



ANÁLISE DOS PROCEDIMENTOS ADOTADOS NAS OCORRÊNCIAS DE CRISE DE AUTOEXTERMÍNIO PELO CBMDF

Neil Martins da Silva¹
Efraim Miranda Lima²

RESUMO

Este trabalho trata de analisar como é realizado o atendimento de ocorrências de autoextermínio no CBMDF. Os eventos dessa natureza de crise exigem dos militares envolvidos habilidades e competências para lidarem com características muito específicas. Foi necessário definir, primeiramente, o ato do suicídio, compreendendo os fatores que levam a tal ato, fatores de riscos e psicopatologias envolvidas. Neste artigo são apresentadas metodologias que permitem que o atendimento seja humanizado, priorizando o diálogo com o tentante. Além disso, investiga as peculiaridades sociodemográficas do Distrito Federal quanto ao perfil da população que pratica o suicídio e dos métodos mais utilizados. Como o objetivo do trabalho foi produzir um Procedimento Operacional Padrão (POP) para ocorrências de autoextermínio, realizou-se uma ampla revisão bibliográfica, explorando estatísticas locais que contribuíssem para aprimorar tais atendimentos pelo CBMDF. Além disso, foram realizadas entrevistas com socorristas que atuaram diretamente em emergências de crise de autoextermínio, objetivando extrair dados da realidade do interventor e da situação a que são expostos. Assim, o conhecimento produzido nesse artigo busca balizar o comportamento do socorrista, necessário para o sucesso no manejo de ocorrências dessa natureza. Ademais, foram produzidos fluxogramas com o intuito de facilitar a visualização das fases do atendimento. Tendo em vista os aspectos observados no trabalho, concluiu-se que se deve atentar com a saúde mental do socorrista no pós evento, posto que há um desgaste mental em razão da série de decisões determinantes que o mesmo necessita tomar no decorrer da operação. Por fim, um POP foi proposto como produto do trabalho realizado nessa área, que ainda não é muito explorada pelos corpos de bombeiro no Brasil.

Palavras-chave: Ocorrência. Suicídio. CBMDF. Autoextermínio.

¹ Cadete QOBM/Comb. Aluno do Curso de Formação de Oficiais Turma 35 – Cinquentenário, Academia de Bombeiro Militar. Engenheiro Mecânico – UnB.

² Major QOBM/Comb. Chefe da Assessoria Internacional do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (CBMDF).

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização das Nações Unidas, aproximadamente 800 mil pessoas morrem por ato suicida a cada ano, sendo a segunda principal causa de morte entre jovens com idade entre 15 e 29 anos.

“No Brasil, entre 2000 e 2014, houve 133.531 registros de óbitos por suicídio e a taxa de mortalidade por esta causa foi de 4.7 óbitos/100 mil habitantes. Já as tentativas de suicídio chegam a ser 10 a 20 vezes mais frequentes que o suicídio em si. Considerando o período, houve aumento na taxa de 3.9 para 5.2 óbitos/100 mil habitantes, que correspondeu a um crescimento de 33.3% na taxa” (E. SILVA, 2016).

É importante lembrar que um coeficiente nacional de mortalidade por suicídio esconde importantes variações regionais. Vários fatores socioculturais e econômicos parecem se associar a elevados índices de suicídio, bem como elevada frequência de sofrimento mental e de uso abusivo de bebidas alcoólicas (FARIA, VICTORA, MENEGHEL, CARVALHO & FALK, 2006).

Em um artigo, Magalhães (2014) indicou 80 tentativas de suicídio assistidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em uma cidade do interior de Alagoas no ano de 2011. Vale salientar que o SAMU criou e operacionalizou um serviço de saúde mental no DF devido à crescente demanda de atendimentos a paciente em sofrimento mental, conhecido como Núcleo de Saúde Mental (NUSAM), conforme Oliveira (2018).

Os resultados mostraram o predomínio de mulheres (62,8% das ocorrências), sendo a intoxicação o método mais comumente usado. A maior frequência ocorreu no outono, em domingos e no período vespertino. No tocante ao método utilizado, verificou-se que, para ambos os sexos, a intoxicação foi o método de maior incidência, com 64,14%. Em seguida, os ferimentos por arma branca (12,23%), o enforcamento (3,9%), e a queda de altura (3,2%) perfizeram os métodos mais frequentes. Dentre os métodos isolados, vale a pena destacar que o enforcamento teve sua incidência cerca de duas vezes maior no sexo masculino em relação ao feminino. O uso de métodos combinados foi mais utilizado pelos sujeitos do sexo masculino.

A Tabela 1 lista o número de tentativas de suicídio por região administrativa do Distrito Federal em 2015.

Tabela 1 – Distribuição dos atendimentos por região administrativa do DF em 2015.

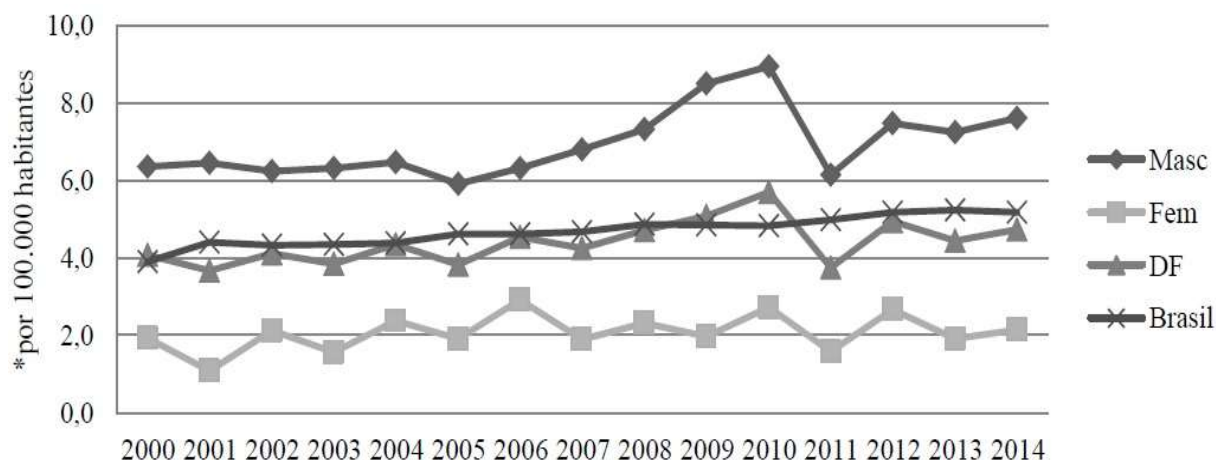
Região Administrativa	Habitantes	Tentativas de Suicídio	Taxa por 100.000 habitantes
Riacho Fundo	37.606	22	58,51
Cruzeiro	32.182	15	46,87
Taguatinga	285.278	131	45,92
Riacho Fundo II	39.424	18	45,68
Samambaia	228.356	90	39,42
Santa Maria	122.721	47	38,30
Núcleo Bandeirante	23.714	9	37,97
Candangolândia	16.886	6	35,71
Recanto das Emas	137.997	49	35,53
Guará	157.014	55	35,03
Ceilândia	451.872	152	33,64
Gama	134.958	45	33,35
Paranoá	105.927	35	33,04
Brasília	268.762	85	31,62
Planaltina	185.375	58	31,30
Lago Sul	30.629	9	29,39
Brazlândia	51.121	14	27,39
Lago Norte	43.474	11	25,30
Sobradinho	169.589	40	23,58
São Sebastião	98.908	21	21,23
Águas Claras	118.864	22	18,51
Park Way	19.727	3	15,22
Jardim Botânico	25.302	3	11,85

Fonte: Amui (2017).

Considerando proporcionalmente as ocorrências pelo número de habitantes em cada região, encontramos as maiores frequências em ordem decrescente: Riacho Fundo, Cruzeiro e Taguatinga. Comparando tais índices ao coeficiente médio do Brasil (4,7 óbitos/100 mil habitantes) nota-se que determinadas regiões no DF apresentam 10 vezes mais óbitos ocasionado por suicídio. Dentre as regiões com menores taxas estão, nessa ordem, Jardim Botânico, Park Way e Águas Claras.

A Figura 1 apresenta o comportamento da variação da taxa de suicídio do DF entre homens e mulheres, podendo-se também comparar com a taxa nacional média.

Figura 1 – Taxa de mortalidade proporcional por suicídio segundo sexo no Distrito Federal entre os ano de 2000 a 2014*.



Fonte: SIM/DATASUS (2016).

Conforme avalia Diekstra e Gulbinat, classifica-se as taxas de suicídio como baixa (<5 óbitos/100 mil habitantes), média (5 a 15 óbitos/100 mil habitantes), alta (15 a 30 óbitos/100 mil habitantes) e muito alta (>30 óbitos/100 mil habitantes). Assim, enquadra-se o DF com baixa taxa de suicídio. Porém, não se pode descartar as altas taxas locais em determinadas regiões administrativas, como Riacho Fundo, Cruzeiro e Taguatinga.

Tal cenário justifica a necessidade de qualificar militares do CBMDF com base na abordagem focada no diálogo em situações limites de crise de suicídio. No ano de 2019 foi realizado um curso de intervenção técnica no Grupamento de Busca e Salvamento, fruto de uma cooperação com o Corpo de Bombeiros Militar de São Paulo. Apesar do sucesso desse curso, na atualidade, não há no CBMDF um protocolo específico para ocorrências de Tentativa de Autoextermínio - TEA.

Segundo Portela (2012), quando os profissionais do CBMDF são acionados imediatamente para atender ocorrências de tentativas de autoextermínio, utiliza-se o Procedimento Operacional Padrão (POP) para atendimento de paciente psiquiátricos. Esse POP menciona o suicídio, mas não oferece informações nem considerações sobre condutas adequadas para o manejo e intervenção específicos na Tentativa de Autoextermínio.

A doutrina utilizada em salvamento, nesse caso específico, envolve intervenção emergencial no ambiente, focando em contenção física. Assim, compreender a fenomenologia do ato do suicídio é fundamental para direcionar a

construção de uma metodologia de abordagem técnica, orientando a produção de um Procedimento Operacional Padrão específico, e formação de pessoal especializado na área.

Contextualizando a problemática ao CBMDF, no estágio operacional do Curso de Formação de Oficiais pôde-se deparar com ocorrências de tentativas de suicídios nas quais não se aplicava nenhuma metodologia de atendimento o que acaba gerando um problema que é a falta de critério técnico nas atuações do CBMDF. Baseado nisso, este artigo busca produzir um Procedimento Operacional Padrão baseado numa abordagem técnica (fundamento na negociação) de Tentativa de Autoextermínio adaptado à realidade do Distrito Federal. Para isso, foram traçados objetivos específicos:

1. Definir o perfil do tentante no Distrito Federal;
2. Analisar os métodos mais utilizados em negociações com um tentante;
3. Analisar a distribuição das ocorrências de TEA no Distrito Federal.

1 DEFINIÇÃO DE SUICÍDIO, SUAS PECULIARIDADES E CORRELAÇÃO COM FATORES DE RISCO, PSICOPATOLOGIAS E DOENÇAS FÍSICAS

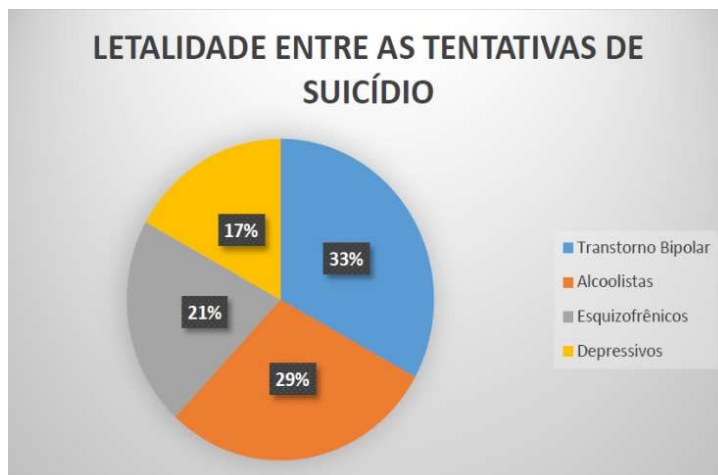
Inicialmente é necessário definir o suicídio e identificar patologias que podem levar ao ato suicida, enumerando situações que podem desencadear a crise. Com esse panorama, será possível identificar pessoas com maior possibilidade de tentarem suicídio. Diógenes Munhoz, referência nacional em manejo de ocorrências de tentativa de suicídio do Corpo de Bombeiros Militar de São Paulo, afirma que o suicídio pode ser definido como um ato deliberado executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção seja a morte, de forma consciente e intencional. Também fazem parte do que habitualmente chamamos de comportamento suicida: os pensamentos, os planos e a tentativa de suicídio. Uma pequena proporção do comportamento suicida chega ao nosso conhecimento. O suicídio é fenômeno que acompanha a história do homem, nesse panorama, o crescimento populacional urbano evidencia tal distúrbio, que conserva características únicas e que demandam exame, análise e abordagem específicas. De forma semelhante, Machado e Santos (2014) assegura que o suicídio é uma das principais causas de morte no mundo, sendo 1 milhão de óbitos

anuais por esse evento. Ainda de acordo com estes, a perda humana e o impacto social do suicídio têm consequências materiais e psicológicas para familiares, amigos e demais indivíduos da rede de relações pessoais do morto.

Em nível macrossocial, o suicídio contribui para perdas socioeconômicas. Grande parte das vítimas pertence ao grupo populacional economicamente ativo. Inclui-se ainda o impacto sobre os serviços de saúde, pelo incremento de gastos com atendimento ambulatoriais, cuidados emergenciais e tratamento de sequelas dos sobreviventes. Conforme afirma Munhoz (2018) em *Abordagem Técnica a Tentativas de Suicídio*, no manejo em ocorrências que envolvam tentativas de suicídio, é importante que se avalie os fatores de risco, pois é através dessa análise que se pode implementar estratégias no sentido de evitar a concretização do autoextermínio. Na visão de Botega (2014), os principais fatores de risco são: a tentativa prévia de suicídio e a doença mental. O indivíduo que tentou suicídio previamente tem de cinco a seis vezes mais chances de tentar suicídio novamente. Há uma estimativa que 70% dos que se suicidaram já haviam tentado previamente. Ainda de acordo com a referência, estima-se que 90% das pessoas que cometeram suicídio tinha uma doença mental. Os transtornos psiquiátricos mais comuns incluem depressão, transtorno bipolar, dependência de álcool e outras drogas, transtornos de personalidade e esquizofrenia. Além disso, vale salientar que o risco de suicídio aumenta entre aqueles com história familiar de suicídio ou de tentativas de suicídio.

A Figura 2 ilustra a letalidade entre as tentativas, mostrando o percentual correspondente às principais psicopatologias.

Figura 2 – Letalidade entre as tentativas de suicídio.



Fonte: Munhoz (2018).

Considerando o estudo de Berlote & Fleischmann (2002), os transtornos mentais constituem um importante fator de risco para o suicídio, estando presentes em cerca de 90% dos casos. Entre eles, os mais implicados são depressão, transtorno afetivo bipolar e dependência química. Devido ao fato do evento ser multifatorial, diversos mecanismos podem contribuir para que o desfecho seja o menos danoso possível a todos aqueles envolvidos. Dessa maneira, serão tratados em seguida procedimentos que auxiliam a realização técnica da abordagem ao suicida.

No Brasil, a própria casa é o cenário mais frequente de suicídios (51%), seguida pelos hospitais (26%). Os principais meios utilizados são enforcamento (47%), armas de fogo (19%) e envenenamento. Entre os homens predominam enforcamento (58%), arma de fogo (17%) e envenenamento por pesticidas (5%). Entre as mulheres, enforcamento (49%), seguido de fumaça/fogo (9%), precipitação de altura (6%), arma de fogo (6%) e envenenamento por pesticidas (5%) (Lovisi et al., 2009). No cenário do DF, a Tabela 2 revela os locais e métodos mais utilizados pelos tentantes. Chegando-se à conclusão que o domicílio e hospitais são locais frequentes para a realização do suicídio e que os principais métodos utilizados foram enforcamento, estrangulamento e sufocação; envenenamento e arma de fogo.

Tabela 2 – Características dos suicídios segundo as variáveis: método utilizado e local do ocorrido no Distrito Federal de 2000 a 2014.

Variáveis	Sexo					
	Masc		Fem		Total	
	n	%	n	%	n	%
	1229	75,4	399	24,5	1628	100
Local da ocorrência						
Hospital	306	24,9	162	40,6	468	28,7
Outro estabelecimento de saúde	4	0,3	1	0,3	5	0,3
Domicílio	611	49,7	177	44,4	788	48,4
Via pública	127	10,3	23	5,8	150	9,2
Outros	179	14,6	36	9,0	215	13,2
Ignorado	2	0,2	0	0	2	0,1
Métodos utilizados						
Envenenamento	168	13,6	150	37,5	318	19,5
Enforcamento, estrangulamento e sufocação	648	52,7	126	31,6	774	47,5
Afogamento e submersão	5	0,4	4	1	9	0,6
Arma de fogo	221	18,0	33	8,3	254	15,6
Fogo, explosivos e gases	34	2,8	27	6,8	61	3,7
Objeto cortante, penetrante ou contundente	26	2,1	3	0,8	29	1,8
Precipitação de local elevado	108	8,8	46	11,5	154	9,5
Precipitação ou permanência diante de um objeto em movimento	6	0,5	1	0,3	7	0,4
Impacto de veículo a motor	4	0,3	1	0,3	5	0,3
Outros meios	9	0,7	8	2	17	1

Fonte: SIM/DATASUS (2016).

Os dados referentes às variáveis sociodemográficas e epidemiológicas são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 – Características sociodemográficas e epidemiológicas dos registros de suicídios segundo as variáveis no Distrito Federal de 2000 a 2014.

Variáveis	Sexo				Total	
	Masc		Fem			
	n	%	n	%	n	%
Total	1229	75.4	399	24,5	1628	100
Idade (anos)						
10 a 19	114	9,3	42	10,5	156	9,6
20 a 39	665	54,1	181	45,4	846	52
40 a 59	320	26	145	36,3	465	28,6
≥60 anos	121	9,8	30	7,5	151	9,3
Ignorado	9	0,7	1	0,3	10	0,6
Cor/raça						
Branca	281	22,9	140	35,1	421	25,9
Preta	33	2,7	14	3,5	47	2,9
Amarela		0	3	0,8	3	0,2
Parda	907	73,8	238	59,6	1145	70,3
Ignorado	8	0,7	4	1	12	0,7
Escolaridade (anos)						
0 a 7	581	47,3	146	36,6	727	44,7
8 a 11	298	24,2	107	26,8	405	24,9
≥12	233	19	103	25,8	336	20,6
Ignorado	117	9,5	43	10,8	160	9,8
Estado Civil						
Solteiro	790	64,3	226	56,6	1016	62,4
Casado	296	24,1	96	24,1	392	24,1
Viúvo	22	1,8	23	5,8	45	2,8
Separado judicialmente	91	7,4	48	12	139	8,5
Outro	6	0,5	2	0,5	8	0,5
Ignorado	24	2	4	1	28	1,7

Fonte: SIM/DATASUS (2016).

Logo, baseando-se no perfil sociodemográfico e epidemiológico do suicídio no DF conclui-se que: homens, de 20 a 39 anos, cor parda, baixa escolaridade (0 a 7 anos de estudos) e solteiros são os que mais figuram no índice de suicídio. Traçar um perfil de tentantes no DF é fundamental para compreender as características de tais ocorrências, que em última análise aprimora o atendimento à população local.

Alguns estudos reforçam a relevância do período de férias e feriados no suicídio. Uma explicação para isso seria a teoria do "Efeito de Promessas Quebradas" (em inglês, Broken Promises Effect). Segundo ela, as pessoas criam grande expectativa nos períodos de férias e feriados, a sensação de "um novo começo". Para pessoas que sofrem com a depressão, no entanto, essa alegria e otimismo coletivo podem contrastar fortemente com sua dor e infelicidade, levando a

uma sensação de desespero crescente. Dessa forma, esse período acaba por não ser libertador como era esperado, e este "efeito de promessa quebrada" tem sido associado a um aumento dramático nas taxas de suicídio, notando-se um fenômeno de adiamento do suicídio, de antes para depois dessas datas (Jessen, Jensen, Arensman, et. al, 1999). Sabe-se ainda que em datas chave, como o Natal e Ano Novo, pode ocorrer uma "reação de aniversário" em que o indivíduo revive situações passadas, o que pode agravar sintomas de depressão (Cantor, Hickey e De Leo, 2000).

Um estudo realizado por pesquisadores da Unicamp demonstra que 17,1% das pessoas "pensaram seriamente em por fim à vida" e 2,8% efetivamente tentaram suicídio. A cada três pessoas que tentaram se suicidar, apenas uma foi atendida em um pronto-socorro (Botega et al., 2009). Isso demonstra que apenas uma pequena parcela dos tentantes é reconhecida pelas estatísticas realizadas pela Secretaria de Saúde no âmbito nacional.

Segundo o Ministério da Saúde (2006), tanto nos países desenvolvidos quanto nos países subdesenvolvidos, há uma prevalência total de transtornos mentais de 80 a 100% em casos de suicídios com êxito letal. Estima-se que o risco de suicídio ao longo da vida em pessoas com transtornos do humor (principalmente depressão) é de 6 a 15%; com alcoolismo, de 7 a 15%; e com esquizofrenia, de 4 a 10%. Vale ressaltar, também, que é comum naqueles que cometem o suicídio a presença de transtornos comórbidos.

Os transtornos que comumente apresentam-se em conjunto são alcoolismo e transtornos do humor e transtornos de personalidade juntamente com outros transtornos psiquiátricos. À vista disso, é primordial explorar os principais transtornos mentais associados ao risco de suicídio.

Esquizofrenia

Segundo Moreira (2008), a esquizofrenia é um transtorno mental no qual o doente perde (total ou parcialmente) o contato com a realidade objetiva. Aproximadamente 10% dos indivíduos que possuem esquizofrenia falecem por suicídio. Os pacientes com esta desordem psíquica costumam ver, ouvir e sentir sensações que não existem na realidade. Estes pacientes não sabem distinguir suas fantasias, manias e fixações da realidade que os cerca. É uma doença que não tem

cura, mas que pode ser controlada através de medicamentos e acompanhamento psicoterápico permitindo ao indivíduo levar uma vida mais equilibrada. Seus principais sintomas são:

- Alucinações: percepção sensorial que apresenta a sensação de realidade de uma verdadeira percepção, mas que ocorre sem estimulação externa do órgão sensorial em questão;
- Discurso desorganizado;
- Comportamento desorganizado;
- Sintomas negativos (dificuldade de se expressar, diminuição da vontade, fala ilógica);
- Perda de capacidade laboral, acadêmica e social.

Depressão

Classificada como um transtorno de humor, de acordo com Del Porto (1999), a depressão rege as atitudes dos sujeitos modificando a percepção de si mesmos, passando a enxergar suas problemáticas como grandes catástrofes. Enquanto síndrome, a depressão inclui não apenas alterações do humor (tristeza, irritabilidade, falta da capacidade de sentir prazer, apatia), mas também uma gama de outros aspectos, incluindo alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas (sono, apetite). Abaixo são listados os principais sintomas dessa síndrome:

- Humor depressivo: sensação de tristeza, autodesvalorização e sentimentos de culpa;
- Redução da capacidade de experimentar prazer na maior parte das atividades, antes consideradas como agradáveis;
- Fadiga ou sensação de perda de energia;
- Diminuição da capacidade de pensar, de se concentrar ou de tomar decisões;
- Alterações do sono;
- Alterações do apetite;
- Redução do interesse sexual;
- Retraimento social;
- Crises de choro;
- Comportamentos suicidas;

- Retardo psicomotor;
- Lentificação generalizada.

Transtorno Afetivo Bipolar

Segundo o Ministério da Saúde (2006), a depressão acomete, ao longo da vida, entre 10% e 25% das mulheres e entre 5% e 12% dos homens. Além disso, entre os gravemente deprimidos, 15% se suicidam.

O Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) é um transtorno de humor, considerado crônico, caracterizado por episódios agudos e recorrentes de alteração de humor, podendo persistir por um longo tempo, fazendo assim com que os pacientes não possam antever e controlar seu próprio estado emocional, já que a pessoa pode passar de um estado depressivo de extrema apatia para um estado de mania (humor elevado) com extrema exaltação, por isso o transtorno ser denominado de bipolar (BIN, CAMPOS, SANTOS JÚNIOR e TURATO, 2014).

Conforme dados da OMS, sua prevalência na população geral gira em torno de 1,5%. Apesar da cronicidade do quadro, a maior parte dos indivíduos corretamente tratados atinge a estabilização do humor, o que permite uma vida normal. O TAB é associado a um maior risco de suicídio, especialmente nas fases de depressão.

Dependência do álcool

De acordo com Gigliotti (2004), a dependência do álcool está associada a vários transtornos psiquiátricos (como os citados acima), sendo responsável por uma boa parte das internações psiquiátricas.

O álcool aumenta a impulsividade e, com isso, o risco de suicídio. A síndrome de dependência é um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos no qual o uso de uma substância alcança prioridade na vida do indivíduo.

Os traços abaixo caracterizam um quadro de alcoolismo:

- Forte desejo ou compulsão pelo consumo;
- Dificuldade de controlar o consumo a partir de seu início;
- Evidência de tolerância;
- Abandono de atividades e interesses em favor do uso da substância.

Por fim, conforme da OMS (2000) o risco de suicídio é aumentado em condições físicas crônicas. Ademais, há um aumento de transtornos psiquiátricos, em especial depressão, em pessoas com doenças físicas. Cronicidade, limitações e prognóstico ruim correlacionam-se com suicídio. A Tabela 4 expõe as principais doenças físicas vinculadas ao suicídio e suas causas que justificam essa relação, devido a sua magnitude.

Tabela 4 – Principais doenças físicas que se relacionam com o aumento da taxa de suicídio.

Doença Física	Descrição
Epilepsia	A correlação da epilepsia com suicídio se deve ao aumento da impulsividade e agressividade.
Lesões medulares e cerebrais	Estudos recentes mostram que depois de um Acidente Vascular Cerebral 19% dos pacientes são depressivos e suicidas.
Neoplasias	O risco de suicídio é mais alto no momento do diagnóstico e nos primeiros dois anos da doença terminal.
HIV	O maior risco ao suicídio ocorre no momento da confirmação do diagnóstico e nos estágios precoces da doença.

Fonte: OMS (2000).

2 PROCEDIMENTOS TÉCNICOS

De acordo com Munhoz (2018), a observação e a comunicação são duas ações das mais importantes para ajudar o paciente com comprometimento psíquico ou não. Devemos observar as ações do paciente para que possamos ter uma leitura de seu estado e podermos através de ações terapêuticas, principalmente a inter-relação através da comunicação, trazer alívio e melhora do sofrimento. Dessa maneira, existem procedimentos “positivos” em uma abordagem técnica para que a ocorrência flua da melhor forma possível. Os subitens a seguir exemplificam tais estratégias:

- I. Tentar formar vínculo com o paciente – o vínculo passa a existir de forma adequada e terapêutica quando o profissional passa a ter atitudes adequadas para com o paciente e este por sua vez passa a

ter segurança e confiança no profissional. Isto deve estar presente desde os primeiros momentos do contato. O profissional deve dar atenção, saber ouvir, saber compreender e aceitar os atos do paciente, orientar o paciente sobre seu estado e o que deverá ser feito, deve se identificar de maneira formal (nome, trabalho, função, por que está ali), o mesmo deve ser feito com familiares e/ou acompanhantes, se tornar receptivo ao paciente, abordá-lo de forma respeitosa e gentil, sentir-se mobilizado para o sofrimento do paciente e demonstrar que está ali para ajudá-lo. Essas questões são de grande ajuda para a formação do vínculo, mas deve-se ter em mente que o paciente é quem escolhe a quem, quando e como se vincular a cada indivíduo, uma vez forma esse vínculo deve-se preservá-lo, pois é de grande utilidade para se conseguir atitudes e abordagens terapêuticas;

- II. Olhar atentamente para o paciente – deve-se olhar o paciente durante o atendimento devido a uma questão de respeito, demonstrar atenção, perceber comunicação extra verbal, e, até como proteção para o profissional;
- III. Ouvir atentamente o paciente – também para demonstrar atenção, educação, respeito ao paciente deve-se ouvir o que o mesmo tem a dizer e se possível manter diálogo com o mesmo, pois momentos de desabafos podem trazer alívio de tensão e fazer com que o vínculo se estreite caso haja demonstração de interesse por quem ouve. No caso do paciente estar confuso e mudando várias vezes de assunto, não falar coisas compreensíveis, não se deve em momento algum demonstrar ao mesmo rejeição, rispidez, ameaça moral/física, desafiar o paciente, coerção;
- IV. Respeitar pausas silenciosas – há pacientes que ao relatarem seus conflitos e problemas podem ter um aumento de seu sofrimento e por vezes necessitam de uma paralisação, uma pausa para poderem reequilibrar-se, ordenar o pensamento, aliviarem as pressões. Quando ocorrem essas pausas o profissional deve por alguns instantes mantê-las e em seguida estimular o paciente a voltar a falar,

caso o paciente não queira não se deve insistir e sim respeitá-lo, orientá-lo que quando quiser voltar a falar poderá procura-lo. Por outro lado, não se deve deixar o paciente por muito tempo em silêncio para estimulá-lo a falar;

- V. Não completar frases para o paciente – há pacientes que tem o pensamento de forma mais lenta e por isso tem dificuldades para se expressar, com isso não conseguem por vezes completar frases, falar fluentemente, terminar um assunto. O profissional deve estimular o paciente a concluir frases, o assunto com suas próprias palavras na tentativa de melhorar o curso desse pensamento. No caso do paciente não conseguir falar de maneira compreensível, o profissional deve ajudá-lo quanto à dificuldade de manter a comunicação e se mostrar disponível quando necessário;
- VI. Repetir, resumir e relacionar ideia para o paciente – quando o paciente mantém um diálogo e fornece várias informações importantes, se faz necessário que ao final ou ao tempo que achar adequado o profissional repita as ideias após um pequeno resumo das mesmas e verifique no paciente a repercussão que isto promove. O profissional ao devolver essas ideias deve observar a comunicação extra verbal do paciente assim como as colocações verbais que venham a ser feitas pelo mesmo. O paciente é quem deve decidir as coisas por si, podemos ajudá-lo fazer uma orientação, relacionando ideias, mostrando pontos ou situações que o mesmo não vê, resumindo seu relato. Não devemos passar ao paciente aquilo que se quer que ele faça e sim que o mesmo chegue a uma definição e venha agir em função da mesma. Não devemos dar a solução pronta e sim estimular o paciente na busca da mesma;
- VII. Espaço para o paciente perguntar – deve-se sempre deixar um espaço para que o paciente se sinta à vontade de se expressar assim como no caso que o mesmo tenha necessidade de fazer perguntas, tirar dúvidas, repetir assuntos, pedir orientação. O respeito ao seu sofrimento e as suas necessidades deve sempre estar em um primeiro plano para que se possa ser terapêutico na assistência.

Baseado no exposto, o militar que fará a abordagem ao tentante deve observar os pontos já mencionados, objetivando realizar o manejo da ocorrência com o foco no desfecho favorável. Feita essa análise, é fundamental compreender as fases da abordagem técnica, essa divisão contribui para que o bombeiro saiba ao longo do evento em que etapa o mesmo se encontra, sem perder a direção e controle da ocorrência.

3 GERENCIAMENTO DE EMERGÊNCIAS ENVOLVENDO TENTATIVAS DE SUICÍDIO

No tópico anterior, foi discutido quais os fatores que podem influenciar no andamento da ocorrência. Como toda emergência, devemos adotar diversas ações em cada uma de suas fases específicas, conforme Munhoz (2018), um possível POP para uma ocorrência de tentativa suicídio é descrito abaixo:

(1) Deslocamento e chegada ao local da ocorrência:

- Coletar o maior número de informações através do Centro de Comunicações;
- Definir o EPI adequado de acordo com o método de suicídio;
- Chegar de forma calma e discreta.

(2) Análise da situação

- Avaliação inicial
 - Confirmar informações iniciais;
 - Coletar dados e informações de fontes seguras;
 - Confirmar localização e condições do paciente;
 - Identificar o método escolhido pelo paciente;
 - Levantar informações sobre o acesso ao local onde se encontra o paciente.
- Avaliação de riscos
 - Levantar os riscos gerados pelo método escolhido para o suicídio;

- Levantar os riscos gerados pelo local escolhido para o suicídio;
- Presença de gases que possam provocar asfixia, gases inflamáveis ou tóxicos;
- Possibilidade de queda de local elevado;
- Possibilidade de afogamento;
- Presença de perigos elétricos;
- Possibilidade de atropelamento;
- Possibilidade de incêndio e queimadura;
- Presença de arma de fogo;
- Possibilidade de contaminação;
- Possibilidade de envenenamento;
- Possibilidade de enforcamento.

(3) Preparação

- Determinar o pessoal que permanecerá nas áreas de risco;
- Confirmar o EPI necessário para cada equipe de trabalho envolvida na emergência de acordo com os riscos a que estão expostos;
- Demarcar áreas de atendimento: área quente, morna e fria;
- Evacuar local se necessário;
- Controlar tráfego de veículos e pessoas;
- Tornar segura a área quente: neutralizar ou minimizar os riscos;
- Estabelecer responsabilidades pessoais de controle;
- Posicionar cada equipe conforme especialização no local adequado de acordo com a função e o risco estabelecido para pronta atuação;
- Posicionar a equipe encarregada do plano B e em condições.

(4) Operação de Salvamento

- Dar início no plano de ação definido;
- Posicionamento da equipe encarregada do plano B;
- Aproximar-se com calma e realizar contato com o paciente;
- Apresentar-se formalmente para o paciente;
- Iniciar a abordagem psicológica e tentar formar vínculo com o paciente o mais rápido possível;
- Conduzir o diálogo para que o paciente encontre a solução;

- Afastar o paciente dos riscos detectados e conduzi-lo em segurança à viatura para transporte ao Pronto Socorro.

(5) Encerramento

- Estabelecimento de responsabilidades pessoais;
- Remoção de equipamentos e ferramentas;
- Conduzir o paciente ao Pronto Socorro;
- Passar o caso ao médico responsável.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um trabalho de revisão teórica sobre o primeiro socorro na tentativa de autoextermínio e identifica o que pode ser feito durante o momento crítico da abordagem. Como o objetivo do trabalho visa definir um Procedimento Operacional Padrão em atendimentos às ocorrências de autoextermínio pelo CBMDF, realizou-se uma revisão bibliográfica com o fim de definir em todos os aspectos o ato suicida, explorando estatísticas brasileiras atuais buscando extrair informações que contribuam para aprimorar estes atendimentos emergenciais. Em relação aos procedimentos técnicos, foi fundamental definir os pontos que contribuem para um desfecho favorável da abordagem, para isso, foi listada uma série de técnicas visando organizar o plano de ação de maneira prudente e profissional. Por último foram definidas as fases da abordagem, necessárias para direcionar a atuação do bombeiro negociador.

No que tange as entrevistas realizadas a técnica de coleta foi por amostragem intencional, dado que foram selecionados socorristas que atuaram diretamente em ocorrências de TEA. Além disso, o procedimento de análise dessas entrevistas foi qualitativo, posto que não foi realizada nenhuma metodologia estatística para tratamento de dados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Baseado na revisão bibliográfica ao longo deste artigo, tem-se uma ampla visão dos fatores que interferem em uma ocorrência de tentativa de suicídio. Foi importante estabelecer os parâmetros necessários para atuação da guarnição dos bombeiros militares, conduzindo a uma ação objetiva, clara e técnica.

Partindo do panorama mundial, primeiramente, foi realizado um estudo estatístico da distribuição de ocorrências de suicídio no DF, mapeando os locais com maior taxa de suicídio no DF.

Antes que fossem elaboradas e implementadas ações preventivas ao suicídio, este ato precisou ser conhecido e compreendido melhor. O entendimento do problema dependeu do recolhimento de dados estatísticos e válidos que fossem traduzidos em informações pertinentes acerca do fenômeno. Analisou-se os dados disponíveis, o que contribuiu para conhecer os fatores envolvidos e direcionamento das ações, objetivando o emprego de técnicas adequadas.

No decorrer do trabalho foi desenvolvido um tópico que apresenta os fatores de risco (quanto ao local da ocorrência, métodos utilizados, idade crítica, cor/raça, sexo, escolaridade e estado civil), psicopatologias (esquizofrenia, depressão, transtorno afetivo bipolar, dependência de álcool) e doenças físicas (epilepsia, lesões medulares/cerebrais, neoplasias e HIV) que ocasionam o aumento da taxa de autoextermínio.

Posteriormente foram analisados os procedimentos técnicos que permitem uma abordagem técnica ao tentante e, conseqüentemente, humanizada.

Por fim, foi definido um modelo de POP para ocorrências de tentativa de autoextermínio. É importante salientar que esse protocolo está associado ao esboço produzido do perfil sociodemográfico do DF quanto a essa natureza de ocorrência, o perfil do tentante e os fatores de risco. Todas essas características tem o intuito de aprimorar o atendimento desses eventos, via implementação do POP, por parte dos interventores, instruindo-os do cenário e vítima que irão socorrer.

Nesse intuito, apresenta-se abaixo a versão do Procedimento Operacional Padrão em Tentativas de Autoextermínio:

- (1) Deslocamento e chegada ao local da ocorrência

- Coletar informações através do Centro de Comunicações: local, material utilizado, idade e estado civil;
- Definir o EPI adequado de acordo com o método de suicídio;
- Chegada sem sinalizadores sonoros e visual.

(2) Análise da situação

- Avaliação inicial
 - Localizar o paciente;
 - Isolar a área;
 - Identificar o método escolhido pelo paciente;
 - Confirmar informações iniciais;
 - Coletar informações “in loco” a respeito do estado do tentante: a vítima tem antecedentes de tentativas, tem alguma psicopatologia ou histórico, teve alguma perda recente ou tem doença física grave. Esses dados são fundamentais para balizar o tipo de abordagem conforme o perfil do tentante;
 - Levantar informações sobre o acesso ao local onde se encontra o paciente.
- Avaliação de riscos, levantar os riscos gerados pelo local escolhido para o suicídio:
 - Possibilidade de gases que possam provocar asfixia, gases inflamáveis ou tóxicos;
 - Possibilidade de queda de local elevado;
 - Possibilidade de afogamento;
 - Presença de perigos elétricos;
 - Possibilidade de atropelamento;
 - Possibilidade de incêndio e queimadura;
 - Presença de arma de fogo;
 - Possibilidade de contaminação;
 - Possibilidade de envenenamento;
 - Possibilidade de enforcamento.

(3) Preparação

- Definir funções dos militares;

- Confirmar o EPI necessário para cada equipe de trabalho envolvida na emergência de acordo com os riscos a que estão expostos;
- Demarcar áreas de atendimento: área quente, morna e fria;
- Evacuar local;
- Controlar tráfego de veículos/pessoas: evitar, principalmente, que haja intervenção no momento da abordagem.

(4) Operação de Salvamento

- Executar a Intervenção Técnica:
 - Iniciar a abordagem e conduzir o diálogo conforme a metodologia dos Procedimentos Técnicos:
 1. Aproximar-se com calma;
 2. Realizar a apresentação ao paciente;
 3. Formação de vínculo com o paciente;
 4. Respeitar pausas silenciosas;
 5. Não completar frases para o paciente;
 6. Repetir, resumir e relacionar ideia para o paciente;
 7. Dar espaço para o paciente perguntar.
- Concomitantemente à Intervenção Técnica, será realizado o posicionamento da equipe da Intervenção Tática;
- Afastar o paciente dos riscos detectados e conduzi-lo em segurança à viatura para transporte ao Pronto Socorro.

(5) Encerramento

- Conduzir o paciente ao Pronto Socorro;
- Verificação de pessoal;
- Desmobilização de equipamentos;
- Passar o caso ao médico responsável.

O POP apresentado acima está representado em anexo de forma esquematizada, por meio de um fluxograma a fim facilitar a compreensão dos passos a serem seguidos. É apresentado em anexo, também, um fluxograma do procedimento da Intervenção Técnica, explicitando as características de cada fase da intervenção humanizada.

Com o propósito de analisar a implementação de um POP de TEA realizou-se duas entrevistas (a transcrição destas está no Anexo) a socorristas que atuaram diretamente em ocorrências de suicídio e tentativa de suicídio. Com isso, foi possível extrair informações fundamentais para aprimorar a atuação do CBMDF.

Cuidados Com o Pós Ocorrência

Ao final da ocorrência de TEA é fundamental que se certifiquem a integridade física e mental dos militares que atuaram na ocorrência. No relato de um socorrista, pôde-se notar a carga emocional que é produzida nesses momentos de tensão:

“Foi traumático. Vou fazer 26 anos de bombeiro e nunca passei por uma situação dessa.”

Em outro ponto, observou-se que o socorrista só conseguiu dormir 1 dia após a ocorrência por meio de ingestão de bebidas alcoólicas:

“No outro dia de manhã eu não dormi, eu não durmo geralmente de manhã né. Mas quando eu estou muito cansado eu vou e durmo né, deitei e não consegui dormir daí eu falei na hora do almoço eu vou dormir. Almocei e não dormi, não consegui dormir. Fui dormir à noite porque eu tomei uma cervejinha pra dar uma relaxada.”

Baseado no exposto, evidencia-se uma tendência do socorrista à ingestão de bebidas alcoólicas com o intuito de conseguir dormir e descansar. É importante pontuar que a constante exposição a situações de extremo estresse pode conduzir a dependência do álcool. Esse cenário fundamenta a necessidade de o Oficial averiguar as condições físicas e mentais dos socorristas após a ocorrência. Caso seja necessário, os militares podem ser encaminhados ao Centro de Assistência Bombeiro Militar (CEABM) para uma análise psicológica mais detalhada ou para um acompanhamento contínuo.

Desgaste Mental da Operação

As ocorrências de TEA são, por natureza, eventos que demandam muito tempo no seu desenrolar. O socorrista entrevistado relatou muito cansaço ao final do atendimento:

“Ficou uma situação pra mim muito tensa, porque chegaram vários superiores, só sei que foi muita gente pra lá e foi muito demorado, assim mais de 2 horas de negociação.”

Por consequência, é importante enfatizar a necessidade de o socorrista ser resiliente para poder desempenhar as funções necessárias para o sucesso da operação dado que o procedimento de negociação exige concentração a todos os detalhes.

No estudo de caso pôde-se extrair que o que levou o socorrista a intervir fisicamente foi o momento em que a vítima projetou as duas pernas para fora do edifício, levando-o a ter a percepção que a vítima iria cometer o suicídio por meio de sua expressão corporal. Tal quadro corrobora a necessidade de o socorrista estar atento durante toda a operação para poder interpretar quando e como atuar.

Necessidade de Integração do POP Com Outras Instituições

Com a produção do POP para TEA será possível orientar a atuação dos Bombeiros Militares. Entretanto, esses atendimentos podem envolver outras instituições, a exemplo do SAMU por meio do Núcleo de Saúde Mental (NUSAM), equipe multidisciplinar composta por psiquiatra, psicólogo, assistente social ou enfermeiro com foco em emergências em saúde mental. No estudo de caso realizado no decorrer desse artigo o socorrista entrevistado alertou sobre dúvidas nas atribuições de cada corporação envolvida:

“Eu ficava naquela sensação se eu der o bote e ela pular, a psicóloga (da NUSAM) vai falar que estava negociando e eu intervi. Se eu não fizer nada ela vai falar que eu tive oportunidade de fazer e não fiz, entendeu? “

Posto isso, justifica-se a necessidade de haver uma maior interação entre o CBMDF e o SAMU quanto a essa classe de evento, explicitando a atribuição de cada um com vistas a metodizar o trabalho em conjunto entre essas instituições.

No ano de 2019, o Núcleo de Educação em Urgências/SAMU-DF, realizou o curso de Emergências em Saúde Mental (disponível no site: *neusamudf.weebly.com*), entre vários temas abordados na ementa destacam-se:

- Comportamento suicida;
- Negociação com paciente suicida;
- Comportamento suicida e sua abordagem;
- Técnicas de negociação e manejo do paciente suicida;
- Classificação do risco de suicídio.

Tal escopo demonstra que o SAMU possui uma metodologia própria de atuação, sendo necessário alinhar com a do CBMDF com o fim de evitar entraves no decorrer dessas operações conjuntas.

Baseado no exposto, demonstra-se a necessidade de criar um curso de especialização voltado para o atendimento emergencial em crise de autoextermínio pelo CBMDF. A especialização, além de capacitar pessoal para o socorro urbano, contribui para consolidar a doutrina desse ramo, que é dinâmico e exige formulação e entendimento amplo que alcance o maior número de socorristas nos quartéis especializados e multiemprego.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O interesse pelo socorro em crise de autoextermínio surgiu na experiência do serviço operacional. Compreender o fenômeno do ponto de vista psicológico aguçou o lado investigativo, fundamental para a produção de conhecimento acadêmico, o que foi materializado nesse artigo. Conforme o artigo foi se desenvolvendo, notou-se a crescente necessidade de produzir um material que fundamenta a criação do POP e um curso de especialização voltado para o atendimento em crise de autoextermínio.

Na etapa da revisão bibliográfica pôde-se desvendar uma área ainda muito nova e ampliar o conhecimento, posto que ainda existe certa resistência para tratar o

tema e tem-se carência de estudos na área. A estatística demonstrou que há constante aumento do número absolutos dessas ocorrências devido ao inchaço urbano, consequências da modernidade humana. A sanidade mental é multifatorial e dependente de vários setores (social, familiar, escolar, trabalhista, afetivo, fisiológico) no desenvolvimento humano. Contudo, quando há colapso do equilíbrio psicológico de um indivíduo, determinados órgãos da segurança e saúde atuam a fim de reestabelecer o equilíbrio.

Trabalhando com esse tema pôde-se perceber as dificuldades dos profissionais envolvidos em saúde mental, o que serviu para um amadurecimento pessoal e consequentemente valorização do trabalho desempenhado por aqueles. O maior desafio no decorrer do artigo foi buscar dados estatísticos locais para poder refinar o POP e adequando à realidade local.

Ao entrevistar os bombeiros socorristas pôde-se extrair o que há de mais real e vivo nessas atuações. A dinamicidade dessas ocorrências exige tomada de decisão, que muitas vezes acabam sobrecarregando os próprios militares. Foi identificada no estudo realizado a falta de articulação entre o CBMDF e outras instituições nesses casos específicos, externando uma carência de interação entre órgãos que atuam constantemente juntos.

Outro ponto relevante foi o desgaste mental de quem atua diretamente no evento, houve relato de alteração da qualidade e horário de sono. O que evidencia a necessidade de haver um cuidado e monitoramento específico com os socorristas no pós evento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amui, M. O. (2017). **Levantamento do perfil epidemiológico das tentativas de suicídio assistidas pelo atendimento pré-hospitalar no Distrito Federal em 2015**. Monografia apresentada ao Programa de Residência Médica em Psiquiatria do Hospital de Base do Distrito Federal.
- Botega, N. J. (2014). **Comportamento suicida: epidemiologia**. Departamento de Psicopatologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, SP, Brasil.
- Bertolote, J.M.; Fleischmann A. **Suicide and psychiatric diagnosis: A worldwide perspective**. World Psychiatry. No1, p. 181-185, 2002.
- Bin, L. C. P.; Campos, L. K. S.; Santos Júnior, A.; Turato, E. R. (2014). **Significados dos episódios maníacos para pacientes com transtorno bipolar em remissão: Um estudo qualitativo**. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 63(2), 142-148.
- Cantor, C.H.; Hickey, P.A.; De Leo, D. **Seasonal Variation in Suicide in a Predominantly Caucasian Tropical/Subtropical Region os Australia**. Psychopathology v.33, no 6, p. 303-306, 2000.
- Del Porto, J. A.,(1999). **Depressão: conceito e diagnóstico**. Revista Brasileira de Psiquiatria, 1999.
- E Silva, A. G. A. (2016). **Registros de Suicídio no Distrito Federal de 2000 a 2014**. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem. Universidade de Brasília.
- Faria, N. M. X.; Victora, C. G.; Meneghel, S. N.; Carvalho, L. A.; Falk, J. W. (2006). **Suicide rates in the State of Rio Grande do Sul, Brazil: Association with socioeconomic, cultural, and agricultural factors**.
- Gigliotti, A.; Bessa, M. A. (2004). **Síndrome de Dependência do Álcool: critérios diagnósticos**. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 2004; 26 (Supl I), 11-13.
- Jessen, G.; Jensen, B.B.; Arensman, E. et. al. **Attempted suicide and major public holidays in Europe: Findings from the Who/Euro Muticentre Study on Parasuicide**. Acta psychiatrica scandinavica, v.99, no6, p.412-418, 1999.
- Lovisi, G. M.; Santos, A. S.; Legay, L.; Abelha, L.; Valencia, E. (2009). **Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006**. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(suppl), 86–93.
- Machado, D. B. & Santos, D. N. (2014). **Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012**. Scientific Eletronic Library Online – SciELO. Jornal Brasileiro de Psiquiatria.

Magalhães, A. P. N. (2014). **Suicídio Atendimento a tentativas de suicídio por serviço de atenção pré-hospitalar**. Scientific Eletronic Library Online – SciELO. Jornal Brasileiro de Psiquiatria.

McMains, M. J. & Mullins, W. C. (2010). **Crisis Negotiations: Managing Critical Incidents and Hostage Situations in Law Enforcement and Corrections**. Quarta Edição. New Providence, EUA: Matthew Bender & Company Inc.

Ministério da Saúde (2006). **Prevenção do Suicídio Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Brasil, 2006.

Moreira, C. S.; Mezzasalma, M. A.; Juliboni, R. V (2008). **Esquizofrenia Paranóide: Relato de Caso e Revisão da Leitura**. Revista Científica da FMC - Vol. 3, nº 2, 2008.

Munhoz, D. M. (2018). **Abordagem Técnica a Tentativas de Suicídio**. Editora Authentic Fire.

Oliveira, G. C. (2018). **Urgências e Emergências em Saúde Mental: a experiência do Núcleo de Saúde Mental do SAMU/DF**. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

OMS - Organização Mundial de Saúde (2000). **Preventing suicide: a resource for general physicians**. Genebra. Disponível em: “<https://apps.who.int/iris/handle/10665/67165>”. Acessado em 02/07/2018.

Portela, C. E. S. (2012). **O Primeiro Socorro na Tentativa de Suicídio: Decisões e Estratégias de Intervenção em Crise**. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Universidade de Brasília.

Prieto, D & Tavares, M (2005). **Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: incidência, estressores e transtornos mentais**. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 54(2).

Sistema de Informações sobre Mortalidade. Brasília (DF): **Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS, Ministério da Saúde. 2014**. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>.

Vaz, S. & Tavares, M. (2010). **Tentativas de Suicídio Clinicamente Graves e Método de Rorschach**. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura. Universidade de Brasília.

Werlang, B. G. & Botega, J. N. (2004). **Comportamento Suicida**. Porto Alegre: Artmed.

ANEXOS

Anexo A – Entrevistas Realizadas

Entrevista 1

- Dados do entrevistado
 - 6 anos de experiência
 - Auxiliar de UR
 - Transcrição da entrevista:

“Então foi um autoextermínio, aí bradou como vítima preza no banheiro aí a gente pela experiência a gente já sabe que pode ser algo relacionado a isso né. Pessoal prezo no banheiro, mas a gente não associou a isso, mas no caminho falou que já estava a muito tempo no banheiro e não respondia o pai da vítima falou que estava a muito tempo no banheiro e não respondia. Ai no caminho a gente pensou que poderia ser algo grave. Quando a gente chegou no local o pai já estava lá embaixo esperando a gente ele era um senhor a vítima tinha uns 30 ou 32 anos ele falou que acabou o jogo do brasil eu foi na padaria e ela entrou no banheiro “eu fui na padaria ai eu voltei e ela já estava lá a muito tempo e eu desconfiei que a luz está apagada”. Ai ela é depressiva toma remédio aí a gente já imaginou que poderia ser algo mais grave ai quando eu eu vi que era aquela fechadura da mais grossa ai eu falei o senhor tentou arrambar ou abrir a porta tem chave reservar ai ele: “bati a porta mais forte e ela não responde”. Aí eu pedi pra socorrista descer correndo pra pegar DEA, pegar tudo e auxiliar o ASE chegou pra ser reforço. Eu pedi uma chave de fenda ai eu enfiei e virei e a porta abriu e pedi pro pai se afastar e ir lá pra sala aí ficou só eu e o condutor na porta ai eu abri a porta devagar e estava tudo escuro ai eu abri a porta devagar e não vi ninguém no primeiro momento chamei o nome da pessoa, fulana, fulana. Aí eu abri a porta e não vi ninguém. Aí eu olhei o box e vi alguém de pé e vi alguém de pé de frente pra parede. Aí eu achei na hora eu pensei ela tá em pé aqui né. Ai quando eu acendi a luz eu vi a corda amarrada no chuveiro, tinha uma corda amarrada no chuveiro aí entrou eu e o condutor segurou ela assim. Ela não estava pendura não. Ela mesmo flexionou o joelho e soltou o peso do corpo pra se enforcar. Desenrolei a corda no pescoço colocamos ela no chão, verificamos os sinais vitais. Só que já estava em óbito. Não tinha o q eu fazer. Já estava com cianose e até meio rígida. Aí foi aquilo assim, saímos, fechamos o banheiro.

Informamos o ocorrido ao pai e a mãe dela. Chamamos o oficial de dia e ficamos um tempão lá o ASE foi liberado e ficamos aguardando a perícia da polícia civil. Ai a polícia civil chegou rapidinho e liberou. Aí foi aquela QTO um pouco pesada, dali foi ainda pra um acidente automobilístico. Ai daqui a pouco brada um surto psiquiátrico. Um rapaz quebrando tudo em casa. Ai quando chegamos no local aí desceu uma pessoa que era a namorada desse cara. Aí ela disse, olha ele acabou de receber a notícia que a ex namorada dele se suicidou. Ai a gente associou que poderia ter sido ela. Ai o rapaz transtornado ele estava socando tudo aí teve uma fratura na mão. Tinha PM no local, mas ele não queria ver PM de jeito nenhum a gente o convenceu de entrar na UR. Ele entrou na UR mesmo assim entrou uns 3 militares do ASE na UR, ele tava agressivo. Mas ele estava a ponto de estourar a qualquer momento. Ai foi um amigo dele dentro da UR. O tempo todo ele falava pra apagar: me apaga, me apaga. Ao mesmo tempo ele falava: vocês querem me apagar. Aí levamos ele pro HOME, pro hospital particular. Só que quanto desceu da UR ele surtou novamente. Ai quando o médico foi falar com ele, ele achou que o médico estava debochando dele. Ai ele tomou a medicação lá e acabou a ocorrência. Essa ocorrência foi a mais marcante, outras foi suposição de arma de fogo, ai não tem como saber se foi suicídio ou se foi accidental ou se foi outra pessoa que disparou a arma. Eu acho que quando foi arma de fogo, arma branca ou medicamento e quando a pessoa ainda tem sinais vitais e vem a óbito. Eu acho que tem um peso um desgaste, mas não que você tentou.. tipo numa parada cardíaca. Mas quando você se chega e ver um enforcamento você fica naquela, se tivesse chegando um pouco antes se ela tivesse um sinal que desse pra gente tentar alguma coisa. Mas a gente chega e dá uma sensação de impotência. Tipo não tem o que fazer aqui. E o que foi ruim no caso da guarnição é que fica um tempo na cena. Mas o surto fez com que a gente ficasse martelando ali que tem haver com aquele suicídio. O que eu digo assim, começa a chegar os familiares ai o povo quer ir la ver o corpo ai você acompanha abre e vê de novo a pessoa. Mas cada um reage de uma forma, tem gente que acha normal, folgou, folgou. Mas essa QTO é uma volta e meia se falar de autoextermínio é essa que vem na minha cabeça. Por ser uma situação que a gente chegou e não tinha o que fazer. Mas se ela pelo menos estivesse se debatendo ali. Mas como não tinha o que fazer ai fica um negócio chato né.”

Entrevista 2

- Dados do entrevistado:

- 26 anos de experiência
- Chefe do ASE
- Relato do socorrista publicado em Grupo Operacional no *Whatsapp*:

“Ontem a noite atuamos em um tentativa de suicídio, uma jovem de 21 anos estava em cima da caixa d'agua no topo do edifício do Centro Clínico Asa Sul, fui o primeiro a manter contato verbal com a vítima que estava muito hostil e parecia estar decidida a pular, fiquei uns 3 metros dela tentando manter contado, pedi pra guarnição aguardar mais distante e chamei uma psicológica que estava na cena para me acompanhar, fiz uma amarração de segurança nela com fita e uma em mim com cabo solteiro pois tinha a intenção de dar o bote quando possível, ficamos tentando convencê-la a desistir de pular por quase de 2 horas, foi quando me aproximei um passo a mais, ela me alertou com tom muito agressivo para eu voltar e ameaçou de se jogar, nessa hora achei que tudo tinha se perdido, mas com calma pedi a ela só alguns minutinhos e daí iria embora, fiquei conversando com ela e avaliando o comportamento e a cena no contexto geral, observei que ela falava e chorava muito e vez em quando olhava pra baixo criticando o porquê de tantas viaturas, meu coração estava muito acelerado e a adrenalina a mil, pois sabia que era uma atitude que não poderia ter erros, pois se eu desse o bote errado ela iria pular, se o bote fosse muito rápido poderia cair junto com ela pois estávamos na borda do ponto mais alto do prédio, então não poderia ter erro, em um pequeno momento falei com Deus, eu vou, agora é contigo Deus, e me preparei e na primeira oportunidade dei o bote certo, travei a vítima em meus braços e pernas, escutei muitos gritos dela, do pessoal que assistia lá de baixo e uma guarnição que prontamente me puxava juntamente com essa jovem que pela graça de Deus conseguimos resgatar com vida e sem lesões.”

- Transcrição da entrevista:

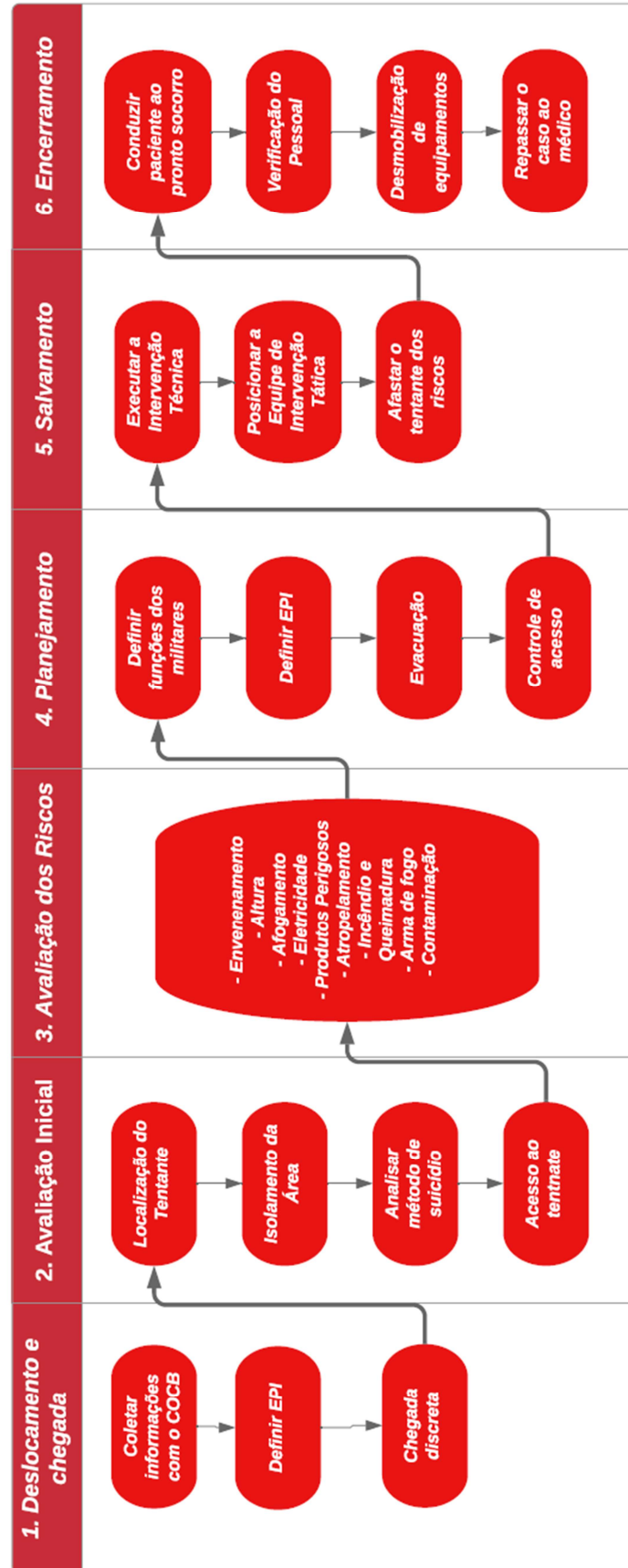
“Ela disse não quero ninguém se chegar eu pulo. Aí eu subi aí tinha uma psicóloga, NUSAM já estava lá. Eu disse calma, só vou conversar com ela. Aí eu peguei e fiz uma amarração em mim com o cabo guia e fiz a amarração na psicóloga com o cabo da vida e já amarrei ela no estribo da escada pra ela ficar segura e estava escuro. Eu comecei a conversar com ela, e ela não deixava ninguém falar.

Ela estava desse jeito lá na caixa d'água com um pé pro lado de fora e ela estava assim quase caindo mesmo. Ela estava decidida a pular mesmo. Aí chegou o oficial de dia, oficial de área, chegou tudo. Mas ninguém tinha o que fazer. Ficou uma situação pra mim muito tensa, porque chegaram vários superiores, só sei que foi muita gente pra lá e foi muito demorado, assim mais de 2 horas de negociação. Aí, tipo assim, tive que decidir né. Eu ficava naquela sensação se eu der o bote e ela pular a psicóloga vai falar que estava negociando e eu intervi. Se eu não fizer nada ela vai falar que eu tive oportunidade de fazer e não fiz, entendeu. Eu fiquei com aquele negócio. Ai eu observei que ela já estava um pouco cansada, ela falava com a e olhava pra baixo com o pé pro lado de fora. Quando você subia nessa caixa d'água tinha duas partes, uma mais baixa e outra mais alta. Então eu fiquei nessa parte mais baixa e ela estava como daqui até aquele segundo pilar. Ai eu tive que pular e correr até lá no escuro. Ela estava no claro e a gente no escuro porque a luz batia nela lá né. Ela olhava pra baixo e falava com nós, quando ela olhou e eu subi e ela olhou e voltou e ela disse Eu falei que ia pular. Aí eu falei, não espera eu estou indo embora. Porque eu ia atacar ia pegar né. O meu medo era porque eu não tinha conversado com a guarnição, não tinha brifado né. Não sabia se tinha cabo suficiente pra chegar lá, eu não sabia se eu passasse eles tinham feito a segurança do cabo. Eu fiquei naquela situação assim. Não tinha brifado e não sabia que ia chegar naquela situação. Ai eu fiquei, analisei novamente o tempo que ela olhava pra baixo mentalmente. Eu pensei, dá tempo de eu chegar. Daí quando ela olhou eu pulei. Eu fui lá e catei ela aqui aí ela me pegou e deu um monte de soco na cara ai nós caímos e eu fiquei com o corpo assim pro lado de baixo. Um prédio de 11 andares. E as viaturas e o pessoal já gritava lá embaixo quando viu que eu tinha agarrado nela, bombeiros né. Aí a cai e fiquei aqui e gritei guarnição, me puxaram pelo pé e tomando soco na cara. Eu fiz amarração aqui, porém não tinha sabia se tinha cabo suficiente. Ai eu puxei o cabo porque eu fiquei com medo se eu for até a metade e estiver amarrado ela vai pular. Ai eu falei eu vou puxar o cabo o tanto que eu precisava e fui e pulei e peguei. E graças a Deus deu certo. Eu tomei um soco na cara assim, mas foi top. Naquela noite eu não dormi, não consegui dormir e a guarnição também. Eu acho que a gente terminou umas 2 da manhã. No outro dia de manhã eu não dormi, eu não durmo geralmente de manhã né. Mas quando eu estou muito cansado eu vou e durmo né, deitei e não consegui dormir ai eu falei na

hora do almoço eu durmo. Almocei e não dormi, não consegui dormir. Fui dormir à noite porque eu tomei uma cervejinha pra dar uma relaxada. Foi traumático. Vou fazer 26 anos de bombeiro e nunca passei por uma situação dessa. Pelo fato de ter sido eu até depois rolou um elogio em boletim o oficial estava lá e elogiou, ninguém pôde fazer nada porque não chegava. Quando ela via a cabeça ela falava que ia pular. Quem desenrolou a ocorrência foi eu. Mas não podia fazer nada. Psicóloga na verdade, ela não...fica aqui entre a gente ela era fraquinha e eu que tomei a frente porque ela deu mais atenção pra mim, entendeu? Ela deu mais atenção pra mim, e eu fiquei conversando com ela, entendeu? E ela falou da mãe da namorada e que ela era juíza e ela não aceitava quando descobriu e que ela queria falar com ela porque ela queria falar pra poder pular. Quando eu decidi mesmo pegar ela, foi porque ela tinha falado que eu não estou conseguindo falar com ela então eu vou pular. Eu quero que vocês deixem um recado pra ela...assim, assim, assim. Ai eu falei assim, e outra já tinha muito tempo, umas 2 horas. Foi um ocorrência muito demorada. Bradou acho que era umas 10 e pouco da noite. Ela estava totalmente pro lado de fora. Ela estava assim olha, tipo aquele paredão que não tinha nada, ela estava desse jeito lá. Era aquele centro clínico que tem ali. Ela estava lá em cima, e quando ela fazia assim. Quando eu levantei e ia levantar e ela virou e voltou ela colocou a outra perna, eu falei que ia pular, eu falei calma estou indo embora, eu já conversei muito com e estou indo embora. Mas eu demorei mais um pouquinho, foi ai que eu peguei ela. “



POP - Tentativa de Autoextermínio



Anexo C – Fluxograma da Intervenção Técnica

