

**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE SANTA CATARINA
UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA**

**CENTRO DE ENSINO BOMBEIRO MILITAR
CENTRO DE CIÊNCIAS DA ADMINISTRAÇÃO E SOCIOECONÔMICAS**

**CURSO DE COMANDO E ESTADO MAIOR: ESPECIALIZAÇÃO EM
ADMINISTRAÇÃO EM SEGURANÇA PÚBLICA COM ÊNFASE NA ATIVIDADE
BOMBEIRO MILITAR**

FERNANDA SEBASTIANI TIBOLA

**PROPOSTA DE DOUTRINA DE ABORDAGEM TÉCNICA À TENTATIVAS DE
SUICÍDIO NO CBMSC**

**FLORIANÓPOLIS
2019**

Fernanda Sebastiani Tibola

Proposta de Doutrina de Abordagem Técnica à Tentativas de Suicídio no CBMSC

Monografia apresentada ao Curso de Comando e Estado-Maior e ao Curso de Especialização em Administração em Segurança Pública com ênfase na atividade Bombeiro Militar, do Centro de Ensino Bombeiro Militar (CBMSC) e do Centro de Ciências da Administração e Socioeconômicas (UDESC) como requisito parcial para a obtenção do grau de Especialista em Administração em Segurança Pública com Ênfase à Atividade Bombeiro Militar.

Orientador (a): Dra. Ana Paula Grillo Rodrigues

**Florianópolis
2019**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor com orientações da Biblioteca CBMSC

Tibola, Fernanda Sebastiani

Proposta de Doutrina de Abordagem Técnica à Tentativas de Suicídio no CBMSC / Fernanda Sebastiani Tibola. -- Florianópolis : CEBM, 2019.

77p.

Monografia (Curso de Comando e Estado Maior) – Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina, Centro de Ensino Bombeiro Militar, Curso de Comando e Estado Maior, 2019.

Orientador: Dra. Ana Paula Grillo Rodrigues

1. Abordagem Técnica. 2. Suicídio. 3. Prevenção. I. Grillo Rodrigues, Ana Paula. II. Título.

FERNANDA SEBASTIANI TIBOLA

**PROPOSTA DE DOUTRINA DE ABORDAGEM TÉCNICA À TENTATIVAS DE
SUICÍDIO NO CBMSC**

Monografia apresentada ao Curso de Comando e Estado-Maior e ao Curso de Especialização em Administração em Segurança Pública com ênfase na atividade Bombeiro Militar, do Centro de Ensino Bombeiro Militar (CBMSC) e do Centro de Ciências da Administração e Socioeconômicas (UDESC) como requisito parcial para a obtenção do grau de Especialista em Administração em Segurança Pública com Ênfase à Atividade de Bombeiro Militar.

Banca Examinadora:

Orientador(a):

Dra. Ana Paula Grillo Rodrigues
UDESC

Membros:

Esp. Diego Remor Moreira Francisco
Major PMSC

Priscila Casagrande
Major CBMSC

Florianópolis, 09 de dezembro de 2019

Dedico este trabalho à minha mãe, pelo carinho e compreensão; à meu esposo, pelo incentivo e apoio incondicional e a meu filho Ítalo, que está em meu ventre, pela força que me transmitiu em todos os momentos dessa jornada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, que me conduziu por este caminho e norteou os meus passos. Aos meus pais Mara e Nei, que sempre me apoiaram em todas as minhas decisões desde o início de minha carreira. Ao meu marido Maycon, pelo apoio e amor incondicional que conduz a nossa família. Ao meu filho Ítalo, o qual levo em meu ventre e espero ansiosamente a sua chegada daqui a quatro meses. Aos meus colegas e amigos, pelos maravilhosos momentos de convivência. À minha orientadora Ana Paula, pelo conhecimento transmitido e pela confiança em mim depositada durante a elaboração deste trabalho.

“Viva como se fosse morrer amanhã. Aprenda
como se fosse viver para sempre.”

(Mahatma Gandhi)

RESUMO

O presente trabalho destina-se a propor ao Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina uma doutrina de abordagem técnica em ocorrências de tentativas de suicídio, a fim de que as equipes de urgência e emergência desta Instituição sejam capacitadas para atuarem de forma técnica neste tipo de ocorrência, de modo a evitar o suicídio da vítima, e conseqüentemente, diminuir o número de óbitos por suicídio no Estado de Santa Catarina, que ocupa hoje, o segundo lugar do país com as maiores taxas. A metodologia utilizada neste estudo foi a pesquisa bibliográfica, sendo a documentação indireta a principal técnica utilizada. Para análise dos dados bibliográficos foram usadas técnicas qualitativas. Conclui-se que, é fundamental e necessário ao CBMSC estabelecer as diretrizes para o atendimento de tentativas de suicídio, de modo que todo e qualquer bombeiro militar possa estar devidamente qualificado para atuar de forma efetiva nestas ocorrências. Como resultado da pesquisa, será proposto o Curso de Abordagem Técnica a Tentativas de Suicídio, que será consolidado através da elaboração do Programa de Matérias e Planos de Unidade Didática do Curso.

Palavras-chave: Abordagem Técnica. Suicídio. Prevenção.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Taxa global de mortalidade por suicídio no ano de 2016	17
Figura 2 - Top 3 causas de morte por suicídio, de 15 a 29 anos, no ano de 2016	18
Figura 3- Taxa de mortalidade por suicídio, por período, por Continente	19
Figura 4 - Notificações de tentativa de suicídio no Brasil, segundo sexo e região, entre 2011 e 2016	20
Figura 5- Taxa de mortalidade por suicídio segundo o sexo e Estado Brasileiro, de 2011 a ...	21
Figura 6 - Taxa de mortalidade por suicídio por 100 mil hab. segundo sexo e ano do óbito - SC - 2012 a 2017	22
Figura 7 - Taxa de mortalidade por suicídio, de 2012 a 2017, por região de SC	24
Figura 8 - Taxa de mortalidade por suicídio, por 100.000 hab., segundo regiões de SC – 2017.....	25
Figura 9 - Comportamento suicida ao longo da vida.....	28
Figura 10 - Transtornos mentais associados ao suicídio	32

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Taxa de mortalidade por suicídio por 100 mil hab. segundo sexo e ano do óbito – SC, 2012 a 2017	22
Tabela 2 - Taxa de mortalidade por suicídio, por 100 mil hab., segundo faixa etária e sexo - SC - 2012 a 2017	23
Tabela 3- Número de tentativas de suicídio por faixa etária em SC, segundo sexo, 2012-2017	25
Tabela 4- Número de tentativas de suicídio segundo Região de SC, 2012-2017	26
Tabela 5 - Número e percentual de óbitos por suicídio segundo sexo e meio utilizado - SC - 2012 a 2017	30

LISTA DE SIGLAS

ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria

CAPS – Centros de Apoio Psicossocial

CBMSC – Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina

CID – Classificação Internacional de Doenças

CONATTS - Comissão Nacional de Abordagem Técnica a Tentativas de Suicídio

CVV – Centro de Valorização da Vida

DIVE – Diretoria de Vigilância Epidemiológica

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ONG – Organização Não-Governamental

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU- Organização das Nações Unidas

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SC – Santa Catarina

SENABOM – Seminário Nacional de Bombeiros

SIM – Sistema de Informação de Mortalidade

SINAN – Sistema de Informação de Agravos e Notificação

SCO – Sistema de Comando de Operações

SUS – Sistema Único de Saúde

TEPT – Transtorno por Exposição Pós-Traumática

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 OBJETIVOS	14
1.1.2 Objetivos específicos.....	14
2 FUNDAMENTAÇÃO PARA IMPLANTAÇÃO DE UMA PROPOSTA DE DOCTRINA PARA ATENDIMENTO DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO NO CBMSC.17	
2.1 DADOS ESTATÍSTICOS.....	17
2.2 O COMPORTAMENTO SUICIDA	26
2.2.3 Métodos mais utilizados na tentativa de suicídio.....	29
2.2.4 Fatores de Risco para o suicídio	30
2.2.4.1 Fatores sócio demográficos e relacionados ao abuso de drogas/álcool.....	31
2.2.4.2 Transtornos Mentais	32
2.2.4.2.1 Depressão	33
2.2.4.2.2 Transtorno Bipolar.....	34
2.2.4.2.3 Esquizofrenia	35
2.2.4.3 Transtornos de Personalidade	35
2.2.4.4 Transtorno por Exposição Pós-Traumática.....	36
2.2.4.5 Avaliação do Comportamento Suicida	37
2.3 LEGISLAÇÃO VIGENTE.....	38
2.3.1 Diretrizes Mundiais para Prevenção do Suicídio	38
2.3.2 Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio	39
2.3.2.1 Protocolo Nacional à Abordagem Técnica de Tentativas de Suicídio.....	41
2.4.1 Gerenciamento de Emergências envolvendo tentativas de suicídio.....	42
2.4.1.1 Deslocamento e a chegada ao local da ocorrência	42
2.4.1.2 Assunção do Comando	43
2.4.1.3 Dimensionamento da Cena.....	44
2.4.1.4 Gerenciamento dos riscos.....	45
2.4.1.5 Abordagem à vítima.....	48
2.4.1.6 Retirada e Transporte da Vítima.....	50
2.4.2 Procedimentos da Abordagem Técnica	50
2.4.3 Fases da Abordagem Técnica	53
2.4.3.1 Aproximação.....	53
2.4.3.2 Silêncio Inicial.....	53
2.4.3.3 Apresentação pessoal.....	54

2.4.3.4 Início do diálogo.....	54
2.4.3.5 Perguntas Simples.....	54
2.4.3.6 Perguntas Complexas	56
2.4.4 Ferramentas de Diálogo Técnico.....	56
2.4.4.1 Paráfrase resumida.....	56
2.4.4.2 Teia de Indução.....	57
2.4.4.3 Maiêutica	57
2.4.5 Tipos de perfil de tentante e abordagens técnicas específicas	58
2.4.5.1 Perfil Depressivo	58
2.4.5.2 Perfil Agressivo	59
2.4.5.3 Perfil Psicótico.....	59
3 METODOLOGIA.....	61
4 CONCLUSÃO.....	63
REFERÊNCIAS	67
APÊNDICE A – PROGRAMA DE MATÉRIAS E PLANOS DE UNIDADE DIDÁTICA (PROMAPUD) DO CURSO DE ABORDAGEM TÉCNICA A TENTATIVAS DE SUICÍDIO NO CBMSC.....	69

1 INTRODUÇÃO

Todos os anos aumenta consideravelmente o número de suicídios no Brasil e no mundo. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (2019) cerca de 800.000 pessoas morrem de suicídio a cada ano no mundo. Isso representa uma morte a cada 40 segundos.

O suicídio é conceituado, dentro do senso comum, como o ato de terminar com a própria vida. Segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria (2014), o suicídio pode ser definido como um ato deliberado executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção seja a morte, de forma consciente e intencional, mesmo que ambivalente, usando um meio que ele acredita ser letal.

Com base em estudo da OMS (2019), constatou-se que o suicídio é a segunda maior causa de morte entre 15 a 29 anos de idade, e o Brasil atualmente é o 8º país em números absolutos de suicídio no mundo.

Segundo o Ministério da Saúde (2017), entre os anos de 2011 a 2015, foram registrados 55.649 óbitos por suicídio no Brasil. Santa Catarina possui a segunda maior taxa de óbito por suicídio do país, nesse mesmo período.

É fundamental reconhecer o suicídio como um problema de saúde pública. A tentativa de suicídio corresponde ao fator de risco mais importante para o suicídio. Segundo o Ministério da Saúde (2017), para cada adulto que comete suicídio, no mínimo, ocorre 20 tentativas anteriores de cessar com a própria vida. Entretanto, os registros oficiais sobre tentativas de suicídio são mais escassos e menos confiáveis do que os de suicídio.

Segundo Botega (2015), a partir da década de 90, a OMS incentivou a criação de planos nacionais de prevenção. Hoje, diversos países já implantaram planos nacionais de prevenção do suicídio.

O Brasil ainda não possui um plano nacional instituído, apenas publicações e diretrizes gerais sobre o assunto. A Portaria nº 3.479, de 18 de dezembro de 2017, instituiu o Comitê Gestor para elaboração de um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil.

De acordo com o Ministério da Saúde (2006), através do Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental, a maioria dos casos de tentativa de suicídio é atendida inicialmente em algum tipo de serviço de saúde, principalmente os Centros de Apoio Psicossociais (CAPS). Esse primeiro contato constitui ferramenta fundamental para que profissionais de saúde identifiquem o potencial nível de risco para o suicídio, bem como possam intervir no tratamento e cuidado oferecido ao paciente.

Entretanto, a tendência de muitos profissionais de saúde ainda é apresentar uma conduta estereotipada e caracterizada por hostilidade e rejeição, resultado da ausência de uma norma reguladora forte e consolidada. “A desinformação ou o preconceito em entender as tentativas como um fenômeno que comunica um pedido de ajuda para um estado de desestabilização psíquica, tem perpetuado uma abordagem inadequada da questão.” (VIDAL; GONTIJO, 2013, p. 111).

O resultado é visível através do aumento do número de tentativas de suicídio atendidas por profissionais dos serviços móveis de urgência e emergência, dentre eles, bombeiros, socorristas do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e de demais instituições existentes. Para isto, é fundamental que estes profissionais recebam a capacitação e o treinamento necessários para atuação adequada nestes tipos de atendimento.

As equipes de urgência e emergência do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina (CBMSC) necessitam de uma doutrina confiável que regulamente o atendimento das ocorrências de tentativa de suicídio, um dos objetivos deste estudo.

Diante disso, como os bombeiros militares do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina podem ser capacitados para atuarem de forma efetiva em ocorrências de tentativa de suicídio?

Os bombeiros militares do CBMSC não estão capacitados para atuarem de forma efetiva em ocorrências de tentativa de suicídio, conseqüentemente mais mortes por suicídio podem ocorrer. Diante disso, faz-se necessário que o CBMSC estabeleça as diretrizes para o atendimento de ocorrências envolvendo tentativas de suicídio, de modo que todo e qualquer bombeiro militar possa estar devidamente qualificado para atuar nestas ocorrências.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Neste sentido, o presente estudo tem como objetivo geral apresentar ao Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina, uma proposta de doutrina de abordagem técnica em ocorrências de tentativas de suicídio.

1.1.2 Objetivos específicos

Este objetivo será alcançado através das seguintes propostas específicas:

1. Apresentar dados estatísticos acerca das taxas de óbito por suicídio no mundo, no Brasil e em Santa Catarina;
2. Apresentar informações sobre o comportamento suicida, de forma a definir mitos e verdades sobre o fenômeno, identificar as fases da crise suicida e os fatores de risco para o suicídio, permitindo assim identificar as pessoas com maior possibilidade de tentar suicídio.
3. Citar os métodos mais utilizados na tentativa de suicídio.
4. Apresentar as diretrizes e normas para prevenção ao suicídio em vigor no mundo e no Brasil.
5. Elaborar a proposta de doutrina de abordagem técnica em tentativas de suicídio no Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina.

1.2 JUSTIFICATIVA

Diante do grande aumento do número de ocorrências envolvendo tentativas de suicídio no Estado de SC, as quais são atendidas diariamente por bombeiros militares sem preparo e capacitação técnicas necessárias para o atendimento deste tipo de ocorrência, é urgente e de extrema importância que o efetivo do Corpo de Bombeiros Militar possua uma doutrina confiável que sirva de referência para o gerenciamento dessas emergências e regulamente as ações que envolvem este tipo diferenciado de atendimento.

O motivo principal pelo qual se optou em desenvolver uma pesquisa sobre o tema proposto surgiu da necessidade do CBMSC fornecer as diretrizes mínimas para qualificação dos bombeiros militares de Santa Catarina, no que se refere ao atendimento de ocorrências envolvendo tentativas de suicídio.

No que se refere à metodologia utilizada nesta pesquisa, quanto aos objetivos, ela se classifica como exploratória, uma vez que a falta de conhecimento sistematizado sobre o tema abordado na presente pesquisa gera o levantamento de informações com o fim de encaminhamento às ações práticas. Quanto aos procedimentos, se classifica como pesquisa bibliográfica, sendo a documentação indireta a principal técnica utilizada. A pesquisadora fez levantamentos de dados acerca do suicídio de uma forma geral, bem como utilizou dados de outras instituições, acerca da capacitação e habilidade específica dos bombeiros militares para atuarem em ocorrências envolvendo tentativas de suicídio. Para análise dos dados encontrados através da pesquisa bibliográfica foram usadas técnicas qualitativas. O método científico utilizado foi o hipotético dedutivo, e o método de procedimento o monográfico. No que se refere a esta pesquisa, a partir da possível falta de qualificação técnica dos bombeiros

militares do CBMSC para atenderem ocorrências envolvendo tentativas de suicídio, foi proposto uma doutrina de abordagem técnica à tentativas de suicídio atendidas pelo CBMSC, a fim de que todos os bombeiros militares estejam qualificados para atuarem de forma efetiva nestas ocorrências.

O trabalho foi dividido em três capítulos, a fim de proporcionar um maior entendimento e sequência lógica acerca do estudo.

No primeiro capítulo encontra-se a introdução da pesquisa, a qual inclui o problema levantado, a importância do tema e os motivos que fizeram a pesquisadora escolher tal tema, bem como os objetivos propostos.

O segundo capítulo apresenta a fundamentação teórica necessária para a implantação de uma proposta de doutrina de abordagem técnica à tentativa de suicídio no CBMSC., sendo organizado em quatro itens. O primeiro item apresenta os dados estatísticos dos óbitos causados por suicídio no mundo, no país e no estado de SC. O segundo item aborda sobre o comportamento de uma vítima até a tentativa de suicídio, os fatores de risco de risco mais predisponentes, bem como os métodos mais utilizados para o ato suicida. O terceiro item trata dos aspectos legais e normativos do suicídio e a sua prevenção, no mundo e no Brasil. Por fim, o quarto e último item se refere à proposta de doutrina de abordagem técnica a tentativas de suicídio no CBMSC, ou seja, todo o embasamento teórico necessário para a implementação desta doutrina na Instituição.

O terceiro capítulo é reservado à descrição da metodologia utilizada no trabalho. O quarto capítulo destina-se à conclusão da pesquisa e à verificação dos objetivos pré-definidos, a fim de averiguar se os mesmos foram atingidos. Além disso, o último capítulo também apresenta reflexões e sugestões acerca do tema estudado.

Por fim, no apêndice, é apresentada uma proposta de um Curso de Abordagem Técnica à Tentativas de Suicídio para o CBMSC, através da apresentação do Programa de Matérias e Planos de Unidade Didática (PROMAPUD) do referido curso.

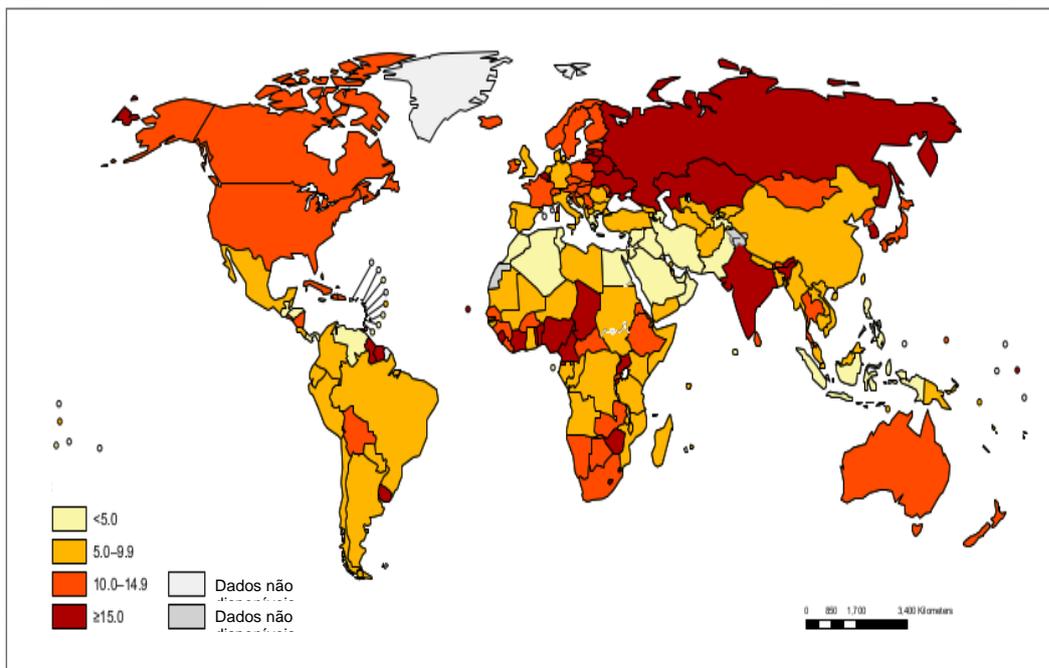
2 FUNDAMENTAÇÃO PARA IMPLANTAÇÃO DE UMA PROPOSTA DE DOCTRINA PARA ATENDIMENTO DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO NO CBMSC

2.1 DADOS ESTATÍSTICOS

2.1.1 No Mundo

A taxa global de mortalidade por suicídio, segundo a Organização Mundial de Saúde (2019) é de 10,5 por 100.000 habitantes. As maiores taxas mundiais, para o ano de 2016, foram encontradas na África, seguida da Europa e do Sudeste da Ásia.

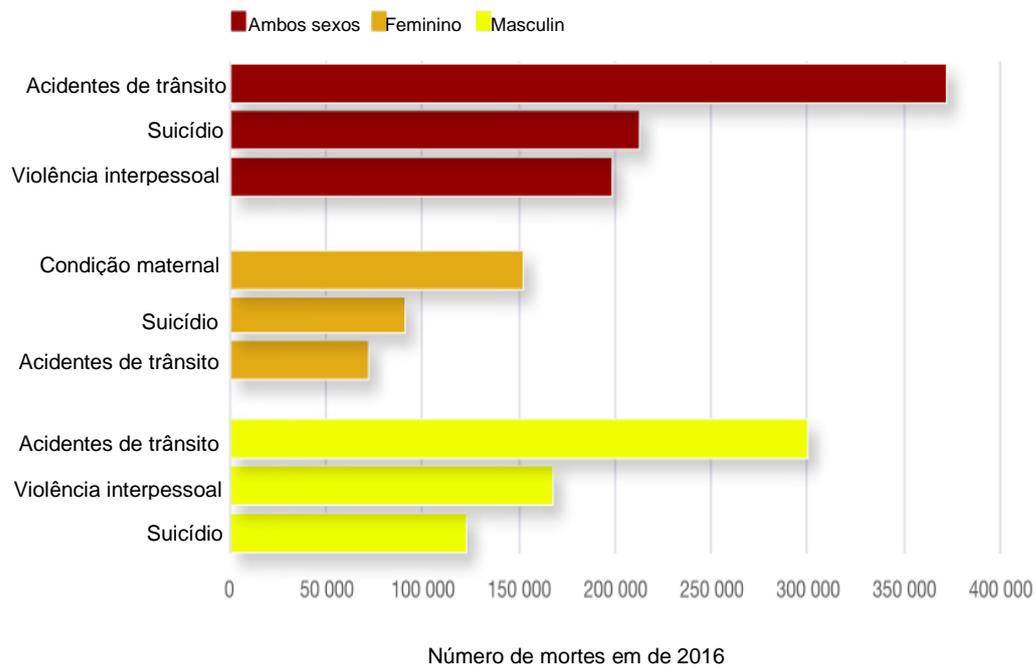
Figura 1- Taxa global de mortalidade por suicídio no ano de 2016



Fonte: World Health Organization (2019).

Em relação ao sexo, a taxa de mortalidade global é maior em homens, sendo de 13,7 por 100.000 e mulheres 7,5 por 100.000 habitantes. Em relação à idade, mais da metade (52,1 %) dos suicídios no mundo ocorrem em pessoas abaixo de 45 anos. Vale ressaltar que o suicídio é a segunda causa de morte em jovens de 15 a 29 anos, para ambos os sexos, depois dos acidentes de trânsito (OMS, 2019).

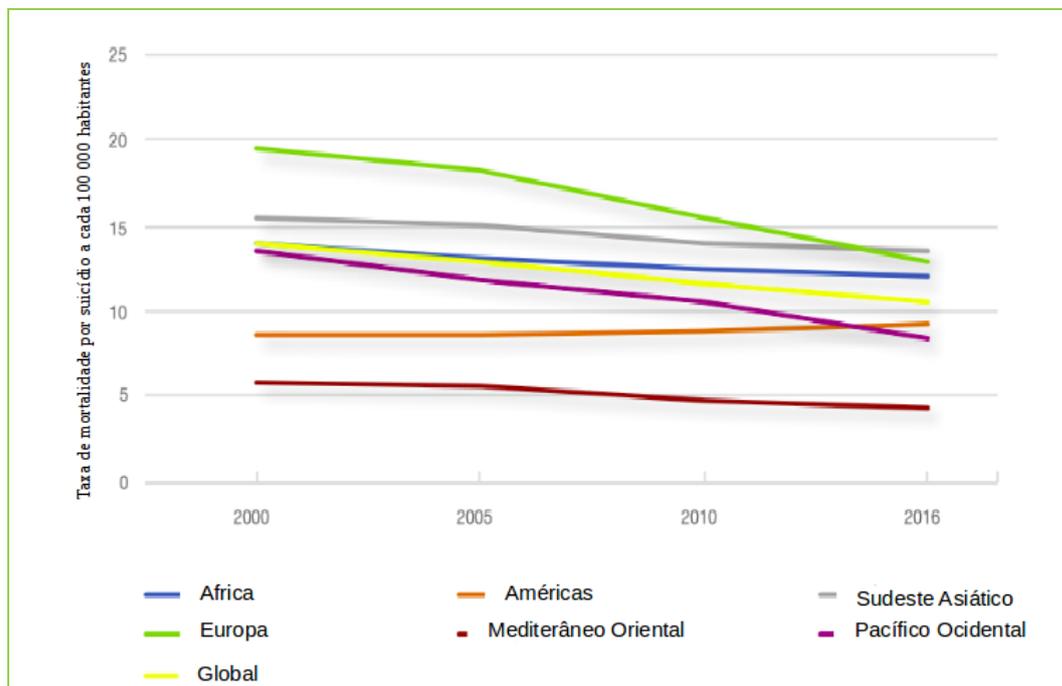
Figura 2 - Top 3 causas de morte por suicídio, de 15 a 29 anos, no ano de 2016



Fonte: World Health Organization (2019).

Conforme a OMS (2019), 79% dos casos de suicídio no mundo ocorreram em países de baixa e média renda. Entre o período de 2010 a 2016, as taxas de mortalidade por suicídio diminuíram em todos os Continentes, exceto a América, que apresentou um aumento de 6% para o período.

Figura 3- Taxa de mortalidade por suicídio, por período, por Continente



Fonte: World Health Organization (2019).

2.1.2 No Brasil

O Ministério da Saúde (2017) realizou uma pesquisa acerca dos óbitos por suicídio no Brasil, no período de 2011 a 2015, com base nos dados captados nas declarações de óbito e registrados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), cujos óbitos foram codificados segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID). Nesse período, foram registrados 55.649 óbitos por suicídio no Brasil, com uma taxa geral de 5,5/100 mil habitantes. A taxa de suicídio no sexo masculino foi de 8,7/100 mil hab., sendo aproximadamente quatro vezes maior que a feminina (2,4/100 mil hab.).

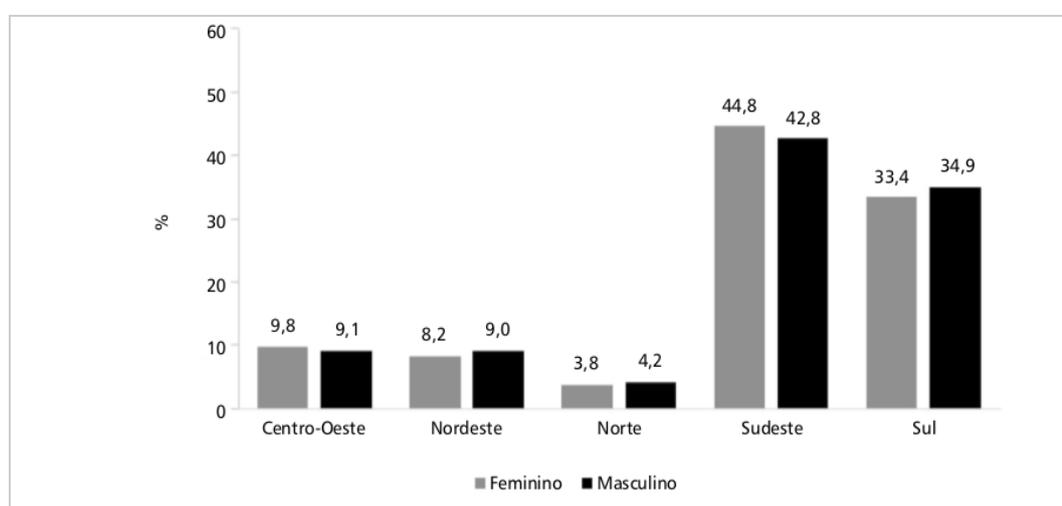
A análise dos dados mostrou que a ocorrência de óbito por suicídio no Brasil, para esse período, se concentrou nas faixas etárias de 70 anos ou mais (para os homens) e 50 a 59 anos (para as mulheres) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Ainda segundo o Ministério da Saúde do Brasil (2017), para cada adulto que comete suicídio, no mínimo, ocorre 20 (vinte) tentativas de cessar a própria vida. A pesquisa também apresentou os dados das tentativas de suicídio no Brasil, no período de 2011 a 2016, com base no Sistema de informação de Agravos e Notificação (SINAN), que tornou obrigatória e imediata a notificação das tentativas de suicídio no país a partir de 2014, devendo a

notificação ser feita para a Secretaria Municipal de Saúde em até 24 horas. Nesse período, ocorreram 48.204 casos de tentativa de suicídio, sendo 69% em mulheres e 31% em homens.

Já em relação às tentativas de suicídio no Brasil, nesse período, se concentrou nas faixas etárias de 10 a 39 anos, representando 73,1% dos casos no sexo feminino e 71,1% dos casos no sexo masculino. A grande maioria das mulheres e homens, 92,1% e 89,9%, residiam na zona urbana, respectivamente. Os casos se concentraram nas regiões Sudeste (44,28% das mulheres e 42,8% dos homens) e Sul (33,4% das mulheres e 34,9% dos homens) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

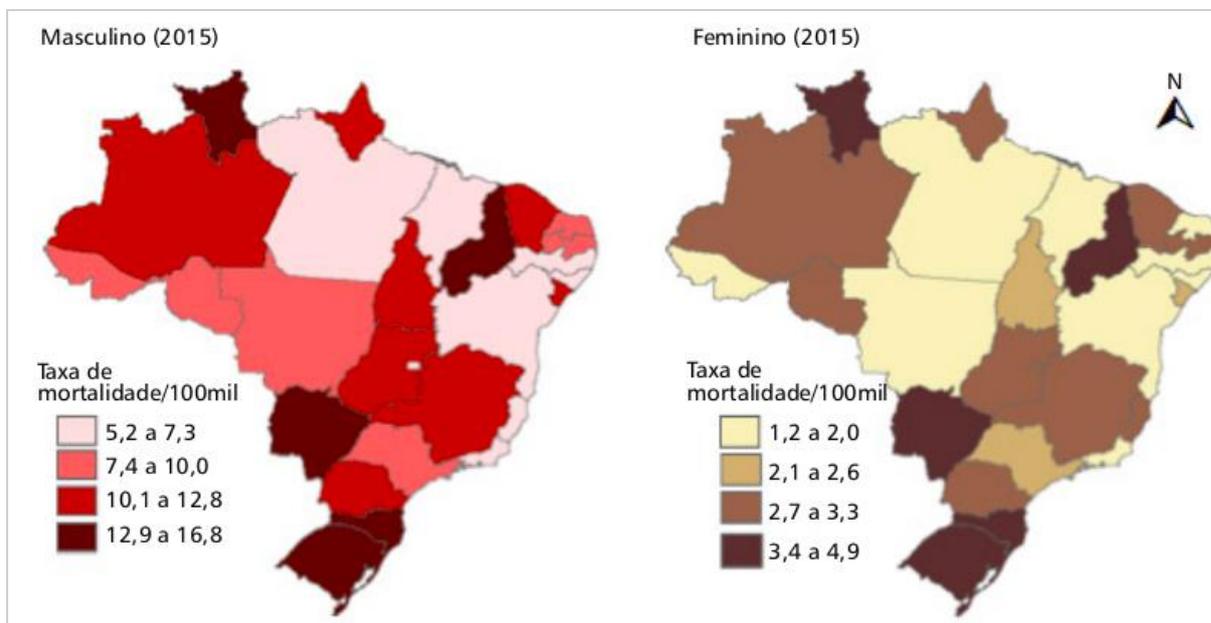
Figura 4 - Notificações de tentativa de suicídio no Brasil, segundo sexo e região, entre 2011 e 2016



Fonte: Ministério da Saúde, 2017.

As maiores taxas de óbito por suicídio foram registradas nos estados do Rio Grande do Sul, de Santa Catarina e do Mato Grosso do Sul que, no período estudado, apresentaram, respectivamente, 10,3, 8,8 e 8,5 óbitos por 100 mil hab. Nesses estados, as taxas segundo o sexo foram, respectivamente: masculino (16,5/100 mil hab.; 13,5 /100 mil hab.; 13,3/100 mil hab.) e feminino (4,2/100 mil hab.; 4,1/100 mil hab.; 3,7/100 mil hab.) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Figura 5- Taxa de mortalidade por suicídio segundo o sexo e Estado Brasileiro, de 2011 a 2015



Fonte: Ministério da Saúde, 2017.

As pessoas que chegam a tentar o suicídio devem ser o principal foco das ações de vigilância e de ações preventivas dos profissionais e serviços de saúde. A tentativa de suicídio é a expressão de um processo de crise, que se desenvolve de forma gradual. Portanto, intervir precoce e adequadamente na situação, envolvendo a pessoa e seu conjunto de relações, é uma estratégia de prevenção do suicídio.

2.1.3 Em Santa Catarina

A Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE), através da Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina, apresentou a situação epidemiológica das tentativas e óbito por suicídio no estado de Santa Catarina, no período de 2012 a 2017. Os dados das tentativas de óbito foram extraídos do SINAN, a partir das fichas de notificação individual, e os dados dos óbitos por suicídio captados através das declarações de óbito e do SIM, bem como realizado na coleta de dados nacional, mencionada anteriormente.

No período de 2012 a 2017, ocorreram 3.759 óbitos por suicídio em Santa Catarina (SC). Destes, 77% ocorreram no sexo masculino e 23% no sexo feminino. A taxa de mortalidade por suicídio, por 100 mil habitantes, apresentou em 2017 um índice de 16,2/100 mil hab para o sexo masculino e 4,5/100 mil hab. para o sexo feminino, obtendo uma média

de 10,4/100 mil hab. no Estado de Santa Catarina, como mostra a tabela a seguir (SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE, 2019).

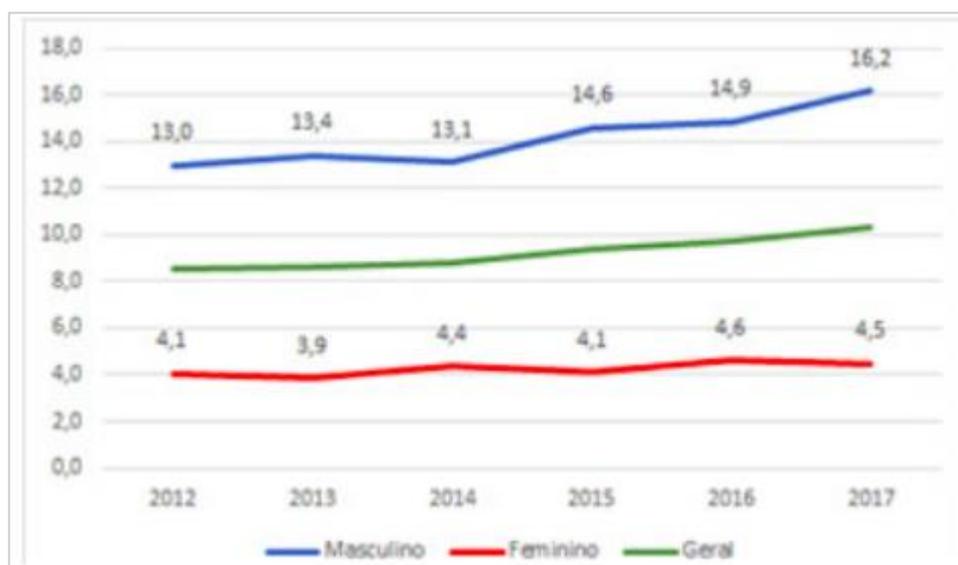
Tabela 1- Taxa de mortalidade por suicídio por 100 mil hab. segundo sexo e ano do óbito – SC, 2012 a 2017

Ano do óbito	Masculino	Feminino	Geral
2012	13,0	4,1	8,5
2013	13,4	3,9	8,7
2014	13,1	4,4	8,8
2015	14,6	4,1	9,4
2016	14,9	4,6	9,8
2017	16,2	4,5	10,4
Varição	1,5	0,1	0,5

Fonte: Diretoria de Vigilância epidemiológica/ Secretaria Estadual de Saúde (2019).

Conforme a figura abaixo, pode-se observar que houve um aumento do número de óbitos em ambos os sexos, principalmente no sexo masculino, entre os anos de 2012 a 2017. A taxa do sexo masculino passou de 13,0/100 mil hab. no ano de 2012 para 16,2/100 mil hab. no ano de 2017, enquanto a taxa de óbito no sexo feminino foi de 4,1/100 mil hab. no ano de 2012 para 4,5/ mil hab. no ano de 2017 (SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE, 2019).

Figura 6 - Taxa de mortalidade por suicídio por 100 mil hab. segundo sexo e ano do óbito - SC - 2012 a 2017



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde (2019).

Com relação à faixa etária dos óbitos ocorridos em SC entre 2012 e 2017, verificou-se um maior índice de óbitos entre os 70 anos ou mais, no sexo masculino. Já no sexo feminino, a maior taxa de óbito por suicídio está compreendida entre as faixas etárias de 50 a 59 anos.

A média nacional apresentada pelo Ministério da Saúde em 2019, durante o período de 2011 a 2016, é de 5,5 por 100 mil hab., sendo que Santa Catarina apresentou, nessa faixa etária, nos dados obtidos entre 2012 e 2017, quase que o triplo da média nacional, 15,9 por 100 mil hab., conforme mostra a tabela abaixo. Santa Catarina é atualmente o segundo estado com as maiores taxas do país (SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE, 2019).

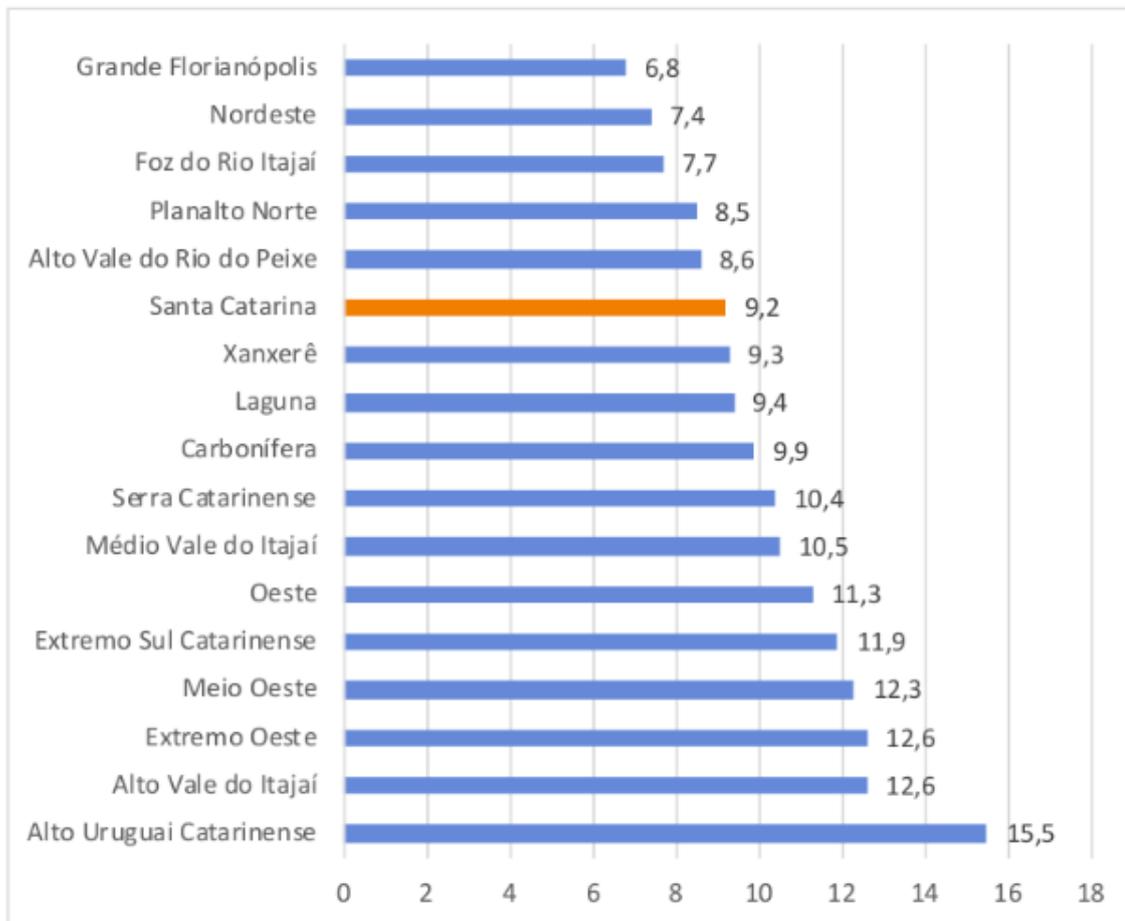
Tabela 2 - Taxa de mortalidade por suicídio, por 100 mil hab., segundo faixa etária e sexo - SC - 2012 a 2017

Faixa Etária (em anos)	Masculino	Feminino	Geral
10 a 19	4,9	2,1	3,5
20 a 29	13,7	2,7	8,4
30 a 39	14,9	5,0	10,1
40 a 49	19,2	6,8	13,0
50 a 59	25,0	7,9	16,4
60 a 69	25,7	6,9	15,9
70 e mais	31,1	5,0	15,9

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde (2019).

Quanto à taxa de óbitos por região de Santa Catarina, entre 2012 e 2017, destaca-se a taxa de 15,5/100 mil hab. na macrorregião do Alto do Uruguai, enquanto a macrorregião da Grande Florianópolis apresentou uma taxa média de 6,8/100 mil hab. (SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE, 2019).

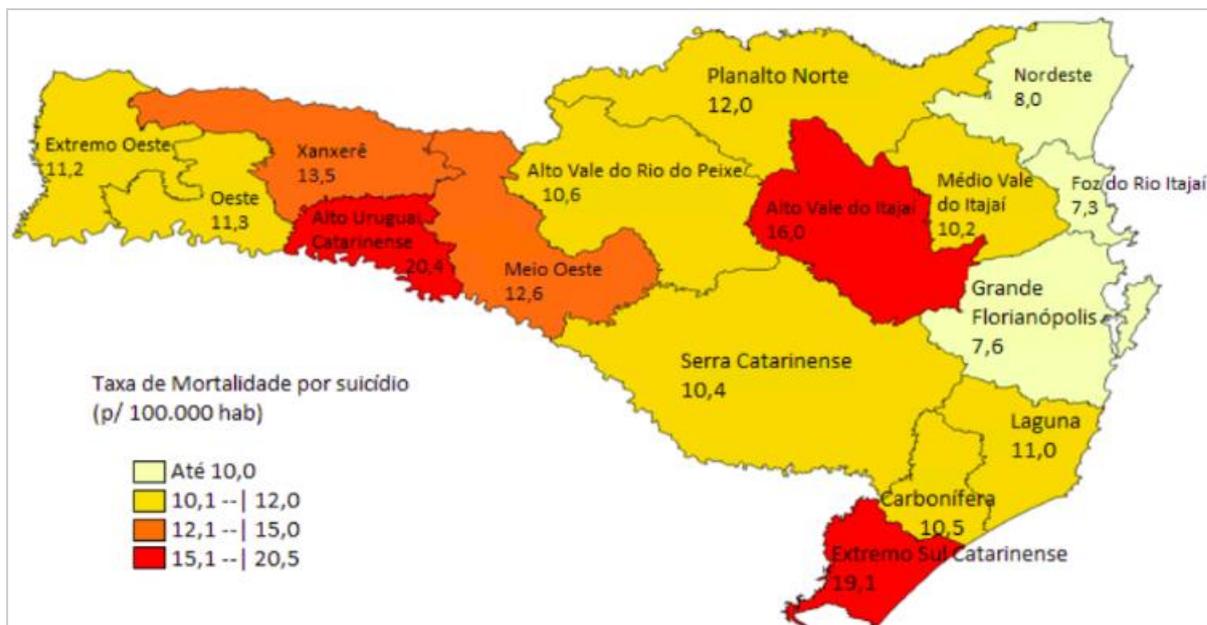
Figura 7 - Taxa de mortalidade por suicídio, de 2012 a 2017, por região de SC



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde (2019).

A Secretaria Estadual de Saúde divide o território catarinense em 16 regiões, conforme figura abaixo. Conforme os dados da DIVE (2019), a figura apresenta a distribuição da taxa de óbito por suicídio no território de Santa Catarina, correspondente a cada região do Estado. As taxas de morte por suicídio no Estado apresentam variações significativas em todas as regiões, sendo a região do Alto Uruguai Catarinense a de maior taxa de mortalidade (20,4/100 mil hab.), seguidas pelo Extremo Sul Catarinense (19,1/100 mil hab.) e Alto Vale do Itajaí (16,0/100 mil hab.). Nota-se que a Grande Florianópolis apresenta uma das menores taxas de mortalidade (7,6/100 mil hab.), juntamente com a região da Foz do rio Itajaí (7,3/100 mil hab.) e o Nordeste Catarinense (8,0/100 mil hab.).

Figura 8 - Taxa de mortalidade por suicídio, por 100.000 hab., segundo regiões de SC - 2017



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde (2019).

Em relação às tentativas de suicídio em Santa Catarina, para o mesmo período de 2012 a 2017, foram registrados ao todo 1.552 casos, sendo 1.050 casos envolvendo mulheres e 502 casos envolvendo homens. Percebe-se que, ao contrário dos números de óbito por suicídio, nas tentativas de suicídio as mulheres apresentam taxas duas vezes maiores do que os homens (SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE, 2019).

Ainda, nota-se que a faixa etária de 20 a 29 anos apresentou os maiores índices de tentativas de suicídio em Santa Catarina para o período, sendo de 278 tentativas para as mulheres e 162, para os homens.

Tabela 3- Número de tentativas de suicídio por faixa etária em SC, segundo sexo, 2012-2017

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Geral
05 a 09	2	0	2
10 a 14	19	60	79
15 a 19	77	171	248
20 a 29	162	278	440
30 a 39	97	234	331
40 a 49	76	177	253
50	2	17	19
50 a 59	42	78	120
60 a 69	19	24	43
70 a 79	4	9	13
80 e mais	2	2	4
Total	502	1050	1552

Fonte: Diretoria de Vigilância epidemiológica/ Secretaria Estadual de Saúde (2019).

De acordo com a tabela apresentada abaixo, do total de tentativas de suicídio (1.552 casos), a maioria delas ocorreu na macrorregião da Grande Florianópolis: 464 casos.

Tabela 4- Número de tentativas de suicídio segundo Região de SC, 2012-2017

16 Regiões de Residência	Masculino	Feminino	Geral
Xanxerê	2	0	2
Alto Vale do Itajaí	6	2	8
Foz do Rio Itajaí	151	73	224
Médio Vale do Itajaí	138	69	207
Grande Florianópolis	294	170	464
Alto Vale do Rio do Peixe	2	0	2
Alto Uruguai Catarinense	1	0	1
Nordeste	301	139	440
Planalto Norte	7	2	9
Serra Catarinense	4	1	5
Extremo Sul Catarinense	2	2	4
Carbonífera	131	41	172
Laguna	9	3	12
Total	1048	502	1550

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde (2019).

2.2 O COMPORTAMENTO SUICIDA

2.2.1 Mitos e verdades sobre o suicídio

De acordo com a Associação Brasileira de Psiquiatria (2014), o preconceito acerca do suicídio vem sendo historicamente repetido ao longo dos anos, o que contribui para a criação de um estigma em torno do comportamento suicida. “O estigma resulta de um processo em que pessoas são levadas a se sentirem envergonhadas, excluídas e discriminadas. O conhecimento pode contribuir para a desconstrução deste estigma em torno do comportamento suicida.” (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2014, p. 12).

O quadro a seguir apresenta os mitos e as verdades sobre o comportamento suicida.

Quadro 1- Mitos e Verdades sobre o Comportamento Suicida

MITO 1. Se um profissional falar com o paciente sobre suicídio, o profissional está dando a ideia de suicídio à pessoa.	FALSO. Simplesmente perguntar aos pacientes se estes pensam em fazer-se mal, não causa comportamento suicida, ao contrário, protege. Na verdade, reconhecer que o estado emocional do indivíduo é real, e conversar sobre a situação induzida pelo stress são componentes necessários para a redução da ideação suicida. Uma entrevista de avaliação na suspeita de risco costuma produzir alívio emocional transitório e aumento da confiança na equipe.
MITO 2. As pessoas que falam sobre o suicídio não farão mal a si próprias, pois querem apenas chamar a atenção.	FALSO. Ao contrário do que se pensa, quando um indivíduo falar de ideação, de intenção ou de um plano suicida, deve ser levado a sério.
MITO 3. O suicídio é sempre impulsivo e acontece sem aviso.	FALSO. A maioria dos casos acontece de modo premeditado e as pessoas deram avisos de suas intenções anteriormente. A impulsividade pode e deve ser adequadamente avaliada por escalas clínicas e ocorre em adolescentes em sofrimento psíquico, abuso de álcool e estimulantes, transtorno de personalidade e transtorno bipolar do humor.
MITO 4. Os indivíduos suicidas querem mesmo morrer ou estão decididos a matar-se.	FALSO. A maioria das pessoas nesta situação experimenta sentimentos ambivalentes sobre o suicídio e ficam em dúvida se devem fazê-lo, considerando motivos para morrer e para viver. Muitas vezes já relataram ou deram pistas destes pensamentos a uma ou mais pessoas.
MITO 5. Quando um indivíduo mostra sinais de melhoria ou sobrevive a uma tentativa de suicídio, está fora de perigo.	FALSO. Na verdade, um dos períodos mais perigosos é logo após a crise, ou quando a pessoa está no hospital, na sequência de uma tentativa. Deve-se atentar para a semana (e o mês) que se segue à alta do hospital, pois há perigo do paciente tentar novamente o autoextermínio ou fazer mal a si.
MITO 6. O suicídio é sempre hereditário.	FALSO. Nem todos os suicídios podem ser associados à hereditariedade, no entanto, a história familiar de suicídio é um fator de risco importante para o comportamento suicida, particularmente em famílias onde a depressão é comum.
MITO 7. Os indivíduos que tentam ou cometem suicídio têm sempre algum agravamento à saúde mental.	FALSO. O comportamento suicida indica que a pessoa enfrenta algum sofrimento emocional ou dificuldade. A presença do risco de suicídio não implica na existência de um agravamento à saúde mental. Apesar de frequente, esta associação não deve ser sobrestimada. A proporção relativa destas perturbações varia de lugar para lugar e há casos em que nenhuma perturbação mental foi detectada, e sim, situações outras de vulnerabilidade pessoal, econômica e/ou social.
MITO 8. O suicídio só acontece "àqueles outros tipos de pessoas," não a nós.	FALSO. O suicídio pode acontecer a qualquer pessoas e encontra-se em todos os tipos de sistemas sociais e de famílias. Por isso, é fundamental investir em prevenção e identificar situações possíveis de vulnerabilidade, investindo em tratamentos precoces.
MITO 9. Após uma pessoa tentar cometer suicídio uma vez, nunca voltará a tentar novamente.	FALSO. As tentativas de suicídio são mais prevalentes quando há tentativas de suicídio anteriores, por isso as pessoas que efetuaram essas tentativas necessitam de avaliação cuidadosa, juntamente ao tratamento e acompanhamento regular através de contato telefônico, visita domiciliar ou estratégias de cuidado permanentes.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (2016).

2.2.2 Ideação Suicida, planejamento e tentativa de Suicídio

O comportamento suicida se apresenta como uma continuação de fatores, podendo ir da ideação suicida, com ideias vagas sobre querer morrer, ameaças de suicídio, elaboração de plano suicida, que podem culminar em um ato suicida fatal (suicídio) ou não (tentativa de suicídio).

Bertolote (2012, p. 21), define que: “Do ponto de vista fenomenológico, o suicídio é um processo que se inicia com considerações mais ou menos vagas sobre a morte e sobre

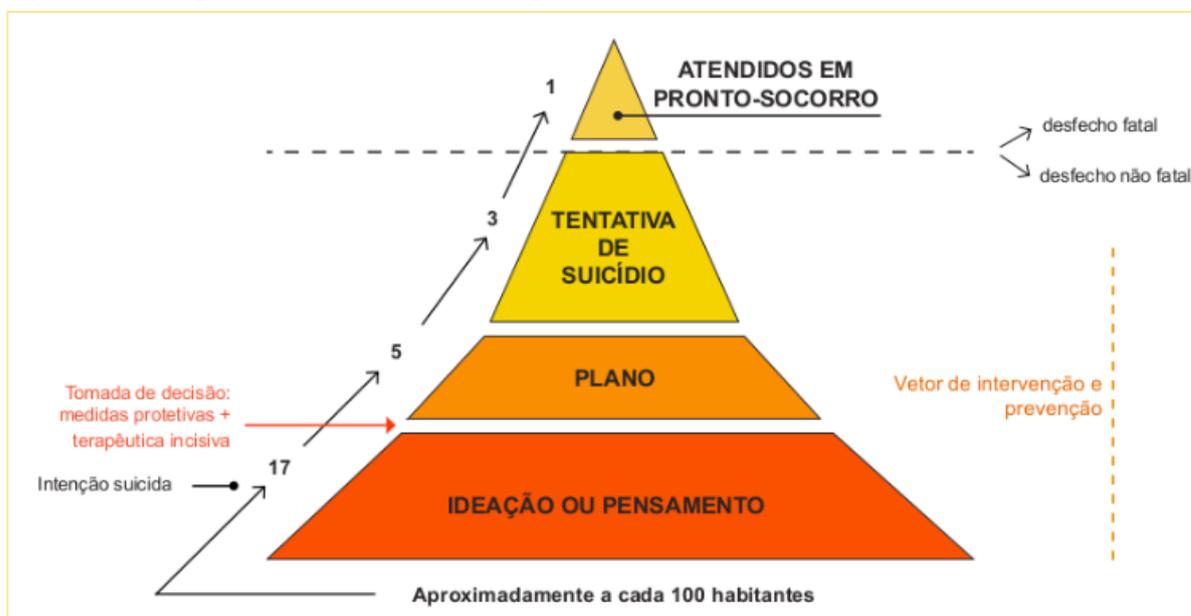
morrer.” Botega (2015) define a ideação suicida de maneira simples, como pensamentos passageiros de que a vida não vale a pena ser vivida até preocupações intensas sobre por que viver ou morrer.

A ideação suicida pode evoluir para o planejamento suicida, que nada mais é do que o ato de planejar a tentativa de suicídio. Esse planejamento envolve a escolha do método utilizado, muitas vezes determinado pela facilidade/dificuldade de acesso aos meios.

A tentativa de suicídio, por sua vez, é definida por Bertolote (2012, p. 24) como, “[...] um ato agressivo deliberado com a intenção de pôr fim à vida, cujo desfecho, porém, não é fatal.”

De acordo com Botega (2015), uma pequena proporção do chamado comportamento suicida chega a nosso conhecimento. Há um enorme número de pessoas que pensam seriamente em pôr fim à vida, mas possuem comportamentos silenciosos que não se encontram registrados nos serviços de saúde. Ao longo da vida, 17% das pessoas já pensaram em acabar com a própria vida, 5% chegaram a elaborar um plano suicida e 3% efetivamente tentaram o suicídio. De três pessoas que tentaram o suicídio, apenas uma foi atendida em um pronto socorro.

Figura 9 - Comportamento suicida ao longo da vida



Fonte: Botega (2015, p. 52).

2.2.3 Métodos mais utilizados na tentativa de suicídio

Botega (2015) afirma que a escolha dos métodos utilizados nas tentativas de suicídio se dá por uma combinação de fatores: o acesso a meios letais, as preferências individuais e culturais, e a intenção subjacente ao ato agressivo.

Os métodos utilizados nas tentativas de suicídio podem ser classificados como violentos ou não violentos. Métodos não violentos, como o envenenamento e a ingestão excessiva de medicamentos, são mais frequentes entre as mulheres. A ingestão de medicamentos e venenos agrícolas são métodos comuns no Brasil. A inalação de monóxido de carbono é também um método não violento que ocupa lugar de destaque em países desenvolvidos (MUNHOZ, 2016).

O sexo masculino tende a usar métodos violentos, como o enforcamento e a precipitação. Embora as mulheres sejam propensas a tentar o suicídio mais vezes, os homens têm êxito na tentativa mais frequentemente. É possível também que a maior ocorrência de suicídio entre os homens possa ser atribuída ao desempenho da masculinidade, a qual envolve comportamentos como a competitividade, a impulsividade e o maior acesso às tecnologias letais e às armas de fogo (BOTEGA, 2015).

O perfil dos suicídios no Brasil, de acordo com as pesquisas realizadas pelo Ministério da Saúde (2017) no período de 2011 a 2015, apresentou como método predominante o enforcamento, utilizado por 66,1% dos homens e 47,0% das mulheres.

A Sociedade Brasileira de Neuropsicologia (2018) afirma ainda que 20% das mortes são causadas por envenenamento com ingestão de pesticidas. Entre esses últimos, encontra-se o *chumbinho*, um composto de pesticidas vendido ilegalmente como raticida.

Em Santa Catarina, as pesquisas pela Diretoria de Vigilância epidemiológica, da Secretaria Estadual de Saúde (2019), corroboram com os dados nacionais, afirmando que o enforcamento foi o método mais utilizado, ocorrendo em 73,6% dos óbitos ocorridos no Estado no período de 2012 a 2017.

Tabela 5 - Número e percentual de óbitos por suicídio segundo sexo e meio utilizado - SC - 2012 a 2017

Meio utilizado	Masculino		Feminino		Geral	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Enforcamento	2242	77,4	550	63,8	2792	73,6
Intoxicação exógena	200	6,9	171	19,8	371	9,8
Arma de fogo	247	8,5	35	4,1	282	7,4
Outros	208	7,2	106	12,3	314	8,3

Fonte: Diretoria de Vigilância epidemiológica/ Secretaria Estadual de Saúde (2019).

Com relação à letalidade do método, Munhoz (2016) classifica-os da seguinte forma:

- **MÉTODOS INÓCUOS:** os que não importam em riscos para a vida ou para a saúde do indivíduo, como a ingestão de comprimidos de ácido acetilsalicílico.
- **MÉTODOS NÃO LETAIS:** não são capazes de provocar a morte, mas podem ocasionar alterações no funcionamento do organismo, como uma escoriação mais profunda.
- **MÉTODOS POTENCIALMENTE LETAIS:** são capazes de provocar a morte em circunstâncias agravantes, como a ingestão de substâncias tóxicas em quantidades limites.
- **MÉTODOS LETAIS:** aqueles que conduzem à morte, a menos que haja uma intervenção oportuna e eficaz, como uso de arma de fogo, explosivos, enforcamento, precipitação, atropelamento, incineração e asfixia.

2.2.4 Fatores de Risco para o suicídio

Botega (2015) afirma que os fatores de risco para o suicídio constituem-se de determinados atributos ou circunstâncias específicas que podem aumentar a probabilidade de uma pessoa desenvolver o suicídio. A natureza dos fatores de risco é variável, uma vez que há a influência da genética, da história pessoal e familiar, de fatores culturais e socioeconômicos, de acontecimentos estressantes, de traços de personalidade e de transtornos mentais.

Alguns fatores constituem características pessoais imutáveis, oriundos de predisposição e acontecimentos que ficaram no passado distante e, apesar de não serem alvo de ações preventivas, são importantes sinalizadores do risco de suicídio. Estes são definidos como fatores de risco predisponentes, e tendem a serem menos lembrados quando ocorre um

suicídio. Exemplos: sexo masculino, história de abuso físico ou sexual na infância, suicídio na família, doenças incapacitantes ou incuráveis, tentativa de suicídio prévia, depressão, transtornos mentais e de personalidade. Outros fatores são mais recentes e tem maior proximidade temporal com o ato suicida, sendo os mais comumente percebidos, de maneira errônea, pelo público leigo como as causas do suicídio. Estes são chamados de fatores precipitantes e podem ser modificados através da atenção clínica dirigida e/ou estratégias de prevenção, como por exemplo, desilusão amorosa, conflitos relacionais, perda de emprego, falência (BOTEGA, 2015).

O suicídio é multideterminado por um conjunto de fatores de diferentes naturezas, externos e internos ao indivíduo, que se combinam de modo complexo e variável. Vale relembrar que a análise das causas de um suicídio por meio do conjunto de fatores predisponentes é mais complexo do que a análise isolada de um acontecimento recente (fato precipitante), como uma perda significativa ou um rompimento amoroso. (BOTEGA, 2015, p. 88).

É importante considerar ainda como a pessoa reage frente a um acontecimento doloroso, sua resiliência emocional, sua capacidade para encontrar soluções e resolver problemas, e certas habilidades sociais podem reduzir o peso de certos fatores de risco.

De uma maneira geral, a presença de transtorno mental e a tentativa de suicídio prévia constituem os principais fatores de risco para o suicídio. A depressão, o transtorno bipolar, a dependência de álcool e outras drogas psicoativas, bem como a esquizofrenia e certos transtornos de personalidade são as condições que mais predispõe ao suicídio (BOTEGA, 2015).

2.2.4.1 Fatores sócio demográficos e relacionados ao abuso de drogas/álcool

As taxas de óbito por suicídio são geralmente 3 a 4 vezes maiores entre o sexo masculino. No Brasil, o risco de morte por suicídio tende a aumentar com o avançar da idade (70 anos ou mais). Já nas tentativas de suicídio, o predomínio é do sexo feminino, principalmente em idades mais jovens (BOTEGA, 2015).

De modo geral, os estudos mostram maior prevalência de comportamento suicida em indivíduos homossexuais e bissexuais, principalmente entre adolescentes e adultos jovens. Solteiros, viúvos ou divorciados também tendem a se suicidar mais, bem como aposentados e desempregados, e residentes em áreas urbanas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Ainda, o uso abusivo de álcool e drogas psicoativas estão associados à elevado risco de suicídio. Em pessoas que fazem uso nocivo de bebidas alcoólicas, o risco de suicídio chega

a 15%, ao longo da vida. Esse índice é cerca de 6 vezes maior do que o observado na população em geral. (BOTEGA, 2015).

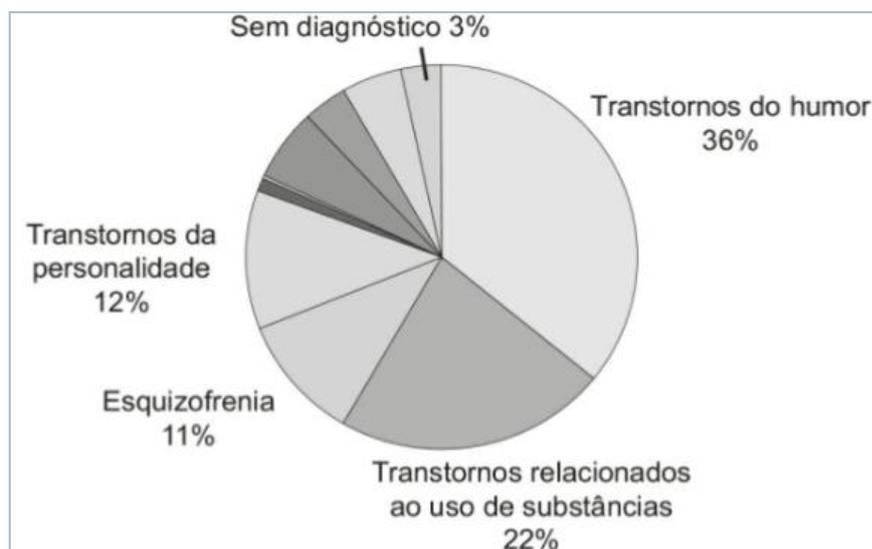
Botega (2015) afirma ainda que, tanto o abuso de álcool quanto de drogas psicoativas, podem estar associados com outras condições que elevam ainda mais o risco de suicídio, como por exemplo depressão, ansiedade, transtorno bipolar e de personalidade. Usuários crônicos apresentam este risco aumentado, pois podem desenvolver síndrome de abstinência, com quadros de confusão mental, desorientação, sintomas psicóticos e delírio. A intoxicação por álcool no momento do ato suicida também é comum.

2.2.4.2 Transtornos Mentais

A presença de transtorno mental é um dos fatores de risco mais fortemente associados ao suicídio. Botega (2015) cita um estudo de necropsia psicológica realizado com 15.629 casos de suicídios ocorridos na população em geral, em sua maioria em países do hemisfério norte, o qual demonstrou que, em 97% dos casos, havia um diagnóstico de transtorno mental à época do ato suicida.

Conforme a figura abaixo, transtornos de humor (como a depressão e o transtorno bipolar), a dependência de álcool ou de outras drogas psicoativas, transtornos de personalidade e esquizofrenia foram os transtornos mentais mais encontrados em casos de suicídio.

Figura 10 - Transtornos mentais associados ao suicídio



Fonte: Bertolote e Fleischmann (apud BOTEGA, 2015, p. 110).

Esse estudo evidencia uma importante ligação entre o suicídio e a doença mental. Não se trata de afirmar que todo suicídio está relacionado à presença de transtorno mental, nem que toda pessoa com doença mental irá se suicidar. Entretanto, fica evidenciado que um transtorno mental aumenta a vulnerabilidade e está presente na quase totalidade dos casos de suicídio (BOTEGA, 2015).

2.2.4.2.1 Depressão

A depressão é uma doença complexa e ampla, cujo diagnóstico é clínico, não passível de comprovação por meio de exames ou testes laboratoriais. 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.

Os sintomas da depressão trazem sofrimento significativo, de forma a alterar a vida laboral, social e afetiva do indivíduo, e devem estar presentes por mais de duas semanas. Geralmente os sintomas estão associados à: tristeza na maior parte do dia, durante todos os dias, anedonia, irritabilidade, desesperança, queda da libido, alterações no sono (dormir de mais ou de menos), ansiedade, sentimento de cansaço e fraqueza o tempo todo, sentimento de inutilidade e presença de pensamentos suicidas. Entre os gravemente deprimidos, 15% se suicidam (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Entretanto, Botega (2015) ressalta que a depressão tem natureza distinta da tristeza ou do desânimo que sentimos em alguns momentos da vida, como em um momento de luto, por exemplo. O marcante da depressão não é a tristeza, mas a profunda sensação de vazio, falta de sentido e ausência de sentimentos. A depressão afeta a capacidade de sentir prazer ao se fazer coisas que antes eram prazerosas, o que é conhecido pelo termo anedonia. Ela causa ainda um bloqueio da atividade cognitiva, bloqueando a capacidade de iniciar ações e de adaptar o comportamento à novos estímulos e situações. A pessoa se sente indecisa, sobrecarregada e tende a adiar tudo o que puder.

Em adolescentes, a depressão pode vir com retraimento social, crises de raiva e mau desempenho escolar. Em idosos, com tendência ao isolamento e com diminuição da vontade de interagir com os familiares, sensação de peso, dores corporais e pensamentos sobre morte. De modo geral, homens têm maior dificuldade do que as mulheres para admitir que não se sentem bem emocionalmente e que necessitam de ajuda. Podem tornar-se mais calados, mal humorados e irritadiços, propensos a crises de raiva quando contrariados. (BOTEGA, 2015, p. 113).

Quanto mais precoce o tratamento da depressão, mais rápida a remissão e menor a chance de cronificação. O tratamento com antidepressivos é indicado nos casos de depressão moderada e grave, e deve ser associado a algum tipo de psicoterapia. Cerca de 2/3 das pessoas tratadas respondem satisfatoriamente ao primeiro antidepressivo prescrito. É fundamental que, após a remissão dos sintomas, haja a continuidade do tratamento na fase de manutenção. Em alguns casos, o tratamento deve permanecer durante o resto da vida do indivíduo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Vale ressaltar que, um período de especial risco para o suicídio, é o início do tratamento com antidepressivos, quando a energia e a motivação podem melhorar antes dos sintomas cognitivos, podendo haver uma intensificação da ideação suicida. A atenção deve ser redobrada, uma vez que o suicídio é um ato que requer capacidade de organização e iniciativa, e nesta fase, o paciente já apresenta condições de agir de acordo com seus pensamentos e planos suicidas (BOTEGA, 2015).

2.2.4.2.2 Transtorno Bipolar

O transtorno bipolar caracteriza-se por alterações de humor, que se manifestam pela alternância entre episódios depressivos e episódios de euforia (também chamados de mania), em diversos graus de intensidade. Para esse diagnóstico, o indivíduo deve ter apresentado pelo menos um episódio de mania ao longo da vida.

De acordo com Botega (2015), o transtorno bipolar afeta cerca de 4% da população, sendo que 80% da causa da doença é hereditária. Sem tratamento, os episódios de euforia (mania) duram, em geral, de 6 a 12 semanas, e os episódios depressivos, de 12 a 24 semanas. Em geral, os pacientes passam muito mais tempo deprimidos do que eufóricos, e antes do primeiro episódio de elevação do humor, pode haver vários períodos de depressão. Em razão disso, muitos médicos confundem o diagnóstico de transtorno bipolar, e muitos pacientes recebem erroneamente, o tratamento para depressão.

O transtorno bipolar clássico apresenta um padrão característico das fases de euforia e depressão, sendo pouco frequente na população. O transtorno bipolar tipo 2 é a forma mais frequente da doença, quando costumam ocorrer episódios curtos de mania (de poucas horas até 4 dias) para longos períodos de depressão (BOTEGA, 2015).

Durante o episódio de mania, os sintomas apresentados são autoestima e otimismo exagerado, logorréia (compulsividade para falar), agitação psicomotora, aceleração do pensamento e dificuldade de concentração em atividade específica, aumento da atividade

sexual e gastos excessivos em compras. No episódio depressivo, especialmente, aumenta-se o risco de suicídio (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O risco de suicídio entre pacientes com transtorno bipolar é 10 (dez) vezes maior do observado na população em geral. Ao longo da vida, metade das pessoas acometidas por essa doença tenta o suicídio. A letalidade das tentativas de suicídio também é maior, ou seja, é observado um suicídio para cada 10 tentativas, enquanto que na população em geral é um suicídio para cada 20 tentativas (BOTEGA, 2015).

2.2.4.2.3 Esquizofrenia

A esquizofrenia é uma doença mental crônica e incapacitante, caracterizada por alterações no comportamento e perda do contato com a realidade. De acordo com a Associação Brasileira de Psiquiatria (2014), ela tem início precoce na segunda década da vida, entre 20 e 30 anos, em ambos os sexos. Apesar dessa doença não ser tão comum quanto outros transtornos mentais, ela apresenta alto índice de morbidade, reduzindo a longevidade em 8 a 16 anos por causas naturais.

Os sintomas da esquizofrenia podem ser divididos em duas categorias principais: os positivos e negativos. Os sintomas positivos podem ser dramáticos e surgem quando o paciente perde o contato com a realidade: delírios, alucinações, distorção da linguagem e da comunicação, fala e comportamento desordenados. Os sintomas negativos são principalmente o retraimento social, o embotamento afetivo e a passividade, fatores que geralmente determinam a perda da capacidade social, acadêmica e laboral, e conseqüentemente, a incapacidade completa (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2014).

A esquizofrenia afeta cerca de 1% da população, e mais de 10% das pessoas que sofrem com essa doença cometem suicídio. A esquizofrenia está associada com aumento de 10 vezes do risco de morte por suicídio, e 50% dos pacientes esquizofrênicos podem tentar o suicídio em algum ponto do curso da doença, principalmente durante os anos iniciais. As tentativas são quase sempre sérias, com um alto grau de letalidade (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2014).

2.2.4.3 Transtornos de Personalidade

Botega (2015, p. 121) define um transtorno de personalidade da seguinte maneira: “É um padrão persistente de experiência interna e de comportamento que se desvia

acentuadamente das expectativas da cultura na qual se insere o indivíduo.” Ou seja, é um padrão de pensamento e comportamento diferente do padrão esperado pela sociedade a qual estamos inseridos. O diagnóstico da doença é geralmente definido na idade adulta, porém, alguns traços da psicopatia já são notados na infância e adolescência por pais, professores e médicos.

Segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria (2014), estudos apontam a prevalência dos transtornos de personalidade em aproximadamente 10 a 15% da população geral. Estes transtornos aumentam o risco de suicídio em 12 vezes para os homens e 20 vezes para as mulheres.

Entre os transtornos de personalidade, o tipo *borderline* (ou personalidade emocionalmente instável) é o que mais se associa ao suicídio e às tentativas de suicídio. Esse tipo de transtorno de personalidade tem como característica marcante a instabilidade nas emoções, a impulsividade e a tendência manipuladora do comportamento. Estão presentes ainda a baixa autoestima e o sentimento de rejeição (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2014).

Botega (2015) afirma que cerca de 75% dos pacientes *borderline* tentam o suicídio, e aproximadamente 10% conseguem finalizar o ato suicida. Nestes pacientes, o abuso de drogas associado à doença aumenta o risco de tentativa de suicídio. Estressores psicossociais, como por exemplo, problemas no trabalho, discórdia familiar e conflitos na relação amorosa, são importantes desencadeadores de tentativas de suicídio em indivíduos com transtorno de personalidade.

2.2.4.4 Transtorno por Exposição Pós-Traumática

O transtorno por exposição pós-traumática (TEPT) é uma perturbação mental que se desenvolve em resposta à exposição de um indivíduo à um evento traumático, como sobreviventes de guerras, agressão sexual, acidente de avião. Munhoz (2016) afirma que os sintomas persistem por, pelo menos, quatro semanas após o trauma, sendo os mais frequentes: pesadelos, pensamentos incontroláveis, sentimentos e imagens que invadem a mente, *flashbacks*, bem como, o indivíduo evitará falar, lembrar, ver imagem que lembre o trauma ou ir ao local do ocorrido. A pessoa com esse transtorno tem risco aumentado de cometer suicídio.

2.2.4.5 Avaliação do Comportamento Suicida

A avaliação do comportamento suicida é fundamental para a prevenção do suicídio e uma intervenção terapêutica eficaz.

O principal objetivo da avaliação do suicídio é facultar informação para a prevenção e aconselhamento. A avaliação, subsequentemente, guia o diagnóstico e decisões clínicas, a intervenção terapêutica, a prevenção e os cuidados posteriores. A avaliação do suicídio requer uma avaliação dos fatores de comportamento e de risco, o diagnóstico subjacente de perturbações mentais, e uma determinação do risco de morte. Uma vez que a avaliação esteja completa, é importante classificar o risco total de suicídio em termos da sua severidade. (OMS, 2006, p. 12).

A OMS (2006) apresenta uma escala que vai desde risco inexistente ao risco extremo de suicídio, e serve de base para uma avaliação do comportamento suicida:

- 1. RISCO INEXISTENTE:** não há nenhum risco de se fazer mal, sem ideação suicida.
- 2. RISCO LEVE:** há poucos fatores de risco conhecidos. A intenção de cometer suicídio não é aparente, mas a ideação suicida está presente e é limitada, o indivíduo não tem um plano concreto e não tentou suicidar-se no passado.
- 3. RISCO MODERADO:** há possivelmente história de tentativas anteriores, mais de um fator de risco para o suicídio está presente, a ideação suicida assim como a intenção estão presentes, mas é negado que haja um planejamento claro; o indivíduo está motivado para melhorar o seu estado emocional e psicológico atual se houver ocasião para tal.
- 4. RISCO SEVERO:** há dois ou mais fatores de risco presentes, a ideação e a intenção suicida são verbalizadas em conjunto com um plano bem estudado e com os meios de execução. A preparação do suicídio foi claramente definida e já houve tentativas de suicídio anteriores. Este indivíduo demonstra inflexibilidade cognitiva e desesperança quanto ao futuro e nega o apoio social disponível.
- 5. RISCO EXTREMO:** Um indivíduo que tentou o suicídio múltiplas vezes com diversos fatores de risco significativos. Atenção e ação imediata são imprescindíveis.

A Associação Brasileira de Psiquiatria (2014) e o Protocolo Clínico para o Risco de Suicídio do Sistema Único de Saúde (SUS) (SANTA CATARINA, 2015) defendem uma tríade para a avaliação do risco de suicídio:

- 1. RISCO BAIXO OU BAIXA URGÊNCIA:** A pessoa teve alguns pensamentos suicidas, mas não fez nenhum plano. Nestes casos o paciente vislumbra alternativas para lidar com o sofrimento.

2. RISCO MÉDIO OU MÉDIA URGÊNCIA: A pessoa tem pensamentos e planos, mas não pretende cometer suicídio imediatamente, bem como não tem acesso fácil aos meios para concretizá-los. Visualiza o planejamento como algo possível para o futuro, caso a situação não melhore. Nestes casos o paciente deve ter consulta agendada em serviço especializado de saúde mental, como o Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), num período máximo de 7 a 10 dias. Neste ínterim, a equipe da unidade básica de saúde deve manter contato com ele.

3. RISCO ALTO OU ALTA URGÊNCIA: A pessoa tem um plano definido, tem os meios para fazê-lo e planeja fazê-lo prontamente, nos próximos dias ou horas. Ou tentou suicídio recentemente ou ainda tentou várias vezes em um curto espaço de tempo. Estes casos podem exigir internação em serviço de saúde mental de hospital geral ou em hospital psiquiátrico.

2.3 LEGISLAÇÃO VIGENTE

2.3.1 Diretrizes Mundiais para Prevenção do Suicídio

Na década de 90, surge em diversos países uma grande preocupação com o aumento do número de mortes por suicídio. Com o intuito de assessorar os países quanto à elaboração de planos nacionais de prevenção ao suicídio, a Organização das Nações Unidas (ONU), com o apoio da OMS, publicou em 1996 o documento “Prevenção de Suicídio: Diretrizes para a formulação e implementação de estratégias nacionais [...]”, o qual serviu de base, 15 anos mais tarde, para a criação de estratégias nacionais de prevenção ao suicídio de cerca de 25 países do globo (OMS, 2006).

Somente em 2012, a OMS elaborou o Programa de Prevenção ao Suicídio (*Suicide Prevention Program - SUPRE*), cuja finalidade é auxiliar os governos e nações a desenvolverem e implementarem suas estratégias nacionais de prevenção de suicídio, as quais objetivam reduzir a mortalidade e morbidade por comportamento suicida, quebrar o tabu existente em torno do suicídio e reunir autoridades nacionais, profissionais de saúde e a sociedade a fim de fornecer apoio psicossocial às pessoas com pensamentos suicidas ou experiências de tentativa de suicídio.

O programa de prevenção ao suicídio é gerenciado pelo Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias da OMS. O trabalho é conduzido através da coordenação de departamentos da saúde, escritórios regionais da OMS, agências irmãs da ONU, como a Organização Internacional do Trabalho (OIT), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura

(UNESCO), além de importantes Organizações Não-Governamentais (ONGs) e Centros Colaboradores da OMS.

Em 2013, a OMS publicou o novo Plano de Ação de Saúde Mental 2013-2020. Este plano constitui um marco histórico e um avanço na luta contra o crescente número de suicídios no mundo. Os principais objetivos do plano de ação são: fortalecer liderança e governança eficazes para a saúde mental; fornecer serviços integrados e responsivos de saúde mental e assistência social em contextos comunitários; implementar estratégias de promoção e prevenção em saúde mental e fortalecer sistemas de informação, evidências e pesquisas em saúde mental. Cada objetivo fornece a base de ação e realização pelos Estados-membros em relação às metas globais (OMS, 2013).

2.3.2 Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio

O objetivo principal de uma estratégia nacional de prevenção de suicídio é promover, coordenar e apoiar planos e programas de ação intersetoriais apropriados para a prevenção de comportamentos suicidas em níveis nacional, estadual e municipal.

O Ministério da Saúde do Brasil instituiu, em 14 de agosto de 2006, através da Portaria N° 1.876, as Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio no país, a ser implementada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. O documento determina que sejam estabelecidas as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, através da articulação de um grupo de trabalho dos órgãos de saúde competentes e consequente regulamentação, no prazo de 120 dias a contar da publicação da presente Portaria.

Art.2º Estabelecer que as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio sejam organizadas de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde, as Secretarias Municipais de Saúde, as instituições acadêmicas, as organizações da sociedade civil, os organismos governamentais e os não-governamentais, nacionais e internacionais.

Art. 3º Determinar à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS), em conjunto com outras áreas e agências do Ministério da Saúde, que adote as providências necessárias para a estruturação das Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio instituídas por esta Portaria.

Art. 4º Determinar à Secretaria de Atenção à Saúde que constitua um Grupo de Trabalho, a ser instituído por portaria específica, para propor a regulamentação dessas diretrizes no prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias. (BRASIL, 2006).

Ainda em outubro de 2006, o Ministério da Saúde publicou o Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental- Prevenção ao Suicídio. Em 23 de dezembro de 2011, a Portaria Nº 3.088, institui a a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011).

A Portaria Nº 1.271, de 06 de junho de 2014, define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças e agravos nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional e torna as tentativas de suicídio e o suicídio agravos de notificação compulsória imediata em todo o território nacional, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas (BRASIL, 2014).

Art. 4º A notificação compulsória imediata deve ser realizada pelo profissional de saúde ou responsável pelo serviço assistencial que prestar o primeiro atendimento ao paciente, **em até 24 (vinte e quatro) horas** desse atendimento, pelo meio mais rápido disponível. Parágrafo único. A autoridade de saúde que receber a notificação compulsória imediata deverá informá-la, em até 24 (vinte e quatro) horas desse recebimento, às demais esferas de gestão do SUS, o conhecimento de qualquer uma das doenças ou agravos constantes no anexo. (BRASIL, 2006).

Desde 2015, o Ministério da Saúde mantém parceria com o Centro de Valorização da Vida (CVV), instituição voltada ao apoio emocional e prevenção do suicídio, atendendo de forma voluntária e gratuita todas as pessoas que querem e precisam conversar, sob total sigilo, por telefone, e-mail e *chat* 24 (vinte e quatro) horas todos os dias. A ligação para o CVV se dá através do número 188, sendo a ligação gratuita a partir de qualquer linha telefônica fixa ou celular.

Em setembro de 2017, o Ministério da Saúde lançou a Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção de Saúde no Brasil – 2017 a 2020. O documento estabelece novas ações e responsabilidades para os órgãos e setores envolvidos:

A partir do compartilhamento de responsabilidades e do somatório de esforços do Ministério da Saúde, junto às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, outros setores governamentais e o envolvimento da sociedade civil, é possível abarcar a complexidade do fenômeno do suicídio no Brasil e sua prevenção. (BRASIL, 2017).

Somente em 18 de dezembro de 2017, através da Portaria Nº 3.479, foi instituído, no âmbito do Ministério da Saúde, o Comitê para a elaboração e operacionalização do Plano

Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil, em consonância com as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio e com as Diretrizes das Redes de Atenção à Saúde.

Em 26 de abril de 2019, a Lei Federal Nº 13.819, 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.

Art. 3º São objetivos da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio: I - promover a saúde mental; II - prevenir a violência autoprovocada; III - controlar os fatores determinantes e condicionantes da saúde mental; IV - garantir o acesso à atenção psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico agudo ou crônico, especialmente daquelas com histórico de ideação suicida, automutilações e tentativa de suicídio; V - abordar adequadamente os familiares e as pessoas próximas das vítimas de suicídio e garantir lhes assistência psicossocial; VI - informar e sensibilizar a sociedade sobre a importância e a relevância das lesões autoprovocadas como problemas de saúde pública passíveis de prevenção; VII - promover a articulação intersetorial para a prevenção do suicídio, envolvendo entidades de saúde, educação, comunicação, imprensa, polícia, entre outras; VIII - promover a notificação de eventos, o desenvolvimento e o aprimoramento de métodos de coleta e análise de dados sobre automutilações, tentativas de suicídio e suicídios consumados, envolvendo a União, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios e os estabelecimentos de saúde e de medicina legal, para subsidiar a formulação de políticas e tomadas de decisão; IX - promover a educação permanente de gestores e de profissionais de saúde em todos os níveis de atendimento gratuito e sigiloso de pessoas em sofrimento psíquico [...] (BRASIL, 2019).

2.3.2.1 Protocolo Nacional à Abordagem Técnica de Tentativas de Suicídio

A Comissão Nacional de Abordagem Técnica a Tentativas de Suicídio (CONATTS) foi criada em 2019 e tem por finalidade o estudo, coordenação, pesquisa e divulgação de técnicas, meios e formas de atendimento a vítimas de tentativas de suicídio, com o intuito de colaborar com os poderes públicos e sociedade civil organizada, na redução da mortalidade destes eventos.

Durante o XIX Seminário Nacional de Bombeiros (SENABOM) ocorrido em São Luís - MA no período de 12 a 14 de novembro do presente ano, a CONATTS apresentou um Protocolo nacional, o qual visa garantir a padronização no atendimento às Tentativas de Suicídio em todo o país, por equipes ligadas às áreas de Urgências e Emergência.

O protocolo nacional se justifica pela necessidade de buscar o aprimoramento técnico-profissional com a criação de uma padronização na abordagem técnica às tentativas de suicídio para todos os Corpos de Bombeiros Militares dos Estados Federais e Distrito Federal, e para profissionais que atuam no atendimento pré-hospitalar.

O referido trabalho corrobora com o objetivo principal desta pesquisa, que é apresentar ao Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina, uma proposta de doutrina de abordagem técnica em ocorrências de tentativas de suicídio.

2.4 PROPOSTA DE DOCTRINA DE ABORDAGEM TÉCNICA A TENTATIVAS DE SUICÍDIO NO CBMSC

2.4.1 Gerenciamento de Emergências envolvendo tentativas de suicídio

Pinheiro (2014) afirma que o Ciclo Operacional do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina (CBMSC), em ocorrências envolvendo tentativas de suicídio, compreende as fases de prontidão, acionamento, resposta e finalização.

A prontidão é uma fase pré-emergencial em que encontram-se preparados os recursos para o acionamento. O atendimento, propriamente dito, inicia-se através do contato feito por uma pessoa presente no local, ou pela própria vítima, com a Central de Operações Bombeiro Militar (COBOM). Esse primeiro momento denomina-se acionamento. Como consequência, desencadeiam-se as fases de resposta: deslocamento, estabelecimento do comando, dimensionamento da cena, gerenciamento dos riscos, abordagem à vítima, retirada (ou resgate) da vítima, transporte, finalização da ocorrência. (PINHEIRO, 2014, p. 36).

A fase de resposta constitui o ponto crucial da ocorrência, tornando-se a chave do ciclo operacional. Fazem parte desta etapa, o deslocamento e a chegada ao local da ocorrência, a assunção do comando, o dimensionamento da cena, o gerenciamento dos riscos, a abordagem à vítima, a retirada e o transporte da vítima (PINHEIRO, 2014).

2.4.1.1 Deslocamento e a chegada ao local da ocorrência

Durante o deslocamento das equipes de socorro, deve-se coletar a maior quantidade de informações através da Central de Operações do Corpo de Bombeiros (COBOM), tais como: idade e sexo da vítima, método da tentativa de suicídio, se o tentante está agressivo ou sob o efeito de droga ou álcool, se é a primeira tentativa, se há parentes, amigos ou conhecidos próximo ao local, se há algum outro risco iminente na cena. Conforme o método da tentativa informado, antes da saída do quartel, os socorristas deverão vestir o equipamento de proteção individual (EPI) adequado (COMISSÃO NACIONAL DE ABORDAGEM TÉCNICA A TENTATIVAS DE SUICÍDIO, 2019).

Ao se aproximar do local, deverá ser desligado todos os dispositivos sonoros e luminosos, de forma a chegar de maneira calma e discreta. De acordo com o Corpo de Bombeiros da Polícia Militar do Estado de São Paulo (2006), quanto mais discreta for a aproximação, maior será a chance de se relacionar com a vítima de maneira positiva.

As viaturas deverão permanecer fora do alcance visual da vítima, e sendo possível, manter também os socorristas fora do campo de visão do tentante, com exceção de um ou dois profissionais, os quais assumirão as funções de abordador e abordador auxiliar, e deverão realizar a aproximação com cautela e sem movimentos bruscos.

2.4.1.2 Assunção do Comando

O CBMSC define que o comando da operação será realizado pelo componente mais graduado que chegar primeiro ao local da ocorrência. A questão de quem deve comandar uma operação é sempre complexa. De acordo com a Comissão Nacional de Abordagem Técnica a Tentativas de Suicídio (2019) e segundo o Protocolo Nacional de Abordagem Técnica a Tentativas de Suicídio, o comandante deverá ser o componente mais experiente no local.

O comandante deverá dividir a equipe de socorro nas seguintes funções: abordador, abordador auxiliar, equipe de abordagem tática, equipe responsável pela coleta de informações sobre o tentante e responsável pela segurança. Ele é o responsável por todo o cenário da ocorrência, incluindo todas as equipes, viaturas e meios de apoio (COMISSÃO NACIONAL DE ABORDAGEM TÉCNICA A TENTATIVAS DE SUICÍDIO, 2019).

O abordador deve ser um socorrista com o Curso de Abordagem Técnica à Tentativa de Suicídio, ou conhecimento na área. Deve ser calmo, comunicativo, atencioso, paciente e observador. Antes de realizar a abordagem deve coletar o maior número de informações possíveis, buscando identificar o fator desencadeante da tentativa. O abordador auxiliar deve ter as mesmas características, devendo acompanhar o abordador principal em todas as suas ações, e servindo como reserva em caso de necessidade de troca de abordador (MUNHOZ, 2019).

A equipe de abordagem tática deverá possuir qualificações específicas para cada método, como por exemplo, no caso de precipitação, todos integrantes da equipe deverão ser especialistas em salvamento em altura. A equipe responsável pela coleta de informações deve coletar, de variadas fontes (familiares, amigos e conhecidos) o maior número de dados da vítima, a fim de subsidiar o abordador com as informações necessárias para o diálogo técnico. E por fim, o responsável pela segurança deverá verificar constantemente todas as ações

relacionadas à segurança de toda a equipe de abordagem, tais como: utilização de EPI, mitigação dos riscos, probabilidade de possíveis danos no local da emergência e manutenção da rota de fuga (MUNHOZ, 2019).

A instalação do Sistema de Comando de Operações (SCO) poderá ser realizada em operações mais complexas, variando de acordo com a necessidade de expansão dos recursos, do envolvimento de vários órgãos e do aumento da duração da resposta. Nestes casos, pode-se adotar um comando unificado (composto por representantes das agências envolvidas), e em seguida, se estabelece onde será o posto de comando, o qual deverá permanecer em local seguro, de fácil acesso e que permita o contato visual da ocorrência.

2.4.1.3 Dimensionamento da Cena

As equipes deverão inicialmente confirmar a localização do tentante, a situação em que o mesmo se encontra (se está sob efeito de drogas ou álcool, se está agressivo; se está em surto psicótico), o método da tentativa utilizado. É importante também verificar a estrutura da edificação, os acessos ao local onde se encontra o tentante e possíveis rotas de fuga para a equipe se houver algum tipo de ameaça à segurança (COMISSÃO NACIONAL DE ABORDAGEM TÉCNICA A TENTATIVAS DE SUICÍDIO, 2019).

É fundamental avaliar a cena e verificar a necessidade de apoio de outras equipes ou órgãos. A Polícia Militar deve ser sempre acionada, de forma a garantir o isolamento do local, o controle e o acesso de pessoas e veículos no local, e principalmente, em casos em que o tentante porta arma de fogo. O isolamento do local é imprescindível para impossibilitar a permanência de curiosos e assim, preservar a integridade da vítima e das equipes de socorro (PINHEIRO, 2014).

A equipe responsável pela coleta de informações deverá coletar de fontes seguras (familiares e amigos) o maior número de dados sobre o tentante, pois estas informações irão auxiliar na abordagem técnica, de forma a buscar fatores de proteção, úteis para afastar do tentante a ideia de suicídio.

Após a avaliação da cena, o comandante deve definir qual será a ação tática a ser realizada e qual será a voz de comando para acionamento da abordagem tática caso necessária, deixar esta equipe a postos, bem como deve determinar as rotas de fuga dos abordadores, antes de iniciar a abordagem técnica. É primordial que o Comandante tenha acesso visual da abordagem técnica e contato via rádio com a equipe da abordagem tática

(COMISSÃO NACIONAL DE ABORDAGEM TÉCNICA A TENTATIVAS DE SUICÍDIO, 2019).

2.4.1.4 Gerenciamento dos riscos

Nesta fase é necessário tomar as primeiras medidas para reduzir riscos e sanar eventuais problemas de segurança. Os riscos são inerentes ao método e local escolhido pela vítima, por isso, o mais importante é identificar os riscos gerados pelo método e local escolhido para a tentativa do suicídio.

De maneira geral, tais procedimentos devem ser executados em quaisquer ocorrências de tentativa de suicídio: uso de EPI específico para cada equipe de trabalho envolvida na ocorrência, demarcar as zonas de trabalho (quente, morna e fria), evacuar o local se necessário, controlar o acesso de pessoas sem relação direta com a emergência, inclusive a imprensa e curiosos, posicionar cada equipe no local adequado conforme sua função, além de, sempre que possível, ter um plano B com uma equipe reserva, pronta para atuar caso algo aconteça fora do previsto (PINHEIRO, 2014).

O plano B se refere à uma abordagem tática, uma ação de intervenção rápida que se utiliza a força física para conter, paralisar ou imobilizar a vítima, de forma que esta não venha a executar o suicídio. A abordagem tática serve como um backup de segurança na ocorrência, não devendo ser utilizada como primeira alternativa no atendimento em virtude do grande risco envolvido tanto para o tentante quanto para a equipe de atendimento. Esta ferramenta de apoio só deve ser utilizada em última opção, quando a ocorrência já não pode mais ser resolvida através da abordagem verbal (CORPO DE BOMBEIROS DA POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2006).

A Comissão Nacional de Abordagem Técnica a Tentativas de Suicídio (2019) aponta as seguintes ações a serem realizadas para cada tipo de ocorrência de tentativa de suicídio:

1. OCORRÊNCIA COM ARMA BRANCA:

- Equipar-se com EPI de incêndio para maior segurança;
- Acionar o policiamento para apoio na segurança dos socorristas e da cena em geral.
- Estabelecer a rota de fuga antes da abordagem técnica;
- A abordagem tática deverá ser realizada com mangueira de 2 1/2” pressurizada a no mínimo 80 PSI;

- O abordador deve permanecer protegido por um anteparo, formando um obstáculo entre ele e o tentante, e neste caso a equipe de abordagem tática atua junto com a equipe de abordagem técnica, a fim de protegê-la;
- É necessária uma equipe de Suporte Avançado e uma equipe de Suporte Básico em condições de pronto emprego;
- Caso o tentante reaja ou forneça condições reais de ferir os abordadores, a equipe de abordagem tática deverá acionar o esguicho em direção ao tentante a fim de neutralizá-lo e retirar a arma branca.

2. PRECIPITAÇÃO:

- Equipar-se com EPI de salvamento em altura;
- O comandante deverá indicar qual será o melhor meio de abordagem tática (ex: rapel tático) e de qual local será a saída da ação;
- Quando a equipe tática estiver em condições de pronto emprego deverá informar o Comandante para que então se inicie a abordagem técnica;
- É necessária uma equipe de Suporte Avançado e uma equipe de Suporte Básico em condições de pronto emprego;
- Em caso de acionamento da abordagem tática por “Rapel tático” , dois bombeiros o realizam em direção ao tentante com a finalidade de tirá-lo da zona de risco;
- Precipitação em pontes, posicionar uma embarcação no rio, próximo ao local onde o tentante possa se jogar.
- Precipitação em pontes ou elevados até 8 metros de altura, posicionar a viatura de combate a incêndio em local de possível queda do tentante, de modo a formar um anteparo físico que reduza a distância da queda.

3. OCORRÊNCIA COM EXPLOSIVOS, GASES E LÍQUIDOS COMBUSTÍVEIS:

- Equipar-se com EPI de incêndio completo;
- Desligar a energia elétrica;
- Eliminar possíveis fontes de ignição;
- Determinar raio de isolamento seguro aos populares;
- Realizar o máximo de aberturas possíveis, auxiliando a ventilação natural;
- Estabelecer a rota de fuga antes da abordagem técnica;
- A abordagem tática deverá, se necessário, ser realizada com mangueira de 2 1/2” pressurizada a no mínimo 80 PSI, neste caso a equipe de abordagem tática atua junto com a equipe de abordagem técnica, a fim de protegê-la;

- É necessária uma equipe de Suporte Avançado e uma equipe de Suporte Básico em condições de pronto emprego;
- Caso o tentante reaja ou forneça condições reais de ferir os abordadores, a equipe de abordagem tática deverá acionar o esguicho em direção ao tentante a fim de neutralizá-lo e retirar a fonte de combustão;
- Retirada de material combustível da local.

4. ENFORCAMENTO:

- Equipar-se com EPI de Salvamento, portar faca ou objeto cortante, bem como escada que alcance o local de possível queda do tentante;
- Na ação tática deverá ser previsto anteparo para suportar o peso do tentante até que a corda seja cortada;
- A equipe de ação tática ficará à retaguarda da equipe de abordagem técnica, verificando qual é o meio mais rápido e eficaz de chegar ao tentante no caso de acionamento;
- É necessária uma equipe de Suporte Avançado e uma equipe de Suporte Básico em condições de pronto emprego.

5. UBIDA EM TORRE TRELIÇADA:

- Equipar-se com EPI e materiais de Salvamento em Altura (triângulo de salvamento, cordas, fitas tubulares, mosquetões, polias, talabartes);
- Em caso de torres de alta tensão, acionar equipe especializada da concessionária para corte do fornecimento de energia e aterramento, antes de realizar a subida;
- É necessária uma equipe de Suporte Avançado e uma equipe de Suporte Básico em condições de pronto emprego;
- Para a abordagem técnica deverão subir dois bombeiros abordadores especialistas em salvamento em altura, sendo que o abordador principal acessará a vítima o mais rápido possível para iniciar a abordagem técnica e o abordador auxiliar irá com o sistema de salvamento pronto para debrear o tentante e auxiliar na abordagem.

6. OCORRÊNCIAS COM ARMA DE FOGO: Esta é uma ocorrência peculiar, na qual a abordagem técnica direta ao tentante não será realizada pelo Corpo de Bombeiros, mas sim pela Polícia Militar ou Grupo de Ações Táticas Especiais. Ao Serviço de Resgate caberá apenas o apoio com o Suporte Básico de Vida em caso de ferimentos ou lesões por arma de fogo, permanecendo na área fria.

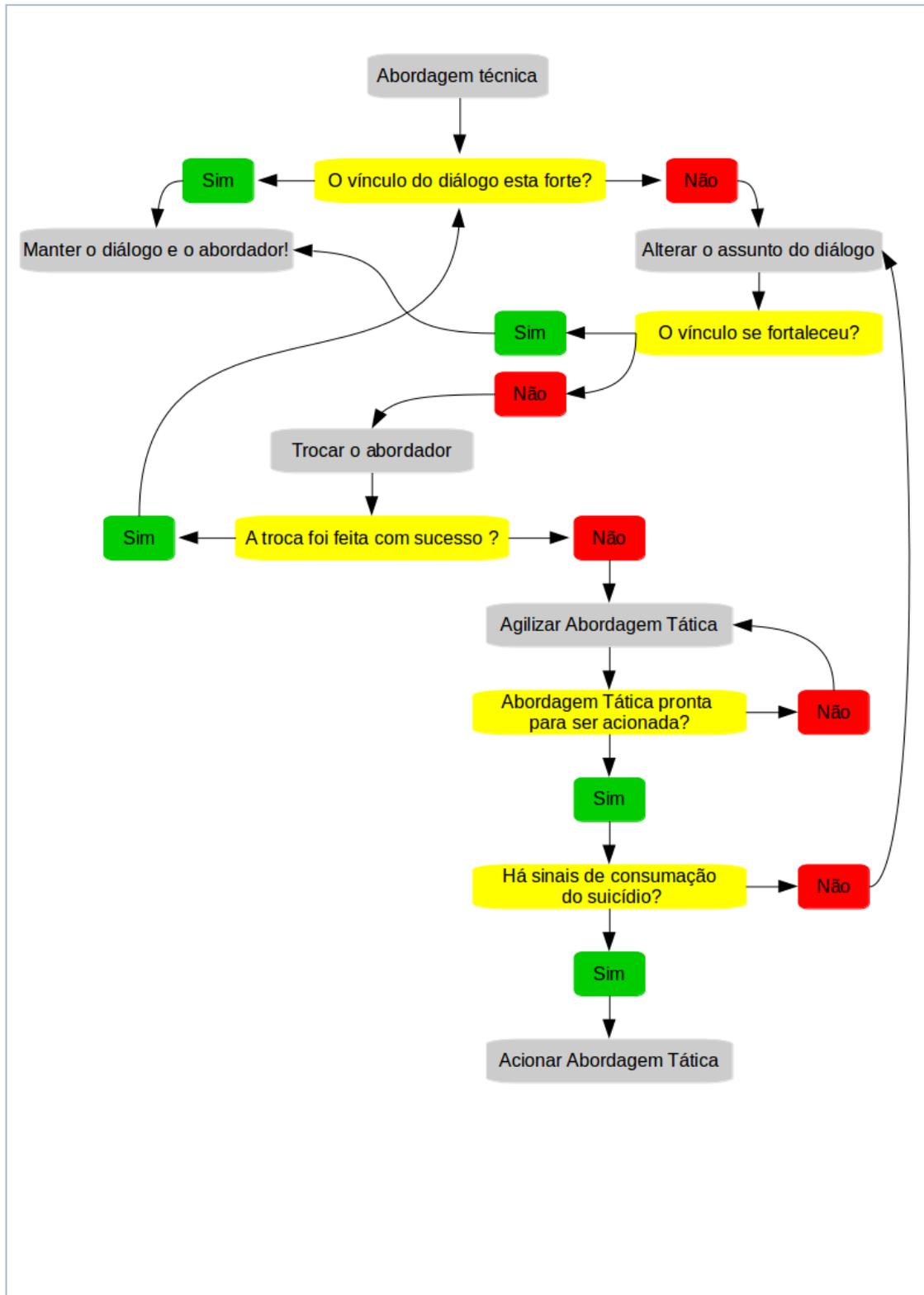
2.4.1.5 Abordagem à vítima

A abordagem técnica é a abordagem verbal a qual o bombeiro militar utiliza, por meio da comunicação falada ou gestual, para convencer o tentante a desistir da tentativa de suicídio. É a forma de aproximação mais eficaz e correta do abordador para com o tentante, pois é pautada na verdade e confiança. O abordador busca criar um vínculo com a vítima, de forma humanizada, coerente e respeitosa, com o intuito de resolver de forma pacífica a ocorrência e evitar o fatídico suicídio. As fases de uma abordagem técnica são aproximação, silêncio inicial, apresentação pessoal, início do diálogo, perguntas simples e perguntas complexas, as quais veremos detalhadamente a seguir (COMISSÃO NACIONAL DE ABORDAGEM TÉCNICA A TENTATIVAS DE SUICÍDIO, 2019).

A abordagem tática é um backup de segurança, que deve ser utilizado somente em última opção, quando a ocorrência já não pode mais ser resolvida através da abordagem técnica. O Corpo de Bombeiros da Polícia Militar do Estado de São Paulo está desencorajando, cada vez mais, tais ações táticas e se especializando na verbalização técnica, ou seja, na fase de abordagem técnica à tentativas de suicídio (MUNHOZ, 2019).

Os motivos para isso são diversos. Há uma grande margem de erro na ação tática seguida da possibilidade de uma morte trágica por parte do suicida. Mesmo que isso não aconteça, é sabido que 70% das pessoas que tentam suicídio e não conseguem, irão tentar novamente, e no caso de terem sofrido uma imobilização forçada e traumática, a aceitabilidade da abordagem em tentativa futura será muito menor. Outro motivo ainda é devido ao fato de que, em muitas ocorrências, é praticamente inviável a montagem da abordagem tática em virtude dos cenários não permitirem tal prática, como por exemplo, em torres de alta tensão (MUNHOZ, 2019).

Quadro 2- Fluxograma para acionamento da abordagem tática



Fonte: adaptado de Munhoz (2019).

2.4.1.6 Retirada e Transporte da Vítima

Após a desistência voluntária da vítima em suicidar-se (decorrente da abordagem técnica realizada) ou após a abordagem tática (utilizada apenas em último caso, decorrente de falha da abordagem técnica ou iminência do suicídio ocorrer), deve-se retirar o tentante da situação de risco e transportá-lo para o hospital especializado na área psiquiátrica. É importante ressaltar que em caso de necessidade de abordagem tática, o tentante pode tentar agredir o bombeiro militar ou ainda, executar o suicídio em virtude do susto ou possível acidente. Em caso de comportamento agressivo, sugere-se a imobilização da vítima com o uso de lençóis e bandagens, de modo a não ferir o paciente (PINHEIRO, 2014).

O abordador deve sempre conduzir o tentante à viatura em segurança, fornecendo ao mesmo uma saída honrosa, de forma a evitar o sentimento de constrangimento e vergonha por parte da vítima. O abordador deve também, acompanhar o tentante até o hospital e ir desfazendo o vínculo criado de maneira gradual e respeitosa. De maneira alguma o tentante poderá ser liberado no local. Toda vítima de tentativa de suicídio deve ser transportada para o hospital e encaminhada ao médico responsável (COMISSÃO NACIONAL DE ABORDAGEM TÉCNICA A TENTATIVAS DE SUICÍDIO, 2019).

2.4.2 Procedimentos da Abordagem Técnica

Munhoz (2019) e o Corpo de Bombeiros da Polícia Militar do Estado de São Paulo (2019) afirmam que os procedimentos que devem ser adotados em uma abordagem técnica à tentativa de suicídio são:

1. OBSERVAÇÃO E COMUNICAÇÃO (LINGUAGEM CORPORAL): A comunicação pode ser verbal ou extraverbal, a qual se caracteriza pela expressão corporal do indivíduo (postura corporal e mímica facial). À essa comunicação denominamos linguagem corporal, que é a forma com que o corpo ou o rosto se expressam. As equipes de socorro devem estar atentas à linguagem corporal própria e à linguagem corporal do tentante. Através dessa leitura é possível visualizar se o tentante está envolvido na conversa ou não, bem como se está prestes a cometer o ato. Observar as ações do tentante fornece informações sobre seu estado, e através de diálogos dirigidos, é possível trazer alívio e melhora do seu sofrimento. Além disso, uma boa postura corporal por parte da equipe de atendimento auxilia no fortalecimento do vínculo.

2. VÍNCULO: O vínculo entre abordador e tentante é fundamental no atendimento desse tipo de ocorrência. Para criar o vínculo, é importante que apenas um abordador fale com o tentante durante o atendimento. O abordador deve saber ouvir, dar atenção, ser receptivo e abordar a vítima com respeito e gentileza, mostrando-se mobilizado com o sofrimento da mesma, além de demonstrar que está ali para ouvir o quanto for necessário, sem pressa de resolver rapidamente a ocorrência. O vínculo entre abordador e tentante passa a existir quando o abordador transmite segurança e confiança, e o tentante sente-se seguro para falar. Essas questões são de extrema importância para a formação do vínculo, que, uma vez formado, deve ser preservado, com o intuito de conseguir atitudes que gerem a desistência voluntária da tentativa de suicídio por parte do tentante. O vínculo facilmente se quebra se o tentante sentir que o abordador não é confiável, se perceber que foi enganado, desafiado ou mentiram para ele. Para que não ocorra a quebra de confiança e conseqüentemente, do vínculo entre abordador e tentante, algumas regras devem ser rigorosamente respeitadas:

- **Olhar para o tentante:** olhar o tentante durante a abordagem é um preceito básico para formar um bom vínculo, além de ser uma questão de respeito e demonstração de interesse na conversa. É primordial também como proteção para o abordador, uma vez que se o mesmo estiver desatento, tem seu reflexo de movimento diminuído e o tentante pode tentar agredi-lo.
- **Ouvir atentamente:** ouvir o que o tentante tem a dizer com atenção é sinal de educação e respeito, e auxilia a manter o diálogo e estreitar o vínculo. Caso a vítima se mostre confusa e fale coisas incompreensíveis, mudando várias vezes o assunto, não se deve demonstrar rejeição ou rispidez, nem ameaçar ou desafiá-la. É preciso fixar limites de modo que ela não divague ou fuja do motivo que a levou a tentar suicídio, fazendo-a retornar à idéia central. Além de ouvir, o abordador deve concentrar-se para não fazer perguntas repetidas ou esquecer fatos ou nomes já ditos pelo tentante.
- **Respeitar pausas silenciosas:** é comum tentantes que, ao relatarem seus conflitos ao abordador, tenham um aumento do sofrimento e precisem de uma pausa para ordenar o pensamento e aliviar a pressão. Quando isso ocorrer, o abordador deve manter o silêncio por alguns instantes, e em seguida estimular o tentante a voltar a falar. Pausas silenciosas servem de ferramenta para a vítima chegar a uma conclusão dos fatos, mesmo que isso pareça lógico.
- **Não completar frases para o tentante:** por vezes, o tentante apresenta o pensamento mais lento e tem dificuldade para completar frases ou terminar um assunto. O abordador deve estimular o mesmo a concluir a frase ou o assunto com suas próprias palavras, na tentativa de melhorar o curso do pensamento.

- **Repetir, resumir, e relacionar idéias para o tentante:** Ao manter um diálogo com várias informações importantes fornecidas pelo tentante, faz-se necessário que, ao tempo que achar mais adequado, o abordador repita as idéias, fazendo um pequeno resumo das mesmas, observando sempre a linguagem corporal e as colocações verbais que venham a ser feitas pela vítima. Ao resumir seu relato, é possível mostrar situações que a mesma não vê, auxiliando-a a encontrar, por si só, soluções para seus problemas. Vale ressaltar que não se deve dar opinião pessoal ou conselho.
- **Não mentir, prometer ou seduzir:** Não se deve, sob hipótese alguma, mentir para o tentante. Caso isso aconteça, o vínculo está comprometido. Prometer algo, somente quando isso estiver dentro das possibilidades do abordador e seja compatível com uma atuação adequada. Muitas vezes o tentante pode pedir coisas materiais, como café, cigarro, comida, celular, ou até a presença de familiares no local. A maneira mais comum de testar o abordador é quando o tentante pede algo sob ameaça de consumação do suicídio. Entretanto, o abordador não deve ceder aos pedidos do tentante e satisfazer as suas vontades, enquanto o mesmo permanecer em situação de risco, mas deve sim, orientar e explicar educadamente que os itens solicitados estarão disponíveis a partir do momento em que o tentante passar para uma situação segura e desistir da tentativa de suicídio. Tampouco leva-se familiares ou qualquer pessoa que o tentante peça na cena, pois não se conhece suas reais intenções, e uma terceira pessoa no cenário compromete a abordagem, a qual pode tomar rumos inadequados, inclusive com a consumação do suicídio só pelo fato de estar a frente da pessoa solicitada.
- **Não chamar por apelidos ou nomes depreciativos:** Deve-se chamar o tentante pelo seu nome, evitando colocar apelidos e mesmo que de forma carinhosa, chamar de “irmão”, “amigo”, etc. Caso ainda não saiba o nome da vítima, é possível chamá-la de “você”, “senhor” ou “senhora”.
- **Não ser agressivo ou ríspido com o tentante:** Jamais se deve ser agressivo, verbal ou fisicamente, com o tentante. Em casos de vítimas agressivas, pode-se usar a técnica de contenção física quando necessário, entretanto, somente para se proteger, sem ser grosseiro ou ríspido.
- **Não desafiar o tentante:** Há ocasiões em que tentantes podem desafiar o abordador, quando por exemplo, um profissional é recepcionado com xingamentos. Essa situação é vista como positiva, pois além do tentante buscar o diálogo, já “descarrega” um pouco da sua agressividade. É recomendado ao abordador mostrar que ele está ali para ajudar e ouvir.

- **Não julgar, dar opinião pessoal e aconselhar:** mesmo que o tentante solicite opinião ou aconselhamento, não se deve julgar seus atos ou dar conselhos, uma vez que isso pode piorar em muito o estado da vítima.

2.4.3 Fases da Abordagem Técnica

Munhoz (2019) descreve as fases de uma abordagem técnica e como o abordador deve agir em cada uma delas.

2.4.3.1 Aproximação

A aproximação deve ser calma e silenciosa, e com o consentimento do tentante, sempre respeitando o seu espaço. É natural que a vítima repulse a presença do abordador, e com xingamentos e gestos, solicite que este se afaste, o que deve ser prontamente obedecido. Durante a aproximação, formam-se três áreas ou zonas, cujo entendimento e cumprimento é fundamental para resolução deste tipo de ocorrência (MUNHOZ, 2019). São elas:

- 1. ZONA SOCIAL:** área afastada do espaço de segurança do tentante e que não lhe oferece ameaça, podendo qualquer integrante da equipe de socorro permanecer sem incomodá-lo.
- 2. ZONA DE APROXIMAÇÃO:** área onde o abordador se desloca somente após criar vínculo e ganhar a confiança do tentante. Dependendo da ocorrência, geralmente após uma hora de conversa ou mais, o abordador dá um passo a frente, lentamente e sem realizar movimentos bruscos, e a vítima não solicita que ele se afaste. É importante ressaltar que não se deve dar este passo com pressa, na intenção de rapidamente resolver a ocorrência, pois muito provavelmente o tentante solicitará que o retorno ao ponto de partida.
- 3. ZONA INTERPESSOAL:** área da zona de toque, onde o abordador consegue tocar no tentante ao esticar os braços. Essa zona é de extrema confiança e para que o abordador chegue até ela, é necessário horas de diálogo.

2.4.3.2 Silêncio Inicial

Segundo Munhoz (2019), a partir do momento em que o tentante determina a área onde o abordador deve parar ao se aproximar, e, após as zonas acima já terem sido estabelecidas, o abordador deve realizar um instante de silêncio inicial, antes de iniciar qualquer fala, de modo que sua imagem passe por um processo de adaptação junto ao

tentante. Isso se dá devido ao fato de que, nesses tipos de ocorrência, o abordador naturalmente tende a transmitir uma sensação de ameaça ao tentante, sendo necessário alguns segundos ou minutos para que a sua presença seja aceita no local.

2.4.3.3 Apresentação pessoal

Nesta fase, o abordador deve iniciar sua fala de modo convincente e seguro. Suas primeiras palavras, caso não sejam bem utilizadas, podem dar ao tentante uma oportunidade de repulsá-lo. Expressões como “Oi, tudo bem?”, “Bom dia, boa tarde ou noite”, ou “Como você está?”, não são bem aceitas pelo tentante, uma vez que as respostas são previsíveis: é lógico que uma pessoa que está tentando o suicídio não está bem e não é um bom dia (MUNHOZ, 2019).

O abordador deve se identificar de maneira formal dizendo seu nome, a Instituição a que pertence, e por que motivo está ali. De acordo com Munhoz (2019, pg. 199), a melhor forma de se apresentar para um tentante é da seguinte maneira: **“Meu nome é Fernanda, sou do (a) Corpo de Bombeiros Militar e estou aqui para te ouvir!”**. O autor ainda reforça: “Ouvir??? Sim, ouvir!, pois quaisquer que seja a resposta do tentante a esta frase ele nunca conseguirá tirar a audição de quem o está abordando, pois o abordador apenas está naquele cenário para fazer o que mais é preciso neste tipo de ocorrência, ouvir!”(MUNHOZ, 2019, pg.199).

Depois da apresentação do abordador, as próximas falas devem ser realizadas pelo tentante, para dar início à próxima fase da abordagem técnica: o diálogo.

2.4.3.4 Início do diálogo

Com o início do diálogo, se iniciam as etapas mais importantes da abordagem técnica à tentativa de suicídio. É a partir desta fase em diante, que serão empregadas as técnicas e os procedimentos da abordagem, com o intuito final de gerar a desistência voluntária da tentativa de suicídio por parte do tentante.

2.4.3.5 Perguntas Simples

Perguntas simples são aquelas que têm como respostas “sim” ou “não”, como por exemplo: “Você é casado?”, “Você tem filhos?”, “Você mora com eles?” No início do diálogo,

o abordador não pode ser muito invasivo nas perguntas iniciais, já buscando saber os motivos que levaram o tentante a tentar suicídio, pois possivelmente, a conversa seria cortada (MUNHOZ, 2019).

O objetivo das perguntas simples é colher informações da vítima, bem como assuntos que a comovem ou emocionam, de maneira a ajudar o abordador a encontrar o motivo principal da sua aflição ou angústia (CORPO DE BOMBEIROS DA POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2019).

Munhoz (2019) defende que o caminho para a resolução de uma ocorrência de tentativa de suicídio é simples e objetivo: descobrir o fator de proteção e o fator de risco e utilizá-los de maneira correta durante a abordagem. Uma vez descobertos estes fatores, a ocorrência tende a se resolver. Os conceitos de fator de risco e fator de proteção seguem abaixo:

FATOR DE RISCO: Alguém ou algum assunto que são extremamente negativos e trazem lembranças danosas ao tentante, como, por exemplo, um pai que violentou seu filho durante a maior parte da infância desse tentante. Logo, a presença ou lembrança desse pai não será bem aceita por tal vítima de maus tratos.

FATOR DE PROTEÇÃO: Alguém ou algo que possa trazer boas lembranças e fazer com que o tentante tenha um motivo para não consumir o suicídio, como, por exemplo, uma mãe carinhosa ou a lembrança de um filho querido. (MUNHOZ, 2019, p. 182).

A maior dificuldade dessa técnica é identificar e ter a certeza de quando alguma pessoa ou assunto representa fator de proteção ou fator de risco para determinado tentante, pois tais fatores sempre variam conforme a vítima.

Após um abordador efetuar as perguntas simples, o tentante tende a negar os fatores de risco e apenas responder perguntas referentes aos fatores de proteção, ou seja, neutras. Por exemplo, ao perguntar a um tentante se ele é casado, e tal lembrança lhe traga angústia, em regra, ele não responde ou tende a responder de forma ríspida, xingando sua ex-mulher (MUNHOZ, 2019).

Quando o abordador identificar os fatores de risco e os fatores de proteção, este deverá conduzir o diálogo de forma a não falar mais sobre as pessoas/coisas relacionadas aos fatores de risco, bem como deverá focar o diálogo nos fatores de proteção, explorando-os ao máximo, até que o vínculo e a confiança se fortaleçam.

2.4.3.6 Perguntas Complexas

Uma vez descoberto o motivo da crise suicida através das perguntas simples, as perguntas complexas servem para delimitar o tema do diálogo. Elas compreendem perguntas mais elaboradas, as quais pretendem fazer com que o tentante reflita sobre a sua postura.

Por exemplo, após identificar a mãe como um fator de proteção para determinado tentante, pode-se fazer a seguinte pergunta: “Como você acha que sua mãe ficaria se soubesse que você tentou suicídio?”. A pausa silenciosa após uma pergunta complexa é uma excelente ferramenta para ser usada nestes momentos, pois fazem a vítima refletir e chegar a uma própria conclusão dos fatos, mesmo que isso pareça lógico. O objetivo é provocar uma reação de esperança ao fazer o tentante lembrar-se de alguém especial (MUNHOZ, 2019).

A abordagem começa a se desenvolver de forma mais rápida quando o tentante se abre para a conversa e o abordador deve apenas ouvir, e evitar que a vítima divague sobre muitos assuntos e saia do assunto que a levou a tentar o suicídio. Ou seja, a abordagem nesta fase deve ser centralizada no assunto principal, devendo o abordador conduzir a vítima de volta ao tema (MUNHOZ, 2019).

2.4.4 Ferramentas de Diálogo Técnico

Alguns mecanismos devem ser empregados no diálogo entre abordador e tentante, de maneira a auxiliar na desistência voluntária do mesmo em tentar o suicídio. Essas ferramentas devem ser utilizadas em todas as etapas da conversa, ou ainda, sempre que o abordador achar necessário.

2.4.4.1 Paráfrase resumida

A paráfrase resumida consiste em um processo que o abordador utiliza para resumir e reorganizar as ideias do tentante que esteja divagando para outros assuntos. Trata-se de um resumo do que foi dito pelo próprio tentante, excluindo os assuntos paralelos e direcionando a conversa para o problema em questão, ou seja, o motivo da tentativa de suicídio (CORPO DE BOMBEIROS DA POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2019).

Este recurso pode ser utilizado tanto no início, como em qualquer momento do diálogo, quando, resumidamente, o abordador reporta à vítima o que percebe diante da situação, gerando nela um sentimento de que está sendo compreendida. O efeito desejado é

que o tentante sinta que o abordador o entende e percebe sua aflição, o que fortalece o vínculo entre ambos. O objetivo é reduzir o tempo de abordagem, pois caso o tentante divague muito, a ocorrência passa a demorar demais e a possibilidade de desistência do ato diminui (MUNHOZ, 2019).

2.4.4.2 Teia de Indução

A teia de indução constitui uma ferramenta utilizada pelo abordador em proporcionar ao tentante duas ou três opções de respostas à questões já formuladas. Tal técnica de diálogo busca direcionar e induzir o tentante a escolher e se vincular à apenas uma das opções propostas pelo abordador (CORPO DE BOMBEIROS DA POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2019).

Por exemplo, o abordador pode fazer a seguinte pergunta: “Você quer sair daí comigo por que é jovem e tem uma vida pela frente, por que quer ver seus filhos novamente, ou por que simplesmente acredita que há maneiras de resolver os seus problemas?”. Qualquer uma das opções que o tentante escolher para responder não trará prejuízo algum ao mesmo, pelo contrário, desta forma o abordador controla o diálogo.

2.4.4.3 Maiêutica

A maiêutica, criada por Sócrates no século IV a.C., constitui até os dias de hoje, uma importante ferramenta para estimular o indivíduo a construir o seu próprio conhecimento por meio do uso e direcionamento de perguntas formuladas por um mediador. O método pressupõe que a verdade está latente em todo o ser humano, podendo ser aflorada a medida que se responde algumas perguntas simples, porém lógicas. O seu uso na abordagem técnica faz com que o tentante deduza algo lógico sem que o abordador necessite impor afirmativas, mas apenas pelo fato do tentante responder simples questionamentos (CORPO DE BOMBEIROS DA POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2019).

Por exemplo, um tentante que concentra sua angústia no fato de que perdeu o emprego, poderia responder às seguintes perguntas feitas pelo abordador: “Você já teve outros empregos antes?”, “Então já perdeu empregos e já conseguiu novos empregos depois?”. Tais questionamentos levam a tentante a concluir que ele já foi capaz de arrumar novos empregos, e desta vez, também será capaz de arranjar outro emprego.

O abordador deve ajudar o tentante a encontrar as soluções, com base nas próprias experiências da vítima. Jamais deve falar que já passou por aquela situação ou experiência, pois o abordador não pode apresentar um ponto fraco que o nivele ao tentante, uma vez que o mesmo enxerga na figura do abordador um ponto de apoio, uma referência do que é seguro. Neste caso, o abordador perderia a sua credibilidade perante o tentante.

2.4.5 Tipos de perfil de tentante e abordagens técnicas específicas

O Corpo de Bombeiros da Polícia Militar do Estado de São Paulo (2019) e Munhoz (2019) descrevem três diferentes perfis de tentantes de suicídio, os quais apresentam reações específicas perante a abordagem técnica e nunca devem ser abordados da mesma forma. Cada um dos grupos de tentantes apresentam características similares, o abordador deve ter o cuidado de realizar uma abordagem diferente para cada um deles.

2.4.5.1 Perfil Depressivo

O grupo dos depressivos tem como característica principal o silêncio e a falta de diálogo ao abordador se aproximar. Geralmente o abordador tem dificuldade de estabelecer o vínculo no início do diálogo, pois pessoas deste grupo tendem a não querer dialogar. Em sua maioria são pessoas que têm uma feição triste e choram facilmente quando se emocionam. Podem apresentar doenças psiquiátricas, principalmente a depressão (MUNHOZ, 2019).

Este perfil possui um índice de consumação do suicídio considerável, entretanto, a reversão é possível diante de uma abordagem técnica correta. O Corpo de Bombeiros da Polícia Militar do Estado de São Paulo (2019) afirma que a abordagem dirigida aos depressivos deve seguir as seguintes orientações:

- Muita fala até estabelecer diálogo e criar vínculo;
- Abordagem feita de frente e se possível, no mesmo nível do tentante;
- Ter uma atitude mais enérgica quando necessário, sem ser agressivo;
- Manipular o diálogo de forma a fazer o tentante pensar que chegou a uma conclusão por si só;
- Não aconselhar;
- Ser positivo a todo momento.

2.4.5.2 Perfil Agressivo

Este perfil é caracterizado por pessoas que reagem a todo acontecimento, como se fosse uma prova ou um desafio. São altamente competitivos e se esforçam demais para não se sentirem excluídos de determinado grupo. Tendem a não aceitar qualquer tipo de imposição em uma abordagem técnica e de maneira nenhuma devem ser confrontados, o que os tornaria ainda mais agressivos e suscetíveis à consumação do ato suicida (CORPO DE BOMBEIROS DA POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2019).

A postura do abordador é praticamente antônima da adotada no grupo dos depressivos. Todavia, é o grupo que tende a desistir do ato suicida mais facilmente. O sinal mais visível da desistência do suicídio por um indivíduo agressivo é quando este começa a chorar mediante à abordagem, pois através do choro se mostra como uma pessoa que pede ajuda (MUNHOZ, 2019).

O Corpo de Bombeiros da Polícia Militar do Estado de São Paulo (2019) descreve abaixo a abordagem dirigida ao grupo dos agressivos:

- Falar o menos possível, deixando o tentante desabafar;
- Evitar olhar diretamente nos olhos, olhar para a raiz do nariz do tentante;
- Se possível, abordagem feita no nível da vítima ou em um nível abaixo;
- Quanto mais o tentante gritar, fale ainda mais baixo;
- Evite palavras de negação, como “NÃO faça isso”;
- Sob hipótese alguma, reaja a qualquer provocação ou xingamento;
- Não desafie o tentante;
- Não ceda às suas exigências.

2.4.5.3 Perfil Psicótico

O que determina que uma pessoa seja enquadrada no grupo dos psicóticos é que ela esteja, no momento da abordagem técnica, sofrendo com alucinações e delírios. Os delírios são caracterizados, por exemplo, por idéias falsas de que o tentante está sendo perseguido por pessoas que querem lhe fazer mal. As alucinações mais comuns neste tipo de ocorrência são as auditivas e visuais, ou seja, a vítima ouve vozes que falam com ele e vê animais ou pessoas que não existem. Muitas vezes essas vozes dão ordens ao tentante, sobre como ele deve agir em determinada circunstância (MUNHOZ, 2019).

Indivíduos pertencentes ao grupo dos psicóticos tendem a possuir esquizofrenia e apresentam idéias confusas e desconexas, dificultando a compreensão por parte do abordador. A maioria das vítimas psicóticas se comportam de modo excêntrico ou indiferente ao ambiente que os cercam, não possuem expressão afetiva ou possuem reações afetivas incongruentes ao contexto em que se encontram. Em geral, são desanimados e apáticos, ficam isolados socialmente (CORPO DE BOMBEIROS DA POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2019).

Geralmente as ocorrências de tentativa de suicídio envolvendo pessoas em surto psicótico são mais demoradas e muito complexas. Para obter êxito com esse grupo, deve-se seguir linhas determinadas de abordagem (Corpo de Bombeiros da Polícia Militar do Estado de São Paulo, 2019):

- Não existe ainda um consenso sobre uma abordagem segura a este tipo de suicida, deverá ser testado no local se o diálogo se torna positivo quando o abordador concorda com as alucinações do tentante;
- Caso o abordador “entre na viagem” do tentante, e por ventura, a vítima volte à realidade de forma a pôr o abordador como um mentiroso, deve-se imediatamente realizar a troca do abordador.
- Muitas vezes a vítima já é conhecida da equipe de socorro, caso isso ocorra, deve-se utilizar um abordador conhecido do tentante, caso haja.

3 METODOLOGIA

Quanto à abordagem desta pesquisa, verifica-se o enfoque qualitativo, caracterizado, inicialmente, pela não utilização de instrumentos estatísticos na análise de dados, mas principalmente, pelo fato do pesquisador ser o instrumento-chave na busca da fonte dos dados. O presente estudo emprega uma metodologia qualitativa ao descrever determinado problema, ainda não processado por grupos sociais, de modo que a abordagem qualitativa foca a experiência das pessoas e seu respectivo significado em relação à determinado problema ou evento.

Quanto à finalidade, esta pesquisa se classifica como exploratória. Conforme Gil (2002, p. 41), “[...] as pesquisas exploratórias têm o objetivo de proporcionar uma visão geral acerca de um determinado fato.” A pesquisa exploratória consiste na falta de conhecimento sistematizado sobre o assunto, de maneira a aprofundar os conhecimentos de determinado fenômeno para procurar explicações das suas causas e consequências. Ela torna-se um instrumento útil para o levantamento de informações com a finalidade aplicada de encaminhamento às ações práticas.

Quanto ao delineamento da pesquisa, o procedimento técnico utilizado foi a pesquisa bibliográfica relacionada ao tema de estudo. Gil (2002, p. 44) afirma que “[...] a pesquisa bibliográfica visa recolher, selecionar, analisar e interpretar as contribuições teóricas que já existem sobre determinados assuntos”. Ela é feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, ou seja, baseia-se em material (artigos científicos e livros) já publicado. A principal técnica utilizada foi a documentação indireta.

Com relação ao tema proposto na pesquisa, foram levantados dados de outras instituições, acerca da capacitação e habilidade específica dos bombeiros militares para atuarem em ocorrências envolvendo tentativas de suicídio. O método científico utilizado foi o hipotético-dedutivo. Para Lakatos e Marconi (2007), este método se inicia pela percepção de uma lacuna nos conhecimentos, acerca da qual formula hipóteses e, pelo processo de inferência dedutiva, testa a predição da ocorrência de fenômenos abrangidos pela hipótese. No que se refere a esta pesquisa, a partir da possível falta de qualificação técnica dos bombeiros militares do CBMSC para atenderem ocorrências envolvendo tentativas de suicídio, foi proposto uma doutrina de abordagem técnica à tentativas de suicídio atendidas pelo CBMSC, a fim de que todos os bombeiros militares estejam qualificados para atuarem de forma efetiva nestas ocorrências.

Quanto ao método de procedimento, esta pesquisa se caracteriza pelo método monográfico. Conforme Lakatos e Marconi (2007), o método monográfico consiste no estudo de determinados grupos ou instituições, a fim de obter generalizações. A vantagem deste método consiste em respeitar a totalidade dos grupos, ao estudar a vida do grupo na sua unidade concreta e evitar a dissociação dos seus elementos.

4 CONCLUSÃO

Diante do aumento do número de óbitos por suicídio no Brasil e principalmente em Santa Catarina, o segundo estado com as maiores taxas do país, as quais apresentam o dobro da média nacional (10,4 por 100 mil habitantes), e perante a necessidade de uma doutrina confiável que regulamente o atendimento das ocorrências de tentativa de suicídio no Estado, a presente pesquisa teve como objetivo geral apresentar ao Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina, uma proposta de doutrina de abordagem técnica em ocorrências de tentativas de suicídio.

Tal proposta baseou-se na necessidade do CBMSC estabelecer as diretrizes para o atendimento de ocorrências envolvendo tentativas de suicídio, de modo que todo e qualquer bombeiro militar possa estar devidamente qualificado para atuar nestas ocorrências.

O objetivo desta pesquisa foi atingido através do alcance das seguintes propostas específicas:

1. Foram apresentados os dados estatísticos acerca das taxas de óbito por suicídio no mundo, no Brasil e em Santa Catarina, no primeiro item do segundo capítulo deste trabalho;

2. Foram apresentadas informações sobre o comportamento suicida, descritos os mitos e as verdades sobre o fenômeno, identificadas as fases da crise suicida e os fatores de risco para o suicídio (permitindo assim a identificação das pessoas com maior possibilidade de tentar o suicídio) no segundo item do segundo capítulo da pesquisa;

3. Foram citados os métodos mais utilizados nas tentativas de suicídio, no terceiro item do segundo capítulo;

4. Foram apresentadas as diretrizes e normas para prevenção ao suicídio em vigor no mundo e no Brasil, inclusive foi utilizado para fundamentação da doutrina proposta no presente estudo o Protocolo Nacional de Abordagem Técnica a Tentativas de Suicídio, publicado no XIX Seminário Nacional de Bombeiros que ocorreu no Maranhão no período de 12 a 14 de novembro do presente ano;

5. Foi elaborada a proposta de doutrina de abordagem técnica em tentativas de suicídio no Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina, tendo como embasamento teórico toda a informação descrita no quarto item do segundo capítulo deste estudo, destacando-se: o gerenciamento de emergências envolvendo tentativas de suicídio, os procedimentos e as fases da abordagem técnica, as ferramentas de diálogo técnico e os tipos de perfil de tentantes e suas abordagens específicas.

A referida proposta se consolida através da elaboração do Programa de Matérias e Planos de Unidade Didática do Curso de Abordagem Técnica a Tentativas de Suicídio, apresentados no apêndice deste trabalho.

A finalidade do Curso de Abordagem Técnica a Tentativas de Suicídio (CATTS) é habilitar os alunos a realizar a Abordagem Técnica a Tentativas de Suicídio conforme a doutrina adotada pelo CBMSC (objeto desta pesquisa), bem como a realizar de forma eficaz a coordenação de ocorrências envolvendo tentativas de suicídio. O público-alvo do curso são, principalmente, bombeiros militares (oficiais e praças), mas pode ser oferecido também a servidores da segurança pública e profissionais da saúde.

A carga horária total proposta para o curso é de 40 horas-aula, distribuídas em uma semana de capacitação, de segunda a sexta-feira, no período integral. As disciplinas do curso e suas respectivas cargas horárias são:

1. PATOLOGIAS DA MENTE: 4 horas/aula;
2. FENÔMENO DO SUICÍDIO: 4 horas/aula;
3. PROCEDIMENTOS TÉCNICOS DE ABORDAGEM: 4 horas/aula;
4. ABORDAGEM TÉCNICA: 6 horas/aula;
5. GERENCIAMENTO DE EMERGÊNCIAS ENVOLVENDO TENTATIVAS DE SUICÍDIO: 4 horas/aula;
6. PREVENÇÃO AO SUICÍDIO NO MEIO MILITAR: 2 horas/aula;
7. SIMULADOS: 16 horas/aula.

Os objetivos de cada matéria do Curso de Abordagem Técnica a Tentativas de Suicídio são os seguintes:

1. PATOLOGIAS DA MENTE: Promover o entendimento acerca das patologias e das situações que podem desencadear um ato suicida, bem como identificar as pessoas com risco para o suicídio.
2. FENÔMENO DO SUICÍDIO: Promover o entendimento acerca do suicídio de uma forma geral e descrever as normas, diretrizes e leis vigentes relacionadas ao suicídio e sua prevenção.
3. PROCEDIMENTOS TÉCNICOS DE ABORDAGEM: Conhecer a postura esperada do abordador e os procedimentos a serem utilizados durante a abordagem técnica para a realização de uma abordagem eficaz.
4. ABORDAGEM TÉCNICA: Conhecer a doutrina da abordagem técnica, base para o atendimento de ocorrências de tentativas de suicídio, as suas fases, as ferramentas utilizadas, bem como identificar os diferentes grupos de tentantes e suas abordagens específicas.

5. GERENCIAMENTO DE EMERGÊNCIAS ENVOLVENDO TENTATIVAS DE SUICÍDIO: Conhecer todo o gerenciamento de uma ocorrência envolvendo tentativas de suicídio, de modo que o bombeiro militar seja capaz de conduzir adequadamente todos os passos envolvidos neste tipo de ocorrência, para uma resolução adequada da mesma.

6. PREVENÇÃO AO SUICÍDIO NO MEIO MILITAR: Promover o entendimento acerca do suicídio no meio militar e identificar comportamentos suicidas e formas de prevenção do suicídio em Instituições Militares.

7. SIMULADOS: Executar de maneira correta a abordagem técnica e tática, caso necessário, em diferentes cenários de ocorrências envolvendo tentativas de suicídio.

Os concluintes do curso receberão certificado expedido pelo CBMSC e serão habilitados para atuarem no atendimento de ocorrências envolvendo tentativas de suicídio no Estado.

Conclui-se que os objetivos da pesquisa foram alcançados, ao apresentar uma proposta de doutrina, e mais especificadamente, de um Curso de Abordagem Técnica a Tentativas de Suicídio para o CBMSC.

Como recomendação, fica estabelecida a necessidade de encaminhamento da proposta do Curso, apresentada neste estudo, à Diretoria de Ensino do CBMSC, a fim de ser institucionalizada. Sugere-se ainda, a criação da Câmara Técnica de Abordagem Técnica a Tentativas de Suicídio, pertencente à Coordenadoria de Atendimento Pré-hospitalar, ou ainda se possível, a criação de uma Coordenadoria própria de Abordagem Técnica a Tentativas de Suicídio.

Por fim, que este trabalho sirva de referência e um ponto de partida para mostrar a importância de um atendimento humanizado e adequado às vítimas de tentativa de suicídio, baseado fundamentalmente no diálogo técnico e não mais na contenção física da vítima. Que esta proposta possa ser implementada e crie um novo paradigma quanto ao atendimento de ocorrências de tentativas de suicídio no CBMSC.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Suicídio: informando para prevenir**. Brasília, 2014.

BERTOLETE, José Manoel. **O suicídio e sua prevenção**. São Paulo: Unesp, 2012.

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

BRASIL. **Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html>. Acesso em: 12 out. 2019.

_____. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 12 out. 2019.

_____. **Portaria nº 1.271, de 06 de junho de 2014**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 13 out. 2019.

_____. **Portaria nº 3.479, de 18 de dezembro de 2017**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3479_22_12_2017.html>. Acesso em: 13 out. 2019.

_____. **Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13819.htm>. Acesso em: 13 out. 2019.

COMISSÃO NACIONAL DE ABORDAGEM TÉCNICA A TENTATIVAS DE SUICÍDIO. **Protocolo nacional de abordagem técnica a tentativas de suicídio**. São Luís, 2019.

CORPO DE BOMBEIROS DA POLÍCIA MILITAR DE SÃO PAULO. **Manual de gerenciamento de crises envolvendo suicidas e atentados terroristas**. São Paulo, 2006.

_____. **Manual de referência abordagem técnica a tentativas de suicídio**. São Paulo. 2019/2020.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Suicídio: saber, agir e prevenir. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, v. 48, n. 30, p. 1-14, 2017.

_____. **Agenda de ações estratégicas para a vigilância e prevenção do suicídio e promoção da saúde no Brasil- 2017 a 2020**. Brasília, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio**: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília, 2006.

MUNHOZ, Diógenes Martins. **Proposta de capacitação ao efetivo do corpo de bombeiros para o atendimento a ocorrências de tentativa de suicídio**. 2016. 82 fls. Monografia (Curso de Aperfeiçoamento de Oficiais) – Polícia Militar de São Paulo, São Paulo.

_____. **Abordagem técnica a tentativas de suicídio**. São Paulo: Authentic Fire, 2019.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Prevenção do suicídio**: um recurso para conselheiros. Genebra, 2006.

_____. **Saúde Pública, ação para a prevenção do suicídio**: uma estrutura. Genebra, 2013.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - Rio de Janeiro. **Avaliação do risco de suicídio e sua prevenção**. Rio de Janeiro, 2016.

SECRETARIA DA SAÚDE - Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **Perfil epidemiológico das tentativas e de óbitos por suicídio no Estado de Santa Catarina e a rede de atenção à saúde (2012-2017)**. Disponível em:

<<http://www.dive.sc.gov.br/barrigaverde/pdf/BarrigaVerde%20Suicidio.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2019.

SANTA CATARINA - SUS (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE). **Risco de suicídio**: protocolo clínico. Santa Catarina, 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROPSICOLOGIA. **Suicídio**: compreender, identificar e intervir. São Paulo, 2018.

PINHEIRO, Raniel Teles. **Atendimento a ocorrências envolvendo tentativa de suicídio**. 2014. 57 fls. Monografia (Curso de Formação de Oficiais) – Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina. Florianópolis, 2014.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal; GONTIJO, Eliane Dias. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. **Caderno Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 108-114, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicide in the world**: Global Health Estimates. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326948/WHO-MSD-MER-19.3-eng.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2019.

_____. **Mental Health**: Action Plan 2013-2020. Genebra, 2013.

**APÊNDICE A – PROGRAMA DE MATÉRIAS E PLANOS DE UNIDADE DIDÁTICA
(PROMAPUD) DO CURSO DE ABORDAGEM TÉCNICA A TENTATIVAS DE
SUICÍDIO NO CBMSC**



**ESTADO DE SANTA CATARINA
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE SANTA CATARINA
DIRETORIA DE ENSINO**

PROGRAMA DE MATÉRIAS				
SIGLA	NOME DA DISCIPLINA	TIPO DE CURSO	H/A	Versão
CATTS	Curso de Abordagem Técnica a Tentativas de Suicídio	Capacitação	40	2020.1

EMENTA: Conceitos aplicados às patologias da mente, ao fenômeno do suicídio, aos procedimentos técnicos necessários para realização de uma abordagem eficaz, às fases e ferramentas de uma abordagem técnica, ao gerenciamento de emergências envolvendo tentativas de suicídio e à prevenção do suicídio no meio militar.

Objetivo Geral: Habilitar os alunos a realizar a Abordagem Técnica a Tentativas de Suicídio conforme a doutrina adotada pelo CBMSC, bem como a realizar de forma eficaz a coordenação de ocorrências envolvendo tentativas de suicídio.

Público Alvo: Bombeiros militares, servidores da segurança pública e profissionais da saúde.

PLANO DE UNIDADE DIDÁTICA

Objetivos de Aprendizagem:

- entender a importância das patologias da mente e sua causalidade com o fenômeno do suicídio;
- executar uma Abordagem Técnica eficaz em ocorrências de tentativa de suicídio, a fim de promover a desistência do suicídio por vontade própria da vítima;
- compreender as ações de gerenciamento de ocorrências envolvendo tentativas de suicídio;
- montar e executar de forma eficaz diferentes tipos de abordagens táticas que possam vir a serem utilizadas em ocorrências.

Matérias	Nr	Unidades Didáticas	H/A
Patologias da Mente	1	Apresentação do curso	4
	2	Psicopatologias associadas ao suicídio	
	3	Fatores de risco sociodemográficos e sua associação com o fenômeno do suicídio	
Fenômeno do Suicídio	1	Breve entendimento do suicídio	4
	2	O Comportamento Suicida	
	3	Aspectos Legais	
Procedimentos Técnicos de Abordagem	1	Postura profissional do abordador	4
	2	Procedimentos positivos e negativos na Abordagem Técnica	
Abordagem Técnica	1	Fases da Abordagem Técnica	6
	2	Ferramentas de diálogo	
	3	Perfis de tentante	
Gerenciamento de Emergências envolvendo Tentativas de Suicídio	1	Composição da Equipe de Abordagem	4
	2	Fases de uma ocorrência de Tentativa de Suicídio	
	3	Sistema de Comando em Operações	

Prevenção ao suicídio no meio militar	1 O Suicídio no Meio Militar	
	2 Identificação de comportamentos suicidas e prevenção do suicídio em Instituições Militares	2
Simulados	1 Oficinas em grupo (prática)	16

Bibliografia básica:

CONATTS, Protocolo Nacional de Abordagem Técnica a Tentativa de Suicídio, 2019.

MUNHOZ, Diógenes Martins. Abordagem Técnica à Tentativa de Suicídio. São Paulo: Ed. Authentic Fire, 2019.

Manual de Referência Curso Abordagem Técnica à Tentativa de Suicídio CBPMSP, 2019/2020.

Bibliografia complementar:

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



**ESTADO DE SANTA CATARINA
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE SANTA CATARINA
DIRETORIA DE ENSINO**

PROGRAMA DE MATÉRIAS

SIGLA	NOME DA DISCIPLINA	CURSO	H/A	Versão
PAM	Patologias da Mente	CATTS	4	2020.1

EMENTA: Psicopatologias associadas ao suicídio, Fatores de risco sociodemográficos e fatores relacionados ao abuso de álcool e drogas.

Objetivo Geral: Promover o entendimento acerca das patologias e das situações que podem desencadear um ato suicida, bem como identificar as pessoas com risco para o suicídio.

Público Alvo: Bombeiros militares, servidores da segurança pública e profissionais da saúde.

PLANO DE UNIDADE DIDÁTICA

Objetivos de Aprendizagem:

- a) Identificar as principais patologias e sintomas característicos associados ao suicídio;
- b) Citar as situações que podem desencadear o suicídio;
- b) Identificar as pessoas com maior possibilidade de tentarem o suicídio.

Unidade Didática	Nr	Assuntos Abordados	H/A
Apresentação do curso	1	Apresentação do Plano de Ensino e Instrutores	-
Psicopatologias associadas ao suicídio	2	Fatores de risco relacionados aos transtornos mentais, transtornos de personalidade e transtorno por exposição pós-traumática (TEPT).	3
Fatores de risco sociodemográficos e sua associação com o fenômeno do suicídio	3	Fatores de risco sociodemográficos (sexo, idade, etc) e fatores relacionados ao abuso de álcool e drogas.	1

Bibliografia básica:

CONATTS, Protocolo Nacional de Abordagem Técnica a Tentativa de Suicídio, 2019.
MUNHOZ, Diógenes Martins. Abordagem Técnica à Tentativa de Suicídio. São Paulo: Ed. Authentic Fire, 2019.
Manual de Referência Curso Abordagem Técnica à Tentativa de Suicídio CBPMSP, 2019/2020.

Bibliografia complementar:

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



**ESTADO DE SANTA CATARINA
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE SANTA CATARINA
DIRETORIA DE ENSINO**

PROGRAMA DE MATÉRIAS

SIGLA	NOME DA DISCIPLINA	CURSO	H/A	Versão
FES	Fenômeno do Suicídio	CATTS	4	2020.1

EMENTA: Breve entendimento do suicídio, do comportamento suicida, e aspectos relacionados à normas e leis vigentes.

Objetivo Geral: Promover o entendimento acerca do suicídio de uma forma geral e descrever as normas, diretrizes e leis vigentes relacionadas ao suicídio e sua prevenção.

Público Alvo: Bombeiros militares, servidores da segurança pública e profissionais da saúde.

PLANO DE UNIDADE DIDÁTICA

Objetivos de Aprendizagem:

- Conhecer a história do suicídio, bem como as estatísticas das mortes por suicídio atualmente;
- Identificar os principais mitos e verdades sobre o fenômeno tentante;
- Identificar os principais métodos utilizados pelo tentante;
- Conhecer o Protocolo Nacional de Abordagem Técnica à Tentativa do Suicídio e demais leis vigentes.

Unidade Didática	Nr	Assuntos Abordados	H/A
Breve entendimento do suicídio	1	O suicídio na História da humanidade, Estatísticas no mundo, no Brasil e em SC.	1
O Comportamento Suicida	2	Métodos de suicídio, Mitos e verdades, Ideação, planejamento e tentativa de suicídio.	2
Aspectos Legais	3	Protocolo Nacional de Abordagem Técnica à Tentativa do Suicídio, Leis e Diretrizes vigentes.	1

Bibliografia básica:

CONATTS, Protocolo Nacional de Abordagem Técnica a Tentativa de Suicídio, 2019.

MUNHOZ, Diógenes Martins. Abordagem Técnica à Tentativa de Suicídio. São Paulo: Ed. Authentic Fire, 2019.

Manual de Referência Curso Abordagem Técnica à Tentativa de Suicídio CBPMSP, 2019/2020.

Bibliografia complementar:

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



**ESTADO DE SANTA CATARINA
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE SANTA CATARINA
DIRETORIA DE ENSINO**

PROGRAMA DE MATÉRIAS

SIGLA	NOME DA DISCIPLINA	CURSO	H/A	Versão
PTA	Procedimentos Técnicos de Abordagem	CATTS	4	2020.1

EMENTA: Postura profissional do abordador e Procedimentos positivos e negativos na Abordagem Técnica.

Objetivo Geral: Conhecer a postura esperada do abordador e os procedimentos a serem utilizados durante a abordagem técnica para a realização de uma abordagem eficaz.

Público Alvo: Bombeiros militares, servidores da segurança pública e profissionais da saúde.

PLANO DE UNIDADE DIDÁTICA

Objetivos de Aprendizagem:

- a) Identificar características e perfil esperado do abordador;
- b) Descrever os procedimentos corretos a serem utilizados em uma abordagem técnica;
- c) Descrever os procedimentos a serem evitados em uma abordagem técnica.

Unidade Didática	Nr	Assuntos Abordados	H/A
Postura profissional do abordador	1	Características e perfil esperado do abordador.	1
Procedimentos positivos e negativos na Abordagem Técnica	2	Observação e Comunicação (Linguagem Corporal), Criação do Vínculo, Procedimentos a serem evitados na Abordagem Técnica.	3

Bibliografia básica:

CONATTS, Protocolo Nacional de Abordagem Técnica a Tentativa de Suicídio, 2019.
MUNHOZ, Diógenes Martins. Abordagem Técnica à Tentativa de Suicídio. São Paulo: Ed. Authentic Fire, 2019.
Manual de Referência Curso Abordagem Técnica à Tentativa de Suicídio CBPMSP, 2019/2020.

Bibliografia complementar:

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



**ESTADO DE SANTA CATARINA
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE SANTA CATARINA
DIRETORIA DE ENSINO**

PROGRAMA DE MATÉRIAS

SIGLA	NOME DA DISCIPLINA	CURSO	H/A	Versão
ABT	Abordagem Técnica	CATTS	6	2020.1

EMENTA: Fases da Abordagem Técnica, Ferramentas de diálogo técnico e Perfis de Tentantes.

Objetivo Geral: Conhecer a doutrina da abordagem técnica, base para o atendimento de ocorrências de tentativas de suicídio, as suas fases, as ferramentas utilizadas, bem como identificar os diferentes grupos de tentantes e suas abordagens específicas.

Público Alvo: Bombeiros militares, servidores da segurança pública e profissionais da saúde.

PLANO DE UNIDADE DIDÁTICA

Objetivos de Aprendizagem:

- a) Descrever as fases que compõe uma Abordagem Técnica;
- b) Conhecer as ferramentas de diálogo técnico com base na Psicologia e na Psiquiatria;
- c) Identificar os grupos de tentantes e conhecer a abordagem técnica utilizada, específica para cada grupo;

Unidade Didática	Nr	Assuntos Abordados	H/A
Fases da Abordagem Técnica	1	Aproximação, Silêncio, Apresentação, Início do diálogo, Perguntas Simples e Perguntas Complexas.	2
Ferramentas de diálogo	2	Paráfrase resumida, Teia de Indução, Maiêutica.	2
Perfis de tentante	3	Perfis de tentante: depressivo, agressivo e psicótico, e abordagens específicas.	2

Bibliografia básica:

CONATTS, Protocolo Nacional de Abordagem Técnica a Tentativa de Suicídio, 2019.

MUNHOZ, Diógenes Martins. Abordagem Técnica à Tentativa de Suicídio. São Paulo: Ed. Authentic Fire, 2019.

Manual de Referência Curso Abordagem Técnica à Tentativa de Suicídio CBPMSP, 2019/2020.

Bibliografia complementar:

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



**ESTADO DE SANTA CATARINA
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE SANTA CATARINA
DIRETORIA DE ENSINO**

PROGRAMA DE MATÉRIAS				
SIGLA	NOME DA DISCIPLINA	CURSO	H/A	Versão
GTS	Gerenciamento de Emergências envolvendo Tentativas de Suicídio	CATTS	4	2020.1

EMENTA: Composição da Equipe de Abordagem, Fases de uma ocorrência e Sistema de Comando em Operações em ocorrências de Tentativa de Suicídio.

Objetivo Geral: Conhecer todo o gerenciamento de uma ocorrência envolvendo tentativas de suicídio, de modo que o bombeiro militar seja capaz de conduzir adequadamente todos os passos envolvidos neste tipo de ocorrência, para uma resolução adequada da mesma.

Público Alvo: Bombeiros militares, servidores da segurança pública e profissionais da saúde.

PLANO DE UNIDADE DIDÁTICA

Objetivos de Aprendizagem:

- a) Conhecer a funções de cada integrante da equipe de abordagem;
- b) Conhecer as fases de uma ocorrência de tentativa de suicídio;
- c) Gerenciar os riscos existentes em cada tipo/método de ocorrência;
- d) Conhecer a doutrina do Sistema de Comando de Operações, bem como o gerenciamento de recursos adicionais e das Instituições envolvidas na ocorrência.

Unidade Didática	Nr	Assuntos Abordados	H/A
Composição da Equipe de Abordagem	1	Papel do abordador, do abordador auxiliar, da equipe de abordagem tática, da equipe da coleta de informações e do segurança.	1
Fases de uma ocorrência de Tentativa de Suicídio	2	Deslocamento e chegada ao local da ocorrência, Assunção de Comando, Dimensionamento da Cena, Gerenciamento dos Riscos (para cada método e tipo de ocorrência), Abordagem, Retirada e Transporte da vítima.	2
Sistema de Comando em Operações	3	Doutrina do Sistema de Comando de Operações, Gerenciamento de recursos adicionais, e Instituições envolvidas na ocorrência.	1

Bibliografia básica:

CONATTS, Protocolo Nacional de Abordagem Técnica a Tentativa de Suicídio, 2019.

MUNHOZ, Diógenes Martins. Abordagem Técnica à Tentativa de Suicídio. São Paulo: Ed. Authentic Fire, 2019.

Manual de Referência Curso Abordagem Técnica à Tentativa de Suicídio CBPMSP, 2019/2020.

Bibliografia complementar:

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



**ESTADO DE SANTA CATARINA
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE SANTA CATARINA
DIRETORIA DE ENSINO**

PROGRAMA DE MATÉRIAS

SIGLA	NOME DA DISCIPLINA	CURSO	H/A	Versão
PSM	Prevenção ao Suicídio no Meio Militar	CATTS	2	2020.1

EMENTA: O Suicídio no Meio Militar, Identificação de comportamentos suicidas e prevenção do suicídio em Instituições Militares.

Objetivo Geral: Promover o entendimento acerca do suicídio no meio militar e identificar comportamentos suicidas e formas de prevenção do suicídio em Instituições Militares.

Público Alvo: Bombeiros militares, servidores da segurança pública e profissionais da saúde.

PLANO DE UNIDADE DIDÁTICA

Objetivos de Aprendizagem:

- a) Conhecer sobre o suicídio presente nas Instituições Militares;
- b) Identificar comportamentos suicidas entre colegas militares;
- c) Conhecer métodos para prevenção do suicídio e auxílio de colegas das Instituições Militares;

Unidade Didática	Nr	Assuntos Abordados	H/A
O Suicídio no Meio Militar	1	Dados estatísticos do suicídio no Meio Militar	1
Identificação de comportamentos suicidas e prevenção do suicídio em Instituições Militares	2	Identificação de fatores de risco para o suicídio e comportamentos suicidas em militares, métodos de prevenção do suicídio em Instituições Militares.	1

Bibliografia básica:

CONATTS, Protocolo Nacional de Abordagem Técnica a Tentativa de Suicídio, 2019.

MUNHOZ, Diógenes Martins. Abordagem Técnica à Tentativa de Suicídio. São Paulo: Ed. Authentic Fire, 2019.

Manual de Referência Curso Abordagem Técnica à Tentativa de Suicídio CBPMSP, 2019/2020.

Bibliografia complementar:

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



**ESTADO DE SANTA CATARINA
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE SANTA CATARINA
DIRETORIA DE ENSINO**

PROGRAMA DE MATÉRIAS

SIGLA	NOME DA DISCIPLINA	CURSO	H/A	Versão
SIM	Simulados	CATTS	16	2020.1

EMENTA: Diferentes Cenários de ocorrências envolvendo tentativas de suicídio.

Objetivo Geral: Executar de maneira correta a abordagem técnica e tática, caso necessário, em diferentes cenários de ocorrências envolvendo tentativas de suicídio.

Público Alvo: Bombeiros militares, servidores da segurança pública e profissionais da saúde.

PLANO DE UNIDADE DIDÁTICA

Objetivos de Aprendizagem:

- Gerenciar por completo diferentes ocorrências envolvendo tentativas de suicídio;
- Realizar uma abordagem técnica eficaz em diferentes cenários de ocorrências envolvendo tentativas de suicídio, utilizando os métodos e procedimentos aprendidos;
- Montar, preparar e realizar abordagens táticas em diferentes cenários de tentativas de suicídio: rapel tático (precipitação), explosão ambiental ou autoimolação e uso de arma branca.

Unidade Didática	Nr	Assuntos Abordados	H/A
Oficina Cenário I	1	Precipitação (Rapel tático)	4
Oficina Cenário II	2	Explosão ambiental ou autoimolação	4
Oficina Cenário III	3	Uso de Arma Branca	4
Avaliação em Grupo	4	Verificação Final (VF)	4

Bibliografia básica:

CONATTS, Protocolo Nacional de Abordagem Técnica a Tentativa de Suicídio, 2019.

MUNHOZ, Diógenes Martins. Abordagem Técnica à Tentativa de Suicídio. São Paulo: Ed. Authentic Fire, 2019.

Manual de Referência Curso Abordagem Técnica à Tentativa de Suicídio CBPMSP, 2019/2020.

Bibliografia complementar:

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