais elevados, como torres de telefonia.

FIGURA 20. ORGANOGRAMA DA ESTRUTURA DE RESPOSTA BÁSICA DO SOCORRO



Fonte: CBMDF (2023)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, Francisco B. **Manual de instruções técnico-profissional para bombeiros**. Salvamento. 682 p. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**, 2006.

CAMARGO JUNIOR, Carlos Alberto de; MUNHOZ, Diógenes Martins; RODRIGUES, Carlos Roberto. **Abordagem técnica a tentativas de suicídio - manual participante**. 1ª. ed. Franco da Rocha: Escola Superior de Bombeiros, 2018. 51 p.

COMITÊ NACIONAL DE ABORDAGEM TÉCNICA A TENTATIVAS DE SUICÍDIO (CONATTS). **Nota Técnica: Abordagem técnica a tentativas de suicídio**. Belo Horizonte, 33 p. 2022.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL (CBMDF). **Boletim de informação técnico-profissional. Assunto: atendimento a tentativas de suicídio**. Boletim Geral 127, de 07 de julho de 2023.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL (CBMDF). **Manual de Atendimento Pré-Hospitalar do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal/Grupamento de Atendimento de Emergência Pré-Hospitalar** [Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal] - 2. ed. rev., atual. e ampl. - Brasília: CBMDF, 2022. 252 p. : il. color. ISBN: 978-65-81664-03-923. 32p. 2022.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL (CBMDF). **Manual de Sistema de Comando de Incidentes - SCI**. Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal - CBMDF, 2011. Total de páginas: 147.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL (GDF). **Guia de orientações: abordagem ao luto por suicídio e pósvenção**. 38 p., Brasília, 2023

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do Suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária**. Genebra: 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide: a global imperative**. Geneva: WHO; 2014.

CAPÍTULO 8

ASPECTOS JURÍDICOS RELACIONADOS A TENTATIVA DE SUICÍDIO

CAPÍTULO 8 - ASPECTOS JURÍDICOS RELACIONADOS À TENTATIVA DE SUICÍDIO

OBJETIVO:

- Compreender os principais aspectos jurídicos relacionados às tentativas de suicídio.

O atendimento a tentativas de suicídio exige não apenas preparo técnico e emocional por parte dos bombeiros militares, mas também o conhecimento dos aspectos jurídicos que envolvem essas situações. A legislação brasileira não criminaliza o suicídio, mas estabelece penalidades para aqueles que induzem, instigam ou auxiliam alguém a atentar contra a própria vida. Além disso, a atuação do bombeiro militar deve sempre estar em conformidade com os princípios da legalidade, proporcionalidade e do estrito cumprimento do dever legal.

Este capítulo tem por objetivo esclarecer os principais fundamentos legais aplicáveis ao atendimento de ocorrências envolvendo tentativa ou consumação do suicídio.

8.1. O SUICÍDIO NÃO É CRIME NO BRASIL

Diferentemente de outros ordenamentos jurídicos, o suicídio não é tipificado como crime no Brasil. Tal compreensão decorre, entre outros fatores, da impossibilidade prática de imposição de sanção penal àquele que atenta contra a própria vida.

Contudo, a legislação penal brasileira prevê responsabilização criminal de terceiros que contribuam dolosamente para a prática do suicídio ou da automutilação, nos termos do art. 122 do Código Penal.

8.2. INDUZIMENTO, INSTIGAÇÃO OU AUXÍLIO AO SUICÍDIO (ART. 122, CP)

O artigo 122 do Código Penal Brasileiro prevê punição para quem induzir, instigar ou auxiliar alguém a cometer suicídio ou automutilação:

Art. 122. Induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou a praticar automutilação ou prestar-lhe auxílio material para que o faça:

Pena - reclusão, de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos.

§ 1º Se da automutilação ou da tentativa de suicídio resulta lesão corporal de natureza grave ou gravíssima, nos termos dos §§ 1º e 2º do art. 129 deste Código:

Pena - reclusão, de 1 (um) a 3 (três) anos.

§ 2º Se o suicídio se consuma ou se da automutilação resulta morte:

Pena - reclusão, de 2 (dois) a 6 (seis) anos.

§ 3º A pena é duplicada:

I - se o crime é praticado por motivo egoístico, torpe ou fútil;

II - se a vítima é menor ou tem diminuída, por qualquer causa, a capacidade de resistência.

§ 4º A pena é aumentada até o dobro se a conduta é realizada por meio da rede de computadores, de rede social ou transmitida em tempo real.

§ 5º Aplica-se a pena em dobro se o autor é líder, coordenador ou administrador de grupo, de comunidade ou de rede virtual, ou por estes é responsável.

§ 6º Se o crime de que trata o § 1º deste artigo resulta em lesão corporal de natureza gravíssima e é cometido contra menor de 14 (quatorze) anos ou contra quem, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, ou que, por qualquer outra causa, não pode oferecer resistência, responde o agente pelo crime descrito no § 2º do art. 129 deste Código.

§ 7º Se o crime de que trata o § 2º deste artigo é cometido contra menor de 14 (quatorze) anos ou contra quem não tem o necessário discernimento para a prática do ato, ou que, por qualquer outra causa, não pode oferecer resistência, responde o agente pelo crime de homicídio, nos termos do art. 121 deste Código.

Diferença entre induzir, instigar e auxiliar:

- **Induzir:** fazer surgir na vítima a ideia de suicídio ou automutilação, até então inexistente;
- **Instigar:** reforçar, estimular ou incentivar ideia suicida ou autolesiva já presente na vítima;
- **Auxiliar:** prestar apoio material ou operacional para a prática do ato, mediante fornecimento de meios, informações ou facilitação da execução.

8.3. ATUAÇÃO DO BOMBEIRO MILITAR DIANTE DE TERCEIROS ENVOLVIDOS

Caso o bombeiro militar identifique indícios de participação de terceiros na indução, instigação ou auxílio ao suicídio, nos termos do art. 122 do Código Penal, deverá adotar as providências operacionais e legais cabíveis, observadas as prioridades de preservação da vida e segurança da equipe.

Nessas hipóteses, orienta-se a:

- Acionar imediatamente o policiamento competente;
- Realizar, quando presentes os requisitos legais e as condições de segurança operacional, a contenção e eventual prisão em flagrante do suspeito, nos termos do art. 301 do Código de Processo Penal:

Art. 301 - Qualquer do povo poderá, e as autoridades policiais e seus agentes deverão prender quem quer que seja encontrado em flagrante delito.

A intervenção sobre eventual suspeito deve ocorrer de forma proporcional e sem prejuízo da missão principal de salvamento e proteção da vítima.

O bombeiro militar deverá, ainda, registrar e comunicar os fatos às autoridades competentes para adoção das providências investigativas e persecutórias cabíveis.

8.4. USO DA FORÇA PARA IMPEDIR O SUICÍDIO

O uso proporcional da força para impedir um suicídio é legítimo e amparado pelo art. 23, III, do Código Penal (estrito cumprimento do dever legal):

Exclui-se a ilicitude quando o agente pratica o fato no estrito cumprimento do dever legal.

Exemplo comum: intervenção por rapel de impacto para impedir que uma vítima se jogue de uma estrutura elevada. Ainda que isso cause lesões, o objetivo de preservar a vida - bem jurídico superior - justifica o ato.

8.5. RESPONSABILIDADE POR OMISSÃO IMPRÓPRIA

O bombeiro tem o dever jurídico de agir. Caso tenha conhecimento da tentativa e se omita indevidamente, poderá ser responsabilizado penalmente, conforme art. 13, §2º, do Código

Penal: A omissão é penalmente relevante quando o omitente devia e podia agir para evitar o resultado.

Esse dever decorre da função pública exercida pelo bombeiro.

8.6. NOTIFICAÇÃO DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO

A notificação obrigatória de casos de tentativa de suicídio está prevista:

- Na Lei 13.819/2019, art. 3º, VIII;
- Na Portaria nº 204/2016 do Ministério da Saúde, art. 4º.

Esses dados alimentam o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e embasam políticas públicas de prevenção. No CBMDF, a responsabilidade pela notificação via Ficha do SINAN é das equipes de APH, sempre que houver violência ou tentativa de suicídio.

8.7. ISOLAMENTO E PRESERVAÇÃO DA CENA DO SUICÍDIO CONSUMADO

Se o bombeiro chegar a uma ocorrência com óbito evidente, deve:

- Confirmar ausência de sinais vitais;
- Reconhecer o local como possível cena de crime (art. 158 e art. 158-B, CPP);
- Isolar e preservar o ambiente, evitando contaminação ou alteração dos vestígios;
- Impedir o acesso de terceiros;
- Acionar a Polícia Civil e a perícia técnica.

Art. 158-B, CPP: A cadeia de custódia compreende:

- I - Reconhecimento: identificação de elementos de interesse pericial;
- II - Isolamento: preservação do local imediato, mediato e relacionado aos vestígios.

A manipulação da cena só é admissível se houver chance de reverter o quadro de parada e salvar a vida. Do contrário, a intervenção indevida pode:

- Comprometer a investigação;
- Levar à perda da validade probatória;
- Caracterizar fraude processual (art. 347, CP).

A atuação do bombeiro militar deve estar sempre alinhada à legalidade e à ética, respeitando a dignidade da vítima e observando todos os aspectos legais relacionados à tentativa de suicídio. O conhecimento jurídico é essencial para garantir uma atuação segura, eficaz e que contribua tanto para o salvamento imediato, quanto para a responsabilização de agentes externos, quando for o caso.

8.8. REQUISIÇÃO ADMINISTRATIVA

A requisição administrativa ocorre quando o Poder Público utiliza bens ou serviços particulares de forma compulsória, em situação de perigo público iminente, para atender uma necessidade coletiva urgente. Esse uso é temporário e pode gerar indenização posterior, caso haja dano ao bem ou prejuízo ao proprietário.

A previsão está na Constituição Federal de 1988, no art. 5º, XXV.

Exemplo prático (na atividade de emergência)

Em uma ocorrência de tentativa de suicídio por precipitação em uma passarela, o comandante da operação pode requisitar um ônibus do transporte público que esteja nas proximidades para posicioná-lo sob a estrutura.

O objetivo seria reduzir o risco de lesões graves ou morte caso ocorra a queda, utilizando o veículo como um elemento de proteção ou amortecimento.

Nesse caso:

- Há perigo público iminente (risco à vida da vítima);
- A autoridade competente (comandante do socorro) utiliza bem particular ou concessionado;
- O uso é temporário e justificado pela emergência;
- Se houver dano ao veículo, o proprietário ou a empresa concessionária terá direito à indenização ulterior.

FIGURA 21. UTILIZAÇÃO DE VEICULOS PARA RESTRINGIR O METODO.



Fonte: CBMDF (2026).

Nesse caso:

- Há perigo público iminente (risco à vida da vítima);
- A autoridade competente (comandante do socorro) utiliza bem público ou concessionado;
- O uso é temporário e justificado pela emergência;
- Se houver dano ao veículo, o proprietário ou a empresa concessionária terá direito à indenização ulterior.

FIGURA 22. UTILIZAÇÃO DA REQUISIÇÃO ADMINISTRATIVA.



Fonte: CBMDF (2025).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Decreto-lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal.** Diário oficial da União de 31.12.1940 e retificado em 3.1.1941.

BRASIL. **Decreto-lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941. Código do Processo Penal.** Diário oficial da União de 13.10.1941 e retificado em 24.10.1941

BRASIL. Poder Executivo. **Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios.** Diário Oficial da União de 26 de abril de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.** Diário Oficial da União de 17 de fevereiro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental, 2006.**

CAMARGO JUNIOR, Carlos Alberto de; MUNHOZ, Diógenes Martins; RODRIGUES, Carlos Roberto. **Abordagem técnica a tentativas de suicídio – manual participante.** 1ª. ed. Franco da Rocha: Escola Superior de Bombeiros, 2018. 51 p.

COMITÊ NACIONAL DE ABORDAGEM TÉCNICA A TENTATIVAS DE SUICÍDIO (CONATTS). **Nota Técnica: Abordagem técnica a tentativas de suicídio.** Belo Horizonte, 33 p. 2022.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL (CBMDF). **Boletim de informação técnico-profissional. Assunto: atendimento a tentativas de suicídio.** Boletim Geral 127, de 07 de julho de 2023.

CAPÍTULO 9

PREVENÇÃO DO SUICÍDIO



CAPÍTULO 9 - PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

OBJETIVO:

- Conhecer os principais aspectos dos Planos Nacionais de Prevenção ao Suicídio;
- Compreender as modalidades de prevenção;
- Conhecer a qualificação das estratégias de prevenção;
- Compreender o “Efeito Werther”;
- Compreender o “Efeito Papageno”;
- Conhecer os principais cuidados ao se abordar o tema suicídio.

O estigma em torno do suicídio é um dos maiores obstáculos para a prevenção, e o silêncio alimenta esse problema. Muitas pessoas evitam falar sobre o tema por medo de incentivar a ideia, mas a verdade é que o diálogo aberto e responsável tem o efeito contrário: ele oferece acolhimento e possibilita que quem está em sofrimento não se sinta sozinho. O silêncio, por outro lado, reforça a ideia de que esse é um assunto proibido, levando quem sofre a acreditar que seu sofrimento é invisível ou que não há espaço para pedir ajuda.

Quando evitamos falar sobre suicídio, criamos barreiras para a busca de apoio. O medo do julgamento, da incompreensão ou de ser visto como fraco pode fazer com que muitos caem sua dor, tornando-a ainda mais insuportável. O estigma leva à solidão, e a solidão pode aprofundar o desespero.

Já o diálogo, quando conduzido com empatia e responsabilidade, abre caminhos. Permite que a pessoa em sofrimento se sinta validada, ouvida e apoiada. Quando perguntamos com cuidado e demonstramos que estamos disponíveis para ouvir sem julgar, mostramos que há alternativas, que a dor pode ser compartilhada e que ninguém precisa enfrentá-la sozinho.

Falar sobre suicídio de forma respeitosa e acolhedora não encoraja o ato; pelo contrário, cria redes de apoio e salva vidas. O silêncio pode ser um grande inimigo da prevenção, mas a conversa aberta e empática pode ser um verdadeiro ato de cuidado e esperança.

Desta forma, neste capítulo, vamos exercitar essa poderosa ferramenta: o diálogo. Iremos abordar a prevenção do suicídio em suas diversas dimensões, desde estratégias amplas, como políticas públicas, até ações individuais, destacando a importância da comunicação nesse processo.

Quebrems o silêncio - seja falando, seja ouvindo.

9.1. RESPONSABILIDADE COMPARTILHADA

O suicídio é um grave problema de saúde pública, com múltiplas causas e impactos. Conforme discutido, o suicídio é um fenômeno multifatorial, influenciado por fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos e culturais. Por isso, sua prevenção não depende de uma única solução simples, mas de estratégias eficazes que envolvam diferentes áreas. Embora seja um desafio, a prevenção é possível e pode salvar vidas quando abordada de forma integrada e comprometida.

Partindo de uma visão macro em relação à prevenção do suicídio, observamos que o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3 da ONU, especificamente a meta 3.4, busca reduzir em um terço a mortalidade por doenças não transmissíveis, incluindo o suicídio, até 2030. No Brasil, essa meta incentiva políticas de saúde mental para reduzir as taxas de suicídio por meio de intervenções de prevenção e promoção do bem-estar.

O panorama mundial revela um cenário preocupante: embora as taxas globais de suicídio estejam caindo em muitas regiões, as Américas registraram um aumento de 17% entre 2000 e 2019, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS). Esse aumento destaca um contraste com outras regiões e sugere a necessidade de estratégias específicas para a região das Américas, onde fatores sociais, econômicos e culturais influenciam o aumento dos casos. No Brasil, essa tendência acompanha o aumento das taxas entre jovens e populações vulneráveis, como indígenas e LGBTQIAPN+, enfatizando a necessidade de políticas públicas inclusivas e direcionadas.

Embora seja imprescindível a elaboração e implementação de uma estratégia nacional, a prevenção ao suicídio não é responsabilidade apenas dos governos. É necessária a integração de diversos agentes, incluindo profissionais de saúde, educação, segurança pública, comunidades, famílias e organizações da sociedade civil. Esses atores devem atuar de forma integrada para proporcionar o apoio necessário e promover uma cultura de empatia e acolhimento, essencial para reduzir as taxas de suicídio e melhorar a saúde mental da população.

O psicólogo Edwin Shneidman, considerado o pai da suicidologia, defendia que a prevenção do suicídio é uma responsabilidade coletiva que exige o envolvimento de toda a sociedade. Dessa forma, é fundamental que cada pessoa, em sua esfera de atuação, contribua para a construção de um ambiente mais acolhedor, reduzindo o estigma e oferecendo suporte às pessoas em sofrimento.

Somente com esforços conjuntos e uma abordagem humanizada será possível avançar na redução das taxas de suicídio e na promoção do bem-estar mental.

“O suicídio é um problema de todos”

Shneidman, 1996

9.2. POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL

O Brasil, em um panorama mundial, tem avançado na formulação de políticas públicas para a prevenção do suicídio, especialmente quando comparado a países onde o suicídio ainda é criminalizado e carrega um estigma altíssimo. No entanto, isso não significa que o suicídio tenha deixado de ser um tabu no país. Embora o reconhecimento da questão seja um passo importante, ainda há um longo caminho a percorrer. É fundamental implementar medidas concretas e eficazes para reduzir o estigma, melhorar o acesso ao tratamento e promover uma cultura de acolhimento e prevenção em todos os níveis da sociedade.

Dessa forma, Governo Federal, em colaboração com os Estados, Municípios e o Distrito Federal, desempenha um papel fundamental na prevenção do suicídio, por meio da formulação e implementação de políticas públicas e normativas que promovem ações de prevenção, garantem o acesso ao cuidado em saúde mental e fortalecem a rede de apoio psicossocial.

A articulação entre os diferentes níveis de governo é crucial para uma resposta integrada e eficaz, que não apenas atenda às necessidades urgentes, mas também busque a promoção do bem-estar psicológico e a redução do estigma relacionado à saúde mental. Algumas das principais legislações pertinentes a essa estratégia estão relacionadas no quadro a seguir.

2006 - Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio

Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006 - Institui diretrizes nacionais para a prevenção do suicídio a serem implantadas em todas as unidades federadas respeitadas as competências das três esferas de gestão.



2014 - Notificação compulsória

Portaria número 1.271, de 6 de junho de 2014 - Define a lista nacional de notificação compulsória de doenças agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional torna as tentativas de suicídio e o suicídio agravos de notificação compulsória imediata em todo território nacional.



2017 - Agenda de Ações Estratégicas

Publicada a agenda de ações estratégicas para a vigilância e prevenção do suicídio e promoção da saúde no Brasil 2017 a 2020.



2019 - Política Nacional

Lei 13.819, de 26 de abril de 2019 - Institui a política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio a ser implementada pela União em cooperação com os estados, Distrito Federal e municípios.



2020 - Comitê Gestor

O Comitê gestor da Política Nacional de prevenção da auto mutilação e do suicídio - CGPNPAS foi criado pelo Decreto Federal nº 10.225, de 5 de fevereiro de 2020, com os objetivos de implementar a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio e promover o fortalecimento de estratégias permanentes de educação e saúde em especial quanto às formas de comunicação prevenção e cuidado.



TABELA 2. PRINCIPAIS INSTRUMENTOS LEGAIS E NORMATIVOS PARA A PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NO BRASIL

Instrumento Legal / Normativo	Conteúdo / Importância
Lei nº 13.819/2019	Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. Estabelece ações integradas, notificação obrigatória e campanhas de conscientização.
Portaria nº 1.876/2006 (MS)	Institui diretrizes para a Política Nacional de Prevenção do Suicídio no âmbito do SUS, com foco em vigilância, prevenção e assistência.
Portaria nº 204/2016 (MS)	Define a lista nacional de doenças e agravos de notificação compulsória, incluindo tentativas de suicídio no SINAN.
Lei nº 10.216/2001	Redireciona o modelo assistencial em saúde mental e assegura os direitos das pessoas com transtornos mentais, sendo base para o cuidado em liberdade.
Plano Nacional de Prevenção do Suicídio	Documento técnico elaborado pelo MS e parceiros, com diretrizes estratégicas para estados e municípios na implementação de ações de prevenção.
Agenda 2030 - ODS 3, Meta 3.4 (ONU)	Objetiva reduzir em um terço a mortalidade por doenças não transmissíveis, incluindo o suicídio, até 2030.
Lei nº 8.069/1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente	Prevê proteção integral e prioridade absoluta a crianças e adolescentes, incluindo ações de prevenção ao suicídio juvenil.
Lei nº 13.146/2015 – Estatuto da Pessoa com Deficiência	Garante direitos das pessoas com deficiência psicossocial, o que inclui acesso à saúde mental e prevenção de agravos como o suicídio.

Fonte: Os autores.

A Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio tem por objetivos:

- **Promoção da Saúde Mental:** Fomentar o bem-estar psicológico na população.
- **Prevenção da Violência Autoprovocada:** Implementar ações que evitem práticas de autolesão e tentativas de suicídio.
- **Controle de Fatores Determinantes:** Identificar e gerenciar os fatores que influenciam a saúde mental.
- **Acesso à Atenção Psicossocial:** Garantir atendimento a pessoas com sofrimento psíquico, especialmente aquelas com histórico de ideação suicida.
- **Apoio a Familiares:** Oferecer assistência psicossocial a familiares e pessoas próximas de vítimas de suicídio.
- **Sensibilização Social:** Informar a sociedade sobre a importância de prevenir lesões autoprovocadas como um problema de saúde pública.
- **Articulação Intersetorial:** Promover a colaboração entre diversos setores (saúde, educação, segurança) para a prevenção do suicídio.
- **Notificação e Coleta de Dados:** Estimular a coleta e análise de dados sobre tentativas de suicídio, para fundamentar políticas públicas.
- **Educação Permanente:** Capacitar gestores e profissionais de saúde sobre sofrimento psíquico e lesões autoprovocadas.

9.3. PILARES FUNDAMENTAIS E INTERVENÇÕES ESPECÍFICAS

Uma ação importante do Ministério da Saúde em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) foi o lançamento, em 2024, da versão em português do “Guia Viver a Vida” da OMS. O guia, focado na prevenção do suicídio e promoção da saúde mental, traz estratégias baseadas em evidências para ajudar a enfrentar o sofrimento emocional e reduzir o risco de suicídio. A tradução e publicação desse material no Brasil, especialmente no contexto do Setembro Amarelo, visa ampliar o acesso a informações cruciais para a população, fortalecendo as ações de prevenção e a rede de apoio psicossocial no país.

A OMS propõe uma abordagem estruturada em pilares fundamentais e intervenções específicas para reduzir as taxas de suicídio nos países.

Os pilares fundamentais fornecem a base para a implementação eficaz das intervenções essenciais de prevenção do suicídio. Esses pilares estabelecem as condições necessárias para que as intervenções

possam ser aplicadas de forma coordenada, sustentável e adaptada ao contexto local.

TABELA 3. PILARES FUNDAMENTAIS

Pilares Fundamentais	Descrição
Análise da Situação	Coleta de dados sobre suicídio para entender o contexto e guiar ações.
Colaboração Multissetorial	Envolvimento de diversos setores (saúde, educação, segurança) para uma resposta coordenada.
Vigilância, Monitoramento e Avaliação	Informar a sociedade sobre o suicídio como um problema de saúde pública.
Capacitação	Treinamento para que profissionais e comunidades possam detectar e intervir em casos de risco.
Financiamento	Alocação de recursos para garantir a continuidade das ações e implementação de programas de prevenção.
Vigilância, Monitoramento e Avaliação	Acompanhamento contínuo das ações para ajustes e melhorias.

Fonte: Os autores.

Os pilares fundamentais, apresentados acima, sustentam a implementação eficaz das intervenções essenciais, que veremos a seguir, criando uma rede abrangente de prevenção ao suicídio baseada em ações coordenadas e dados atualizados.

As intervenções essenciais, por sua vez, representam ações práticas e eficazes para reduzir o suicídio. Essas intervenções baseiam-se em evidências e visam ser aplicadas por governos e comunidades para criar ambientes de suporte e reduzir fatores de risco.

Vamos analisar cada uma em relação às suas aplicações práticas e os impactos esperados.

1. Restringir o Acesso aos Meios de Suicídio

Esta intervenção visa dificultar o acesso a métodos letais, oferecendo tempo para que as pessoas superem crises e busquem ajuda, reduzindo impulsos fatais. As principais ações incluem:

- **Proibição de Pesticidas Altamente Perigosos:** Em muitas áreas rurais, pesticidas são um dos principais meios de suicídio. Proibir ou restringir o acesso a esses produtos pode reduzir drasticamente as taxas.
- **Controle de Armas de Fogo e Instalação de Barreiras:** Em países onde armas de fogo são um meio comum de suicídio, o controle rigoroso e a instalação de barreiras em locais de risco, como pontes ou prédios altos, são fundamentais para reduzir tentativas fatais.
- **Restrição de Medicamentos:** Medidas como a venda de medicamentos em quantidades limitadas podem prevenir overdoses, um método comum de tentativa de suicídio.

Essas restrições são baseadas em evidências de que dificultar o acesso aos meios letais reduz a probabilidade de suicídio, sem que haja substituição imediata por outros métodos.

2. Divulgação Responsável pela Mídia

A forma como o suicídio é tratado pela mídia pode influenciar significativamente as taxas de suicídio, especialmente por meio do efeito de contágio, que trataremos mais a frente. Portanto, é essencial capacitar a mídia para cobrir o suicídio de maneira ética, reduzindo o risco de comportamentos imitativos. Para uma abordagem responsável, recomenda-se:

- **Treinamento para Jornalistas:** Capacitar os profissionais para que evitem detalhes sobre métodos de suicídio, não sensacionalizem e incentivem a busca por ajuda.
- **Diretrizes para Reportagens:** Sugerir que a mídia destaque recursos de apoio e não retrate suicídios de celebridades de forma romantizada, pois estudos mostram que essas reportagens podem levar ao aumento de casos por imitação.
- **Colaboração com Redes Sociais:** A mídia digital e redes sociais devem desenvolver protocolos para detectar e limitar conteúdos que incentivem práticas suicidas, além de promover campanhas de conscientização.

As diretrizes sobre como falar sobre suicídio também podem ser

observadas pela sociedade em geral. As recomendações do que não fazer incluem:

1. **Não descrever o método de suicídio:** Evitar explicitar detalhes sobre os meios usados.
2. **Evitar fotos ou vídeos da cena:** Imagens gráficas ou de desespero de familiares podem causar efeitos negativos.
3. **Não simplificar o suicídio como resultado de um único fator:** Suicídio é um evento multifatorial; reduzi-lo a uma causa única é enganoso.
4. **Evitar romantização ou glamourização:** Não tratar o suicídio como uma solução nobre ou corajosa.
5. **Não estigmatizar transtornos mentais:** Evitar frases que associem o suicídio a “falta de fé” ou “covardia.”
6. **Evitar termos como “suicídio bem-sucedido”:** Utilizar linguagem neutra e sem julgamentos.
7. **Não fazer piadas sobre suicídio ou saúde mental:** Manter o tom respeitoso para minimizar preconceitos.

O que fazer:

Promover a prevenção destacando mensagens de esperança, recursos de apoio como o CVV, e encorajando a sociedade a procurar ajuda e a entender o suicídio como um problema de saúde pública prevenível

Esta intervenção visa sensibilizar a mídia e reduzir os efeitos de contágio, estimulando uma cobertura que enfatize ajuda e prevenção.

3. Desenvolver Habilidades Socioemocionais para Adolescentes

Essa intervenção é voltada para a promoção da saúde mental desde a adolescência, um período crítico para a aquisição de habilidades socioemocionais. As ações incluem:

- **Programas em Escolas:** Implementar currículos que ensinem habilidades como resolução de problemas, gerenciamento de emoções e resiliência. Esses programas ajudam adolescentes a lidar com conflitos e reduzir o risco de comportamentos suicidas.
- **Capacitação de Educadores e Famílias:** Professores e familiares são orientados a identificar sinais de sofrimento psíquico e a criar um ambiente escolar seguro, livre de bullying e discriminação.
- **Promoção de um Ambiente Seguro e de Suporte:** Além de habilidades emocionais, escolas e famílias devem ter protocolos claros para encaminhar alunos em risco a serviços de apoio psicológico.

4. Identificação e Acompanhamento de Pessoas em Risco

Essa intervenção foca na detecção precoce e no acompanhamento contínuo de indivíduos em situação de vulnerabilidade. As principais ações incluem:

- **Capacitação de Profissionais de Saúde e Comunidade:** Profissionais da saúde, educadores e outros membros da comunidade recebem treinamento para identificar sinais de risco de suicídio e abordar a pessoa de forma acolhedora e segura.
- **Encaminhamento e Acompanhamento Personalizado:** Pessoas em risco são encaminhadas para serviços especializados e recebem um acompanhamento contínuo, assegurando que o suporte seja mantido após crises iniciais.
- **Apoio à Rede de Apoio Familiar:** Além do atendimento ao indivíduo, familiares e pessoas próximas também são orientados e apoiados, pois muitas vezes são essenciais para o suporte emocional do paciente.

Essa intervenção reforça a importância de oferecer um apoio estruturado e contínuo para reduzir a probabilidade de novas tentativas e garantir o suporte emocional necessário em longo prazo.

Essas intervenções essenciais são projetadas para funcionarem juntas, criando uma rede de proteção ao redor de pessoas vulneráveis e abordando o suicídio como uma questão de saúde pública multifacetada.

9.4. MODALIDADES DE PREVENÇÃO

Encontramos na literatura (Mrazek e Hogarty 1994, citado por Bertolote) a prevenção do suicídio classificada em três níveis: prevenção universal, prevenção seletiva e prevenção indicada. Esses níveis visam a aplicação de estratégias preventivas de acordo com o nível de risco e características dos grupos-alvo.

1. Prevenção Universal: Direcionada a toda a população, independentemente do risco individual. Essa modalidade envolve campanhas de conscientização, programas educacionais e políticas para reduzir o acesso a métodos letais. Ela visa diminuir os fatores de risco em uma escala ampla e aumentar a conscientização social sobre o suicídio e saúde mental.

2. Prevenção Seletiva: Focada em grupos com maior risco de comportamento suicida, como adolescentes, idosos, populações indígenas, LGBTQIAPN+, e pessoas com transtornos mentais, mas que ainda não apresentam o comportamento-alvo. Essa modalidade direciona recursos para intervenções específicas, como programas

de apoio em escolas para jovens em situação de vulnerabilidade ou treinamentos para profissionais que trabalham com esses grupos.

3. Prevenção Indicada: Voltada para indivíduos que já demonstram sinais de comportamento suicida ou ideação suicida, incluindo aqueles que já tentaram suicídio anteriormente. A intervenção indicada geralmente envolve acompanhamento intensivo, apoio psicossocial e tratamento terapêutico, buscando prevenir novas tentativas.

Essas modalidades permitem uma abordagem integrada e estratificada, abrangendo desde a prevenção ampla e educativa até o atendimento específico para indivíduos de maior risco.

9.5. ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

Bertolote (2012), ao examinar as evidências disponíveis sobre a eficácia de diferentes intervenções para a prevenção do suicídio, propõe uma classificação baseada na solidez das evidências científicas e no impacto esperado de cada estratégia. Essa categorização permite avaliar a efetividade das medidas adotadas, auxiliando na priorização de ações mais eficazes. As intervenções são classificadas da seguinte forma:

1. Estratégia Prejudicial: São ações ou abordagens que, ao invés de ajudar, podem piorar a situação. Um exemplo é a cobertura sensacionalista do suicídio na mídia, que pode induzir ao efeito de contágio, conhecido como “Efeito Werther”.

2. Estratégia Potencialmente Benéfica: São intervenções que podem ter efeitos positivos, mas cuja eficácia ainda não está totalmente comprovada. Algumas campanhas de conscientização se enquadram aqui, dependendo de como são realizadas e do público-alvo, pois podem aumentar o diálogo sobre o suicídio, mas também correm o risco de causar desconforto ou desinformação.

3. Estratégia Forte: Intervenções que têm boa evidência científica e mostram eficácia em reduzir as taxas de suicídio. Como exemplo, o treinamento de profissionais de saúde para identificar e apoiar pessoas em risco.

4. Estratégia Muito Forte: Essas estratégias possuem alto grau de comprovação e impacto significativo na prevenção ao suicídio. A restrição do acesso a métodos específicos, como a instalação de barreiras em pontes e locais altos, e o uso de terapias comprovadas, como a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) para pessoas com ideação suicida, são estratégias classificadas nesta categoria devido ao impacto positivo consistente e sustentado nas taxas de suicídio.

9.6. EFEITO WERTHER X EFEITO PAPAGENO

Como visto no capítulo 2, o Efeito Werther e o Efeito Papageno representam fenômenos opostos sobre como a exposição midiática ao suicídio pode influenciar o comportamento das pessoas.

Esses dois efeitos enfatizam a responsabilidade da mídia na cobertura de suicídios, demonstrando como abordagens adequadas podem prevenir comportamentos suicidas enquanto abordagens inadequadas podem estimulá-los.

Com base nesse conhecimento, a divulgação/encenação de cenários de suicídio são terminantemente proibidos à luz da doutrina de prevenção do suicídio. Os principais mecanismos associados ao Efeito Werther inclui:

1. Aprendizagem por modelagem: indivíduos em sofrimento podem aprender o comportamento suicida ao observar ou tomar conhecimento de alguém que já o cometeu, passando a utilizá-lo como um possível “modelo” de solução para seus próprios problemas.

2. Identificação e empatia: quando a notícia, narrativa ou obra cria forte empatia com o protagonista, ou quando a pessoa que cometeu suicídio é uma figura pública com a qual o público se identifica, o risco de contágio pode aumentar. Um exemplo frequentemente citado é o caso do músico Kurt Cobain.

3. Romantização e sensacionalismo: coberturas midiáticas ou representações que glamourizam o ato – apresentando-o como uma saída pacífica, heroica ou como forma de vingança – podem produzir a falsa percepção de que o suicídio é uma alternativa aceitável para lidar com o sofrimento.

4. Divulgação detalhada do método: a descrição minuciosa da forma como o suicídio foi realizado pode aumentar a probabilidade de replicação do método por indivíduos vulneráveis.

5. Efeito gatilho (trigger): a exposição a esse tipo de conteúdo não provoca suicídio em indivíduos saudáveis. Contudo, pode funcionar como um fator desencadeador final em pessoas que já se encontram em estado de vulnerabilidade psicológica, sofrimento intenso ou desesperança.

QUADRO 4. COMPARATIVO ENTRE O EFEITO WERTHER E O EFEITO PAPAGENO

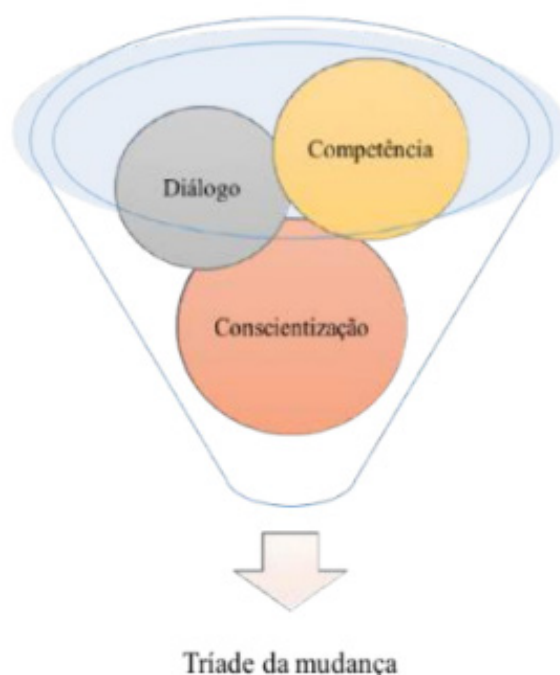
	Efeito Werther	Efeito Papageno
Definição	Definição Fenômeno de contágio suicida , em que a divulgação de suicídios pode levar ao aumento de casos semelhantes.	Fenômeno de proteção e prevenção , em que narrativas de superação e busca de ajuda reduzem o risco de suicídio.
Tipo de abordagem	Sensacionalista, detalhada ou romantizada sobre o suicídio.	Responsável, educativa e focada em alternativas ao suicídio.
Conteúdo apresentado	Ênfase na morte, no método utilizado ou na história trágica do indivíduo.	Ênfase em estratégias de enfrentamento , apoio social e tratamento.
Impacto em pessoas vulneráveis	Pode funcionar como gatilho , aumentando o risco de comportamento imitativo.	Pode estimular a busca por ajuda e ampliar a percepção de soluções para o sofrimento.
Papel da mídia	Papel da mídia Pode contribuir para o aumento de casos quando a cobertura é inadequada.	Pode atuar como fator de proteção , promovendo informação e prevenção.

Fonte: Os autores.

9.7. TRÍADE DA MUDANÇA

A “Tríade da Mudança”, proposta pela psicóloga Karen Scavacini, especialista em suicidologia e fundadora do Instituto Vita Alere, estabelece três pilares essenciais para a prevenção do suicídio: conscientização, competência e promoção do diálogo. Essa abordagem, de caráter multifatorial, multissetorial e multidisciplinar, busca reduzir tabus e ampliar a compreensão sobre o tema.

FIGURA 23. TRÍADE DA MUDANÇA



Fonte: Os autores.

Conscientização: Envolve a percepção do suicídio como um problema de saúde pública. Campanhas educativas são essenciais para desmistificar o tema e combater o estigma, embora a presença do assunto na mídia nem sempre signifique maior compreensão.

Competência: Refere-se ao conhecimento sobre fatores de risco, sinais de alerta e formas de intervenção. Capacitar profissionais e leigos é fundamental para que saibam identificar e agir diante de situações de risco.

Promoção do diálogo: Destaca a necessidade de espaços seguros para conversas abertas e acolhedoras. O tabu em torno do tema ainda dificulta a abordagem do suicídio em diversas esferas, como na família, na escola e no trabalho.

A Tríade da Mudança propõe que, ao integrar esses três elementos, é possível construir uma sociedade mais informada, empática e preparada para lidar com o suicídio, transformando-o de um tema tabu em uma pauta essencial de saúde pública.

É possível observar que a Tríade da Mudança é representada por um funil, ilustrando os desafios para garantir que seu conteúdo seja amplamente acessível. Esse formato sugere que, embora cada pilar seja essencial, sua aplicação se torna progressivamente mais complexa e restrita.

O funil indica que a conscientização é um passo inicial mais abrangente, seguido pelo desenvolvimento da competência e, por fim, pela promoção do diálogo, que exige maior engajamento. Além disso, nem todos que se conscientizam sobre o suicídio desenvolvem competência, e nem todos que adquirem conhecimento se tornam agentes ativos na promoção do diálogo.

Essa representação reforça a necessidade de estratégias progressivas e integradas para que a prevenção do suicídio seja eficaz e acessível a todos.

*“Precisamos falar sobre o suicídio,
porque no silêncio ele cresce”*

Karen Scavacini

9.8. PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NA SEGURANÇA PÚBLICA

A prevenção do suicídio entre profissionais da segurança pública é um tema de extrema relevância, mas ainda cercado por desafios, especialmente no que diz respeito à subnotificação dos casos. A dificuldade de quantificação impede uma compreensão precisa do problema, o que limita a efetividade das ações preventivas.

Nos Estados Unidos, um estudo da Brown University revelou que, entre os militares americanos e veteranos das guerras pós-11 de setembro, houve 30.177 casos de suicídio, um número muito superior aos 7.057 militares mortos em combate nesses conflitos. Essa discrepância evidencia a gravidade da questão da saúde mental entre os que atuam em cenários de alto estresse e risco.

No Brasil, o Anuário de Segurança Pública também aponta uma realidade preocupante: o número de policiais que tiram a própria vida supera o daqueles mortos em confrontos. Além disso, uma pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa, Prevenção e Estudos em Suicídio (IPPEs) registrou 40 casos de suicídio entre bombeiros militares ativos e inativos entre 2018 e 2023. Contudo, o próprio instituto destacou a dificuldade de acesso aos dados, o que sugere que o número real pode ser ainda maior.

Os profissionais da segurança pública enfrentam uma rotina de trabalho intensa, marcada por altos níveis de estresse, pressão psicológica e risco constante. Fatores como jornadas exaustivas, exposição frequente a situações traumáticas, falta de apoio emocional e estigma em relação à busca por ajuda psicológica contribuem para um risco aumentado de suicídio entre esses profissionais.

Diante desse cenário, a prevenção do suicídio na segurança pública deve envolver medidas concretas, tais como:

- **Promoção de saúde mental:** Campanhas de conscientização, treinamentos e capacitações para que os profissionais possam identificar sinais de sofrimento psíquico em si mesmos e em seus colegas.
- **Acesso facilitado ao atendimento psicológico:** Disponibilização de serviços de suporte emocional e psicológico acessíveis e sem estigma.
- **Políticas institucionais de apoio:** Desenvolvimento de programas de acolhimento e acompanhamento para policiais em situação de vulnerabilidade emocional.
- **Redução do estigma:** Incentivo ao diálogo aberto sobre saúde mental, combatendo preconceitos que impedem os profissionais de procurarem ajuda.
- **Grupos de apoio e acompanhamento pós-trauma:** Criação de espaços seguros para compartilhar experiências e dificuldades, principalmente após situações críticas.

O Protocolo de Intervenção em Incidente Crítico em Saúde Mental do CBMDF, estabelecido pela Portaria nº 4, de 16 de fevereiro de 2024, e publicado no Suplemento ao Boletim Geral nº 033, de 19 de fevereiro de 2024, é uma ferramenta essencial na prevenção do suicídio entre profissionais de segurança pública. Ele define diretrizes para o suporte psicológico a militares expostos a eventos de alto impacto emocional, como missões humanitárias, desastres e ocorrências de grande vulto.

O protocolo estabelece fluxos de intervenção que incluem a notificação à Seção de Assistência à Saúde Mental e Ocupacional (SASMO) e ao Centro de Perícias Médicas (CPMED), além de medidas preventivas, avaliação de riscos, atendimentos individuais ou em grupo, encaminhamento para tratamento especializado e acompanhamento ocupacional.

Além dos diretamente afetados, todos os militares são orientados a atuar na segurança psicológica do ambiente, garantindo apoio entre colegas, segurança da cena e prestação de primeiros socorros psicológicos, fortalecendo a cultura de cuidado e prevenção do suicídio na corporação.

Assim, a segurança pública deve se comprometer não apenas com a proteção da sociedade, mas também com o bem-estar de seus agentes. A implementação de políticas eficazes de prevenção ao suicídio é fundamental para salvar vidas e promover um ambiente de trabalho mais saudável para aqueles que dedicam suas vidas à proteção dos outros.

Os agentes, por sua vez, devem cultivar o autocuidado e estar atentos aos impactos emocionais da profissão, reconhecendo sinais de sofrimento e buscando apoio especializado sempre que necessário. Além disso, é essencial fortalecer redes de apoio entre colegas e incentivar uma cultura organizacional que valorize a saúde mental como parte integrante da segurança pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERTOLOTE, José Manoel. **O suicídio e sua prevenção**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**, 2006.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL (CBMDF). **Boletim de informação técnico-profissional. Assunto: atendimento a tentativas de suicídio**. Boletim Geral 127, de 07 de julho de 2023.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL. **Portaria nº 4, de 16 de fevereiro de 2024. Estabelece o Protocolo de Intervenção em Incidentes Críticos em Saúde Mental, no âmbito do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal - CBMDF**. Suplemento ao Boletim Geral nº 033, Brasília-DF, 19 de fevereiro de 2024.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL (GDF). **Guia de orientações: abordagem ao luto por suicídio e pósvenção**. 38 p., Brasília, 2023.

HAWTON, Keith; VAN HEERINGEN, Kees. **Suicide**. *The Lancet*, v. 373, n. 9672, p. 1372-1381, 2009.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **ODS 3 - Saúde e Bem-Estar**. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ods/ods3.html>. Acesso em: 30/10/2024.

MANN, J. John; APTER, Alan; BERTOLTE, José; MICHEL, Konrad; MALONE, Kevin; HAAS, Ann; SILVERMAN, Morton. **Suicide prevention strategies: a systematic review**. *JAMA*, v. 294, n. 16, p. 2064-2074, 2005.

NIEDERKROTENTHALER, Thomas; TILL, Benedikt; VORACEK, Martin; KAPUSTA, Nestor D.; DERVIC, Kanita; FISCHER-KERN, Melanie; SONNECK, Gernot. **Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects**. *The British Journal of Psychiatry*, v. 197, n. 3, p. 234-243, 2010.

PHILLIPS, David P. **The influence of suggestion on suicide: Substantive and theoretical implications of the Werther effect**. *American Sociological Review*, v. 39, n. 3, p. 340-354, 1974.

SCAVACINI, Karen. **O suicídio é um problema de todos: a consciência, a competência e o diálogo na prevenção e posvenção do suicídio**. 2018.

SHNEIDMAN, Edwin S. **The Suicidal Mind**. New York: Oxford University Press, 1996.

ZALSMAN, Gil; HAWTON, Keith; WASSERMAN, Danuta; VAN HEERINGEN, Kees; ARONEN, Eeva T.; BALAZS, Judit; BERTOLOTE, José M. **Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review.** *The Lancet Psychiatry*, v. 3, n. 7, p. 646-659, 2016.



ANEXOS

ANEXO I - MITOS SOBRE O SUICÍDIO

Mitos podem ser compreendidos como atitudes ou crenças que, por terem sido amplamente aceitas por gerações anteriores de um grupo social, continuam influenciando comportamentos (Pincus & Dare, 1981).

Atualmente, “mito” é muitas vezes sinônimo de falsidade. A oposição “verdade ou mito” tornou-se comum, devido à natureza fantástica das histórias míticas e sua desconexão com a realidade.

MITO 1 - PESSOAS COMETEM SUICÍDIO “DO NADA”, SEM AVISAR.

✔ Fato:

- Aproximadamente 80% das pessoas que morrem por suicídio comunicaram a alguém suas intenções.
- Muitas vezes, os sinais são diretos ou claros, como despedidas ou a organização de pendências.
- Há, geralmente, um histórico de sofrimento emocional e comportamental.

Exemplos de alertas verbais:

- “Eu preferia estar morto.”
- “Eu não aguento mais.”
- “Eu sou um peso para os outros.”
- “Os outros seriam mais felizes sem mim.”

MITO 2 - QUEM QUER SE MATAR, VAI FAZER ISSO DE QUALQUER JEITO.

✔ Fato:

- Muitos não querem morrer, apenas acabar com a dor.
- Intervenções e apoio emocional podem salvar vidas.
- A maioria das vítimas estava sofrendo de transtornos mentais tratáveis.
- Há uma forte ambivalência: o desejo de morrer vem acompanhado do desejo de ser resgatado.

MITO 3 - APENAS PESSOAS “LOUCAS” COMETEM SUICÍDIO.

✔ Fato:

- Embora alguns suicidas apresentem transtornos como esquizofrenia ou depressão psicótica, muitos não têm diagnóstico de psicose.

MITO 4 - PEQUENOS EVENTOS PODEM LEVAR ALGUÉM AO SUICÍDIO.

✔ **Fato:**

- Suicídio é resultado de uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais.
- Dizer que foi por uma “nota baixa” simplifica demais o problema e pode gerar culpa injustificada nos familiares.
- Pessoas vulneráveis ao suicídio geralmente têm dificuldade na resolução de problemas e reagem mal a estressores.

MITO 5 - QUEM AMEAÇA SE MATAR QUER SÓ CHAMAR ATENÇÃO.

✔ **Fato:**

- A maioria comunica suas intenções antes do ato, direta ou indiretamente.
- Pedir atenção é um pedido de ajuda legítimo.
- A ambivalência entre viver e morrer é comum: o risco é real.

MITO 6 - QUEM JÁ TENTOU, ESTÁ DESTINADO A MORRER.

✔ **Fato:**

- O risco é frequentemente ligado a uma fase aguda.
- Com o tratamento adequado, a maioria pode continuar vivendo com qualidade.
- Tentativas anteriores são o maior fator de risco, mas não uma sentença.

MITO 7 - FALAR SOBRE SUICÍDIO PODE INDUZIR ALGUÉM A COMETER O ATO.

✔ **Fato:**

- Falar pode, ao contrário, prevenir.
- Permitir a expressão dos pensamentos pode trazer alívio.
- Uma escuta empática e sem julgamento é essencial.
- Esse efeito é conhecido como Efeito Papageno.

MITO 8 - SE ALGUÉM ESTÁ MELHORANDO OU SOBREVIVEU A UMA TENTATIVA, ESTÁ FORA DE PERIGO.

✔ **Fato:**

- O pós-crise é um dos momentos mais críticos.
- A fragilidade emocional permanece.
- Tentativas prévias aumentam o risco de novos episódios.

MITO 9 - O SUICÍDIO É SEMPRE HEREDITÁRIO.

✔ **Fato:**

- O comportamento suicida é multifatorial.
- Genética pode influenciar, mas não determina.
- Suicídio é um desfecho, não uma causa.

MITO 10 - "ESSE TIPO DE COISA SÓ ACONTECE COM OS OUTROS".

✔ **Fato:**

- Todos estão suscetíveis.
- Suicídio não escolhe gênero, idade, classe ou crença.

MITO 11 - CRIANÇAS NÃO COMETEM SUICÍDIO.

✔ **Fato:**

- Embora raro, o suicídio infantil existe (dos 7 aos 9 anos, já compreendem os conceitos de irreversibilidade, universalidade e não funcionalidade da morte)
- Crianças em situação de vulnerabilidade ou em contato frequente com a morte podem desenvolver uma compreensão precoce sobre ela.

MITO 12 - QUEM JÁ TENTOU, NÃO TENTA MAIS.

✔ **Fato:**

- Tentativas anteriores aumentam significativamente o risco de novas tentativas.
- Muitas vezes, a nova tentativa envolve métodos mais letais.
- Cerca de 60% dos tentantes que não recebem acompanhamento adequado voltam a tentar.

ANEXO II - TECNOLOGIA NA PREVENÇÃO AO SUICÍDIO

Com a constante evolução da engenharia e dos equipamentos de salvamento, aliada ao avanço da inteligência artificial, surgem novas tecnologias voltadas ao Atendimento a Tentativas de Suicídio (ATS). Essas inovações têm buscado acompanhar o aumento das taxas de suicídio, com o objetivo de conter esse avanço e oferecer respostas mais eficazes. As tecnologias abordadas neste capítulo incluem tanto recursos físicos quanto soluções baseadas em tecnologia embarcada, com destaque para o uso de inteligências artificiais.

Este último aspecto exige especial atenção: embora o progresso da Inteligência Artificial ofereça grandes benefícios, seu uso inadequado pode gerar consequências negativas. Dessa forma, ao tratar do uso de inteligência artificial, este capítulo tem como foco apresentar a linha de atuação adotada por desenvolvedores de aplicativos e plataformas. Ressalta-se que não se trata de recomendação de uso ou prescrição de ferramentas específicas, mas sim de uma análise informativa sobre o tema. Como apontado pelo Estadão (2021), nos últimos anos, iniciativas digitais têm se tornado aliadas importantes na prevenção ao suicídio, e um dos projetos que mais se destacou nesse cenário foi o “Algoritmo da Vida”.

Criado em 2019, esse sistema foi desenvolvido para identificar sinais de depressão e pensamentos suicidas por meio da análise de publicações em redes sociais. Originalmente implementado no Twitter (atual X), o algoritmo utiliza uma técnica chamada “gramática da depressão”, que rastreia palavras, frases e expressões comumente associadas a transtornos mentais ou ideação suicida. Quando detecta padrões preocupantes, os dados são encaminhados para análise de profissionais de saúde mental.

Dependendo da gravidade, o usuário recebe uma mensagem privada com orientações e o contato do Centro de Valorização da Vida (CVV), organização parceira da campanha Setembro Amarelo. Além dessa ferramenta, outras soluções tecnológicas têm sido empregadas na prevenção, como aplicativos de monitoramento que emitem alertas para familiares ou amigos em caso de mudanças bruscas de comportamento ou deslocamento para locais considerados de risco. Essas inovações reforçam como a tecnologia pode ser uma aliada na promoção da saúde mental.

Além do Twitter, outras plataformas como Instagram e Facebook, pertencentes à Meta, também desenvolveram sistemas de detecção de comportamentos suicidas. Essas redes sociais monitoram ativamente

publicações e buscas por termos relacionados à automutilação ou suicídio. Quando identificam conteúdo preocupante, os usuários são automaticamente direcionados para páginas de apoio e recursos de ajuda, incluindo contatos de centros especializados e informações sobre saúde mental.

Outros instrumentos

A tecnologia também tem oferecido abordagens inovadoras no tratamento de questões relacionadas à saúde mental. A terapia com realidade virtual, por exemplo, tem se mostrado eficaz no acompanhamento de pacientes com histórico de tentativa de suicídio. Através de ambientes virtuais controlados, os terapeutas conseguem criar situações seguras que ajudam os pacientes a processar emoções, pensamentos difíceis e traumas de forma gradual e monitorada.

Como dito anteriormente, as redes sociais têm implementado sistemas preventivos - quando usuários buscam termos ou hashtags associadas à depressão ou ideação suicida, as plataformas automaticamente exibem informações sobre ajuda profissional e linhas de apoio. Serviços de telemedicina também se tornaram acessíveis, permitindo consultas remotas com especialistas. Entre os recursos mais consolidados está o serviço do CVV (Centro de Valorização da Vida), disponível 24 horas por dia via chat online ou pelo telefone 188, garantindo atendimento humanizado e sigiloso a quem precisa.

Impactos positivos

Segundo a Agência Brasil (2018), apesar das preocupações frequentemente associadas ao uso de tecnologias, há também uma série de pesquisas que apontam benefícios significativos do uso de dispositivos eletrônicos na prevenção e no enfrentamento de comportamentos suicidas. Estudos acadêmicos destacam que diferentes ferramentas tecnológicas podem oferecer suporte a pessoas em situação de vulnerabilidade, como fóruns de discussão online, terapias virtuais e o acesso a informações relevantes por meio da internet.

Um exemplo disso vem da Universidade de Melbourne, na Austrália, onde pesquisadores desenvolveram um sistema de monitoramento de sintomas depressivos. Aplicado em pacientes, o sistema foi bem recebido, segundo resultados divulgados em 2014. Os participantes relataram que a ferramenta os ajudava a entender melhor suas emoções e a sentir maior controle sobre suas situações. Os criadores do projeto defenderam o uso de recursos tecnológicos como uma forma de apoio complementar ao tratamento tradicional.

Nos Estados Unidos, um estudo da Universidade de Illinois apresentou resultados igualmente promissores. Em 2013, foi publicado um relatório sobre um serviço online de apoio a pessoas com risco de depressão. Após um ano de funcionamento, observou-se uma queda significativa na proporção de usuários que mencionavam pensamentos de autolesão – de 14,46% para 4,82%.

Já no Canadá, uma pesquisa da Universidade de Dalhousie observou um aumento expressivo de 200% nas buscas online relacionadas à depressão e ao comportamento suicida entre 2006 e 2010. Entre adultos, o foco principal era encontrar tratamentos. Jovens, por sua vez, buscavam principalmente fóruns e redes sociais, onde podiam compartilhar experiências pessoais e encontrar apoio emocional por meio do contato com outras histórias semelhantes à sua.

Tecnologias já presentes

Sistemas de Monitoramento em Pontes e Edifícios:

- Sensores de movimento e câmeras de vigilância em locais conhecidos por tentativas de suicídio (como pontes e pontos turísticos elevados) identificam comportamentos suspeitos e alertam as autoridades em tempo real.
- Barreiras físicas e barreiras invisíveis (como sistemas de detecção de proximidade) que dissuadem ou dificultam o acesso aos pontos de salto.

Diversas cidades ao redor do mundo implementaram sistemas de monitoramento em pontes e edifícios para prevenir tentativas de suicídio. Por exemplo, Seul, na Coreia do Sul, desenvolveu um sistema de CFTV que utiliza inteligência artificial para detectar comportamentos suspeitos em tempo real nas pontes sobre o rio Han, alertando as equipes de emergência imediatamente (SMG, 2021).

Nos Estados Unidos, a Ponte Golden Gate, em São Francisco, instalou uma rede de prevenção ao suicídio que se estende por toda a sua extensão de 1,7 milhas, concluída em janeiro de 2024, resultando em uma redução significativa no número de suicídios (GGB, 2024). Além disso, a Ponte Mapo, também em Seul, implementou mensagens de apoio e iluminação especial como medidas preventivas.

Ferramentas de Inteligência Artificial (IA) nas Redes Sociais

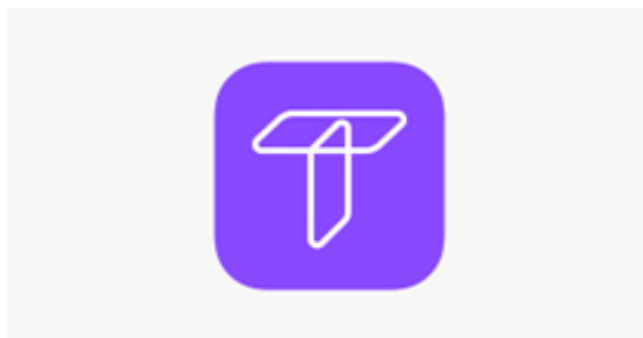
- IA e algoritmos de análise de texto monitoram postagens nas redes sociais para identificar palavras e frases associadas ao risco de suicídio. Plataformas como Facebook e Instagram já utilizam esses sistemas para sugerir ajuda ou notificar autoridades em casos críticos.

Aplicativos e Chatbots de Saúde Mental

- Apps de suporte psicológico, como Woebot, Wysa e Replika, que oferecem apoio emocional 24 horas, utilizam técnicas de terapia cognitivo-comportamental (TCC) para ajudar usuários em crises emocionais.
- Chatbots com IA foram desenvolvidos para identificar sinais de alerta e sugerir intervenções, atuando como um primeiro ponto de contato para pessoas em crise.

Entre os aplicativos avaliados (ressalta-se que este teste teve caráter meramente exploratório, sem qualquer recomendação de uso efetivo), destacam-se:

Talklife



- Descrição: Uma plataforma de apoio peer-to-peer (entre pares), onde indivíduos podem compartilhar seus sentimentos e desafios em um ambiente anônimo e seguro.
- Objetivo: Proporcionar uma comunidade de suporte emocional e oferecer conselhos práticos para quem está passando por momentos difíceis.
- Disponibilidade: Global, disponível para Android e iOS.

Calm Harm



- Descrição: Aplicativo desenvolvido especificamente para pessoas que lidam com comportamentos autolesivos. Oferece atividades baseadas em Terapia Dialética Comportamental (TDC).
- Objetivo: Ajudar usuários a resistir ao impulso de automutilação por meio de técnicas de distração e relaxamento.
- Disponibilidade: Global, disponível para Android e iOS (pago).

7 cups



- Descrição: Oferece acesso a ouvintes treinados e anônimos, além de sessões de terapia com profissionais. Inclui exercícios de autoajuda.
- Objetivo: Criar uma rede de apoio emocional para quem enfrenta dificuldades emocionais, incluindo pensamentos suicidas.
- Disponibilidade: Global, disponível para Android e iOS.

Wearables e Monitoramento de Sinais Vitais

Dispositivos vestíveis (*wearables*), como *smartwatches*, monitoram sinais fisiológicos (frequência cardíaca, níveis de estresse, padrões de sono) e detectam alterações significativas que podem estar associadas a crises emocionais, enviando alertas a familiares ou profissionais de saúde.

Sensores de humor estão sendo testados para identificar sinais de depressão e ansiedade de maneira não invasiva, ajudando a monitorar o bem-estar mental dos usuários.

Terapia Assistida por Realidade Virtual (VR)

Experiências de realidade virtual são utilizadas em algumas terapias para ajudar a tratar o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e ansiedade, auxiliando na prevenção de crises severas que podem levar ao suicídio.

Sistemas de Geolocalização e Monitoramento

Aplicativos que compartilham a localização com amigos ou familiares em tempo real ajudam a acompanhar pessoas em risco.

Dispositivos com GPS, principalmente em locais de alto risco, como trilhas e pontos isolados, oferecem maior controle em caso de alerta de desaparecimento.

Serviços de Linha Direta e Suporte Online com IA

Linhas diretas de prevenção ao suicídio integradas a sistemas de IA priorizam e organizam chamadas de pessoas em crise, auxiliando na rápida identificação e resposta a situações de alto risco.

Plataformas de chat online com IA também ajudam a dar suporte, especialmente em momentos de alta demanda, ao direcionar os usuários a profissionais ou ferramentas de suporte mais adequadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Estudos apontam risco e impacto positivo entre tecnologia e suicídio.** Agência Brasil, 13 ago. 2018. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2018-08/estudos-apontam-risco-e-impacto-positivo-entre-tecnologia-e-suicidio>. Acesso em: 10 abr. 2025.

ESTADÃO. **Prevenção do suicídio: soluções digitais ajudam a salvar vidas.** Summit Saúde, 9 set. 2021. Disponível em: <https://summitsaude.estadao.com.br/tecnologia-na-saude/prevencao-do-suicidio-solucoes-digitais-ajudam-a-salvar-vidas/>. Acesso em: 10 abr. 2025.

SEOUL METROPOLITAN GOVERNMENT. **Seoul using AI-based CCTV to prevent suicide attempts on bridges.** Disponível em: <https://english.seoul.go.kr/seoul-using-ai-based-cctv-to-prevent-suicide-attempts-on-bridges/>. Acesso em: 10 abr. 2025.

GOLDEN GATE BRIDGE, HIGHWAY AND TRANSPORTATION DISTRICT. **Suicide Deterrent Net.** Disponível em: <https://www.goldengate.org/district/district-projects/suicide-deterrent-net/>. Acesso em: 10 abr. 2025.

ANEXO III - POR QUE AS PESSOAS COMETEM SUICÍDIO?

Intencionalmente, essa é a última parte desse manual. Ao longo de todo trabalho, como pode ser observado, a comissão de elaboração não buscou dizer por que uma pessoa comete suicídio. E sim, buscamos mostrar as causas, entender o processo histórico, trabalhar na prevenção, mecanismos de auxílio, como proceder em uma ocorrência, entre tantas outras explicações.

E mesmo agora, que chegamos ao final desse compêndio de informações, ainda assim, não se pode explicar por que alguém busca como solução para seu problema, o fim da própria vida.

Como extensamente informado ao longo desses capítulos, o suicídio é multifatorial, multideterminado, multifacetado. Não só um motivo pode levar ao suicídio. E não são necessários vários.

O que leva alguém a cometer o suicídio?

A resposta: não sabemos.

Mas apresentamos abaixo, baseado em ocorrências vivenciadas pelos autores ou por histórias contadas por equipes de socorro, as principais causas que levaram alguém a tentar, ou a cometer, suicídio:

1. Suicídio como fuga de uma situação considerada insuportável pelo sujeito: uma vergonha pública, abuso sexual, assédio moral, falecimento de familiar, dor causada por doença ou grave moléstia, depressão profunda, transtornos de humor, ansiedade generalizada, psicose, abandono familiar ou da sociedade;
2. Suicídio em sinal de luto pela perda de um componente da personalidade ou de um modelo de vida: passamento de alguém que a pessoa considerava como modelo de vida (ator, atriz, artista, atleta, autoridade política);
3. Suicídio como castigo para expiar um erro real ou imaginário: situações em que a pessoa decide tirar a própria vida movida por um sentimento profundo de culpa, vergonha ou remorso (um pai que causou o acidente e perdeu seu filho, assim se mata; ter perdido a carreira em uma instituição e por isso, achar que não será possível prover sustento ou manter o padrão de vida);
4. Suicídio como delito, arrastando na morte uma outra pessoa: a pessoa que comete suicídio e junto, leva um terceiro, para que não se separem (pai comete suicídio e leva seu filho junto, marido comete feminicídio e se mata);

5. Suicídio como vingança ou punição, a fim de suscitar remorso em outras pessoas e fazer cair sobre elas o repúdio da comunidade: a pessoa comete suicídio e procura deixar claro que a culpa desse ato é de uma terceira pessoa (após o fim do relacionamento, um membro do casal se mata e deixa indícios que a causa da morte foi o término);
6. Suicídio como sacrifício e modo de atingir um valor ou estado considerado superior: a pessoa busca encerrar sua vida para que sua família possa ter acesso a valores que estão guardados e que só podem ser recebidos *post mortem*, por exemplo, seguro de vida;
7. Suicídio como brincadeira, para pôr a si mesmo à prova: desafios feitos por jovens e adolescentes, que, ao analisarem o risco potencial, mesmo sabendo do perigo, ainda insistem no ato e por fim, cometem suicídio. Ou ainda, uso de drogas psicotrópicas que tiram a pessoa da realidade, fazendo que com ela se fira, ou talvez, até se mate;
8. Suicídio por desgosto, dor profunda ou crise existencial: acontece quando a pessoa perde completamente o sentido da vida, sente um vazio profundo ou um desencanto com a existência (a pessoa tem uma sensação de vazio, inutilidade, tédio profundo e apatia não sanados; um amor não correspondido);
9. Suicídio como saída natural para uma conduta delinquente: a pessoa é flagrada cometendo um delito e, ao invés de se entregar, prefere encerrar a própria vida a arcar com os custos do seu crime;
10. Suicídio como gesto heroico: o suicida comete tal ato para poder salvar alguém ou ainda, para minimizar a chance de outra pessoa sofrer algum dano (uma mãe que protege seu filho, mesmo sabendo que vai morrer, ou ainda, uma equipe de rapel tem seu equipamento com avaria e um dos membros, sabendo que a corda não suportará o peso de todos, corta sua extremidade e se lança no vazio, encerrando sua vida, porém, dando maiores chances de sobrevivência aos outros).



Corpo De Bombeiros Militar Do Distrito Federal
Comando Operacional
Comando Especializado
Grupamento De Busca E Salvamento
SCEN Trecho Enseada 1, Lote 18,
Vila Planalto, Brasília - DF, CEP 70.800-100
Telefone: (61) 3193-0165
www.cbm.df.gov.br



[corpodebombeirosmilitardodf](https://www.facebook.com/corpodebombeirosmilitardodf)



[gbs_cbmdf](https://www.instagram.com/gbs_cbmdf)



[cbm.df](https://twitter.com/cbm.df)



ensinodelta@gmail.com



**Corpo de Bombeiros Militar do
Distrito Federal**

Vidas Alheias e Riquezas Salvar