

**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE SANTA CATARINA  
DIRETORIA DE ENSINO  
CENTRO DE ENSINO BOMBEIRO MILITAR  
ACADEMIA BOMBEIRO MILITAR**

**RANIEL TELES PINHEIRO**

**ATENDIMENTO A OCORRÊNCIAS ENVOLVENDO TENTATIVA DE SUICÍDIO**

**FLORIANÓPOLIS  
ABRIL 2014**

**Raniel Teles Pinheiro**

**Atendimento a ocorrências envolvendo tentativa de suicídio**

Monografia apresentada como pré-requisito para conclusão do Curso de Formação de Oficiais do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina.

**Orientador(a): Luciano Mombelli da Luz – Maj BM**

**Florianópolis  
Abril 2014**

CIP – Dados Internacionais de Catalogação na fonte

P654a	<p>Pinheiro, Raniel Teles</p> <p>Atendimento a ocorrências envolvendo tentativa de suicídio. / Raniel Teles Pinheiro. -- Florianópolis : CEBM, 2014. 57 f. : il.</p> <p>Monografia (Curso de Formação de Oficiais) – Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina, Centro de Ensino Bombeiro Militar, Curso de Formação de Oficiais, 2014. Orientador: Major BM Luciano Mombelli da Luz, Esp.</p> <p>1. Suicídio. 2. Ciclo Operacional. 3. Procedimento Operacional Padrão. 4. Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina. II. Título.</p> <p>CDD 363.3481</p>
-------	--

Raniel Teles Pinheiro

Atendimento a ocorrências envolvendo tentativa de suicídio

Monografia apresentada como pré-requisito para conclusão do Curso de Formação de Oficiais do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina.

Florianópolis (SC), 04 de Abril de 2014.

---

Luciano Mombelli da Luz – Maj BM  
Orientador

---

Alexandre Corrêa Dutra – Ten Cel BM  
Membro da Banca Examinadora

---

Helton de Souza Zeferino – Maj BM  
Membro da Banca Examinadora

Dedico este trabalho aos meus pais, pelo incentivo e apoio incondicional dados a mim, e à minha esposa, pelo carinho, compreensão e abnegação.

## **AGRADECIMENTOS**

A priori e sobretudo, agradeço a Deus por me permitir, em seus planos, fazer parte dessa corporação respeitabilíssima que é o Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina. Por me dar saúde, condições físicas e mentais para fazer o Curso de Formação de Oficiais, ânimo forte e entusiasmo pela profissão Bombeiro Militar.

Aos meus pais, pelo apoio na realização desta conquista, pela preocupação constante com meu bem-estar e pelas felicidades compartilhadas a cada vitória, mesmo com a existente distância.

À minha esposa pela compreensão e apoio dispendidos a mim e pela abnegação em aceitar as constantes mudanças que a vida militar requer, sendo sempre companheira e dando suporte à carreira profissional do seu marido.

Aos meus colegas e amigos, pelos bons momentos proporcionados durante estes anos de convivência e por todas as experiências compartilhadas, sempre com espírito de corpo e trabalho em equipe.

Ao meu orientador, pelo conhecimento e experiência transmitidos durante a elaboração deste trabalho, pelo apoio dispendido através de materiais de consulta e ideias que contribuíram sobremaneira para sua elaboração e conclusão.

“Aprendi que um homem só tem direito a olhar o outro de cima para baixo, quando está a ajudá-lo a levantar-se.”

(Gabriel Garcia Marquez)

## RESUMO

O presente trabalho faz um estudo sobre o atendimento a ocorrências envolvendo tentativa de suicídio, suas causas e formas de abordagem. Para obtenção dos dados foram realizadas pesquisas, embasando seu conteúdo em procedimentos operacionais e manuais de Corpos de Bombeiros Militares de outros estados da Federação. Tal estudo possibilitou a compilação de conceitos e procedimentos sobre o tema. Foram realizados, ainda, levantamentos estatísticos sobre óbitos decorrentes de suicídio e de atendimentos feitos, pelo Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina, a ocorrências envolvendo suicida. Por fim, foram ratificadas as informações levantadas, subsidiando um ciclo operacional, cujas rotinas são desenvolvidas sobre os procedimentos adotados em cada fase do atendimento, culminando na sugestão de texto de Diretriz de Procedimento Operacional Padrão, ao Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina, para atendimento a ocorrências envolvendo tentativa de suicídio.

**Palavras-chave:** Suicídio. Ciclo Operacional. Procedimento Operacional Padrão.



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Central de Operações Bombeiro Militar (COBOM).....	37
Figura 2 - Abordagem tática a suicida em altura.....	43
Figura 3 - Abordagem verbal (Negociação).....	44
Figura 4 - Retirada da vítima.....	48
Figura 5 - Fluxograma sobre Ciclo Operacional de Resgate de Suicida.....	50

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Suicídios por Método em SC (2009-2013) .....	26
Gráfico 2 - Suicídios por Ano em SC (2009-2013).....	27
Gráfico 3 - Ocorrências Suicídio/Tentativa (2010-2013).....	28
Gráfico 4 - Suicídios por Idade em SC (2009-2013).....	29
Gráfico 5 - Suicídios por Sexo em SC (2009-2013).....	31
Gráfico 6 - Suicídios por Método x Sexo (2009-2013).....	32
Gráfico 7 - Suicídios por Estado Civil (2009-2013).....	33
Gráfico 8 - Suicídios por Macrorregião (2009-2013).....	35

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Suicídios por ano (2009-2013).....	25
Tabela 2 - Ocorrências envolvendo suicídio/tentativa no E-193 (2010-2013).....	27
Tabela 3 - Suicídios por Idade em SC (2009-2013).....	29
Tabela 4 - Suicídios por Sexo (2009-2013).....	30
Tabela 5 - Proporção Método x Sexo (2009-2013).....	31
Tabela 6 - Suicídios por Estado Civil (2009-2013).....	33
Tabela 7 - Suicídios por Macrorregiões em SC (2009-2013).....	34

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>1.1 Objetivos.....</b>	<b>12</b>
1.1.1 Objetivo Geral .....	12
1.1.2 Objetivos Específicos .....	13
<b>1.2 Justificativa .....</b>	<b>13</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>15</b>
<b>2.1 FATORES DE RISCO PARA O SUICÍDIO .....</b>	<b>16</b>
<b>2.2 Problemas Mentais e Psicológicos .....</b>	<b>18</b>
2.2.1 Esquizofrenia.....	18
2.2.2 Depressão .....	19
2.2.3 Distimia .....	19
2.2.4 Transtorno Afetivo Bipolar .....	19
2.2.5 Alcoolismo .....	20
<b>2.3 Crise .....</b>	<b>20</b>
<b>2.4 Métodos de Suicídio.....</b>	<b>20</b>
<b>3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....</b>	<b>23</b>
<b>4 LEVANTAMENTOS ESTATÍSTICOS.....</b>	<b>25</b>
<b>5 SUGESTÃO DE CICLO OPERACIONAL EM OCORRÊNCIAS ENVOLVENDO TENTATIVA DE SUICÍDIO .....</b>	<b>36</b>
<b>5.1 Prontidão .....</b>	<b>36</b>
<b>5.2 Acionamento .....</b>	<b>36</b>
<b>5.3 Resposta.....</b>	<b>38</b>
5.3.1 Deslocamento .....	38
5.3.2 Estabelecer o Comando .....	39
5.3.3 Dimensionamento da cena.....	39
5.3.4 Gerenciamento de Riscos .....	42
5.3.5 Abordagem à vítima .....	44
5.3.5.1 <i>Postura do Negociador.....</i>	<i>45</i>
5.3.5.2 <i>Esclarecimentos sobre a abordagem.....</i>	<i>47</i>
5.3.6 Retirada e transporte da Vítima .....	48
<b>5.4 Finalização.....</b>	<b>49</b>

<b>6 PROPOSTA DE TEXTO PARA DIRETRIZ DE PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO .....</b>	<b>51</b>
<b>7 CONCLUSÃO.....</b>	<b>54</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>56</b>

## **1 INTRODUÇÃO**

O suicídio é um ato controverso e sua ocorrência é pouco divulgada na mídia para não fomentar a ideia naqueles que se apresentem predispostos a tal. O ato também é encarado com repúdio, por se tratar de mortes horrendas ou por ir contra o próprio instinto natural de sobrevivência humano. Enquanto todas as funções físicas e psicológicas do corpo são voltadas para manter as funções vitais a todo custo, torna-se difícil entender o motivo que leva indivíduos a ceifarem voluntariamente as suas vidas.

Segundo o Centro de Valorização da Vida (2014) “25 brasileiros morrem por dia vítimas de suicídio”. Ainda outro levantamento, segundo o relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS), publicado em Genebra (FRANCE PRESS, 2012), “Um milhão de pessoas por ano se suicidam, uma quantidade maior que o total de vítimas de guerras e homicídios, um problema que se agrava”. O estado de Santa Catarina é considerado detentor de um dos maiores índices de suicídios no Brasil (BRASIL apud SCHIMITT et al., 2008), em especial nas macrorregiões Oeste e Vale do Itajaí.

Conforme afirma o Centro de Valorização da Vida (2014), quanto às pessoas que tentam suicídio desistirem da ideia, “ao receber ajuda preventiva ou oferta de socorro diante de uma crise, elas podem reverter a situação ao colocar para fora seus sentimentos, ideias e valores, alterando, assim, seu estado interior”. Nesse processo, o Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina, no cumprimento de sua missão precípua, a qual abrange a proteção à vida, envolve-se, com frequência, no atendimento a ocorrências de suicídio. Buscando amparar a tropa e visando a excelência no atendimento, a elaboração de uma Diretriz de Procedimento Operacional Padrão, própria do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina denota ser de grande utilidade, no que concerne a orientar a conduta dos militares nesse tipo de ocorrência, embasando seus atos.

### **1.1 Objetivos**

Com este trabalho pretende-se alcançar os seguintes objetivos:

#### **1.1.1 Objetivo Geral**

Fazer um estudo sobre atendimento a ocorrências envolvendo suicidas no Estado de Santa Catarina.

### 1.1.2 Objetivos Específicos

- a) Abordar os principais fatores de risco e os sintomas de um suicida em potencial;
- b) Levantar dados estatísticos sobre ocorrências de suicídio no Estado de Santa Catarina;
- c) Realizar levantamento bibliográfico referente ao tema “atendimento a ocorrências envolvendo suicidas”, bem como POPs de outros estados da Federação;
- d) Descrever o ciclo operacional do atendimento a evento suicida e
- e) Fomentar subsídios e sugerir a elaboração de uma Diretriz de Procedimento Operacional Padrão, sobre atendimento a ocorrências envolvendo suicidas, própria ao Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina.

## 1.2 Justificativa

Este trabalho de conclusão de curso tem sua relevância social frente à grande estatística relacionada ao tema e ao envolvimento do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina em atendimentos a tentativas de suicídio.

Segundo Botega (2010, p. 11), à revista “Debates: psiquiatria hoje”, da Associação Brasileira de Psiquiatria,

Em termos de número de óbitos, o Brasil figura entre os dez países que registram os maiores números absolutos de suicídios. Foram 8639 suicídios oficialmente registrados em 2006, o que representa, em média, 24 mortes por dia. Do total de suicídios, 79,3% foram de homens, o que dá uma razão de 3,8:1 entre homens e mulheres.

O estado de Santa Catarina é detentor de mais de 2.500 mortes por suicídio, de 2009 a 2013 (SANTA CATARINA, 2014), sendo atendidas quase 550 ocorrências de suicídio pelo Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina nos últimos quatro anos, segundo dados levantados do sistema E-193. Conforme estudos, relatados por Schmitt et al (2008, p. 116), Santa Catarina detém um coeficiente de mortalidade por suicídio em torno de 7/100.000 habitantes, valor que representa quase o dobro da média nacional, concentrando-se os maiores níveis nas macrorregiões Oeste e Vale do Itajaí, com índices próximos aos do Rio Grande do Sul, estado com maior taxa de suicídio do país, para cada 100.000 habitantes. Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009 apud BOTEGA, 2010), o município de Gaspar figura entre os dez primeiros, com maior coeficiente de suicídio no triênio de 2005 a 2007, a nível nacional, considerando cidades com mais de 50.000 habitantes.

A Portaria 1.876, de 14 de agosto de 2006, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p. 1) faz as seguintes considerações da importância da abordagem do tema prevenção do suicídio, as quais podem ser aplicadas a este trabalho:

Considerando que o fenômeno do suicídio é um grave problema de saúde pública, que afeta toda a sociedade e que pode ser prevenido;

Considerando a importância epidemiológica do registro do suicídio e das tentativas de suicídio em todo o território nacional;

Considerando a importância epidemiológica e a relevância do quadro de comorbidade e transtornos associados ao suicídio e suas tentativas, em populações vulneráveis, tais como: indivíduos com transtornos psíquicos, especialmente as depressões; indivíduos que já tentaram suicídio; usuários de álcool e outras drogas; populações residentes e internadas em instituições específicas (clínicas, hospitais, presídios e outros); adolescentes moradores de rua, gestantes e/ou vítimas de violência sexual; trabalhadores rurais expostos a determinados agentes tóxicos e/ou a precárias condições de vida; indivíduos portadores de doenças crônico-degenerativas; indivíduos que convivem com o HIV/AIDS e populações de etnias indígenas, entre outras;

Considerando o aumento observado na frequência do comportamento suicida entre jovens entre 15 e 25 anos, de ambos os sexos, escolaridades diversas e em todas as camadas sociais;

Considerando o impacto e os danos causados pelo suicídio e as tentativas nos indivíduos, nas famílias, nos locais de trabalho, nas escolas e em outras instituições;

Considerando a possibilidade de intervenção nos casos de tentativas de suicídio e que as mortes por suicídio podem ser evitadas por meio de ações de promoção e prevenção em todos os níveis de atenção à saúde;

Considerando a necessidade de organizar uma rede de atenção à saúde que garanta linha de cuidados integrais no manejo dos casos de tentativas de suicídio, com vistas a reduzir o dano do agravo e melhorar o acesso dos pacientes ao atendimento especializado, quando necessário;

Considerando a importância do suporte oferecido pelas organizações da sociedade civil na área de Prevenção do Suicídio, como os Centros de Crise e outros;

Considerando os custos elevados dos procedimentos necessários às intervenções após as tentativas de suicídio;

Considerando a necessidade de promover estudos e pesquisas na área de Prevenção do Suicídio; [...] (BRASIL, 2006).

Essa portaria visa à instituição de diretrizes nacionais para prevenção do suicídio, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Ressalte-se que o Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina não possui orientações específicas ou diretrizes que alinhem e amparem a ação da guarnição que atende a esse tipo de ocorrência, bem como não é realizado treinamento durante a formação para lidar com ocorrências dessa natureza.



## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

O suicídio, segundo a Centro de Valorização da Vida (2014, p. 3), é definido como “um gesto de autodestruição, realização do desejo de morrer ou de dar fim à própria vida. É uma escolha ou ação que tem graves implicações sociais”. O Corpo de Bombeiros da Polícia Militar do Estado de São Paulo (2006, p. 9) afirma que “O termo suicídio provavelmente foi utilizado pela primeira vez, em língua francesa, pelo abade DESFONTAINES em 1734 ou 1737, para significar "o assassinato ou morte de si mesmo", com o seguinte significado etimológico: Sui = si mesmo; Caedes = ação de matar.”. Ainda, segundo Durkheim (apud Corpo de Bombeiros da Polícia Militar do Estado de São Paulo (2006, p. 9), o suicídio é “todo caso de morte que resulte direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo, praticado pela própria vítima, sabedora de que devia produzir esse resultado”. Shneidman (apud Corpo de Bombeiros da Polícia Militar do Estado de São Paulo, 2006, p. 9) conceitua-o como “o ato humano de cessação auto-infligida, intencional” e que pode ser mais bem compreendido “como um fenômeno multidimensional, num indivíduo carente, que define uma questão, para a qual o suicídio é percebido como a melhor solução.”

Os suicídios que chegam a óbito possuem registros mais precisos, ao contrário das tentativas, que nem sempre são registradas. Conforme afirma o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p. 11), “os registros oficiais sobre tentativas de suicídio são mais escassos e menos confiáveis do que os de suicídio. Estima-se que o número de tentativas de suicídio supere o número de suicídios em pelo menos dez vezes”. Essa perspectiva dificulta o levantamento exato de tentativas. Por conseguinte, ainda é perceptível um índice elevado de suicídios no Estado de Santa Catarina, com uma média de aproximadamente 536 mortes anuais por suicídio (SANTA CATARINA, 2014).

O histórico de tentativa de suicídio e transtornos mentais são os principais fatores de risco para o suicídio, conforme afirma o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p. 17). Nesse rol de fatores enquadram-se transtornos como esquizofrenia, depressão, distímia, transtorno afetivo bipolar e o alcoolismo.

Ao atender à ocorrência de suicídio, a guarnição Bombeiro Militar guia-se, via de regra, por um fluxo chamado de Ciclo Operacional, que define os passos que o bombeiro deve seguir para uma abordagem mais técnica e eficaz. Esse é o desiderato das Diretrizes de Procedimento Operacional Padrão: indicar, diretamente, o que fazer em determinado tipo de ocorrência. Segundo Dutra (2012, p. 9), “O ciclo operacional é dividido em quatro fases:

prontidão, acionamento, resposta e finalização.” Seu detalhamento ocorre de acordo com o tipo de ocorrência e, no trabalho em questão, voltar-se-á à tentativa de suicídio.

## 2.1 Fatores de risco para o suicídio

Tratando-se de fatores de risco, pode-se arrolá-los organizando-os em classes conforme sua natureza. Gregório (apud CORPO DE BOMBEIROS DA POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2006, p. 16-17) elenca três classes de fatores de risco, quais sejam:

**Perspectiva Biológica:** “comportamento suicida acontece em famílias [...] fatores biológicos e genéticos desempenham papel de risco.”

**Teorias Psicológicas:** “perturbações mentais, depressões graves, melancolias, desequilíbrios emocionais, obsessões e delírios crônicos”

[...]

Para Émile Durkheim, a causa do suicídio só pode ser sociológica. Em seu estudo caracterizou três tipos de suicidas

**Sentido Sociológico:**

- suicida egoísta: A pessoa se mata para não sofrer mais;
- suicida altruísta: A pessoa se mata para não dar trabalho aos outros (geralmente pessoas de idade);
- suicida anômico. A pessoa se mata por causa dos desequilíbrios de ordem econômica e social.

Ainda outros fatores como sexo, idade e estado civil, exercem papel importante, como exposto no capítulo anterior. Esses elementos são classificados como fatores sociais, demográficos e ambientais, ou ainda sociodemográficos. Atentando para os fatores supracitados, o Corpo de Bombeiros da Polícia Militar do Estado de São Paulo (2006, p. 21) afirma que os “homens cometem mais suicídio que mulheres”, apesar dessas investirem na tentativa em maior número. No que tange à faixa etária, os índices se elevam em jovens de 15 (quinze) a 35 (trinta e cinco) anos bem como em idosos com mais de 75 (setenta e cinco) anos. O estado civil não se refere apenas ao divórcio, de forma que ao classificar esse fator, o Corpo de Bombeiros da Polícia Militar do Estado de São Paulo (2006, p. 21) afirma que “a maioria dos que cometem suicídio passaram por acontecimentos estressantes nos três meses anteriores ao suicídio”. Esses acontecimentos podem decorrer de problemas na área das relações afetivas, envolvendo família, namoro, casamento e divórcio, bem como nos relacionamentos interpessoais, como exclusão de determinado grupo social, falsas amizades ou rejeição. A facilidade de acesso a algum método para cometer suicídio é considerado um fator ambiental determinante que pode ser reduzido, preventivamente, dificultando o acesso ou indisponibilizando esses meios ao suicida. Por fim, a exposição ao suicídio é um fator que influencia indivíduos com predisposição ao ato os quais, ao se depararem com esse tipo de

acontecimento na vida real ou através de notícias veiculadas pela mídia, tendem a desencadear a ideia de pôr fim à própria existência.

Sobre os fatores sociodemográficos, Corpo de Bombeiros da Polícia Militar do Estado de São Paulo (2006, p. 22) propõe a seguinte tabela a qual relaciona a probabilidade do suicídio em função dos fatores de risco:

Quadro 1- Fatores que potencializam a consumação do suicídio

ITEM	MAIOR PROBABILIDADE	X	MENOR PROBABILIDADE
SEXO	MASCULINO	X	FEMININO
IDADE	MAIOR DE 50 ANOS	X	MENOR DE 50 ANOS
MÉTODO	CRUEL, DOLOROSO	X	RÁPIDO
SAÚDE	DOENÇA GRAVE	X	SAUDÁVEL
SAÚDE MENTAL	PROBLEMAS MENTAIS	X	SAUDÁVEL
OUTRAS TENTATIVAS	TENTATIVAS ANTERIORES	X	PRIMEIRA VEZ
SOBRIEDADE	SOB EFEITOS DE DROGAS E/OU ÁLCOOL	X	SÓBRIA
CASOS NA FAMÍLIA	SIM	X	NÃO

Fonte: Corpo de Bombeiros da Polícia Militar do Estado de São Paulo (2006, p. 15)

Além dos fatores de risco acima delineados, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p. 16) aborda a classe das condições incapacitantes. Essas condições decorrem de “doenças orgânicas incapacitantes, dor crônica, lesões desfigurantes, epilepsia, trauma medular, neoplasias malignas e até AIDS”. Ao enquadrar-se na realidade de que terá que conviver com esse tipo de problema para o resto da vida, a vítima decide abreviar a dor pondo fim à vida.

Há características comportamentais que sinalizam o risco de suicídio. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p. 51) elenca três principais:

- **Ambivalência:** é atitude interna característica das pessoas que pensam em ou que tentam o suicídio. Quase sempre querem ao mesmo tempo alcançar a morte, mas também viver. O predomínio do desejo de vida sobre o desejo de morte é o fator que possibilita a prevenção do suicídio. Muitas pessoas em risco de suicídio estão com problemas em suas vidas e ficam nesta luta interna entre os desejos de viver e de acabar com a dor psíquica. Se for dado apoio emocional e o desejo de viver aumentar, o risco de suicídio diminuirá.
- **Impulsividade:** o suicídio pode ser também um ato impulsivo. Como qualquer outro impulso, o impulso de cometer suicídio pode ser transitório e durar alguns minutos ou horas. Normalmente, é desencadeado por eventos negativos do dia-a-dia. Acalmando tal crise e ganhando tempo, o profissional da saúde pode ajudar a diminuir o risco suicida.
- **Rigidez/constricção:** o estado cognitivo de quem apresenta comportamento suicida é, geralmente, de constricção. A consciência da pessoa passa a funcionar de forma dicotômica: tudo ou nada. Os pensamentos, os sentimentos e as ações estão

constritos, quer dizer, constantemente pensam sobre suicídio como única solução e não são capazes de perceber outras maneiras de sair do problema. Pensam de forma rígida e drástica: “O único caminho é a morte”; “Não há mais nada o que fazer”; “A única coisa que poderia fazer era me matar”. Análoga a esta condição é a “visão em túnel”, que representa o estreitamento das opções disponíveis de muitos indivíduos em vias de se matar.

Tais sinais podem ser percebidos pela família ou amigos da vítima, ao longo do tempo, bem como pelo próprio negociador, ao abordá-la.

## 2.2 Problemas Mentais e Psicológicos

O Corpo de Bombeiros da Polícia Militar do Estado de São Paulo (2006, p. 12) classifica os transtornos mentais conforme o seguinte:

- Transtornos mentais orgânicos (a demência arterioesclerótica dos idosos e a Doença de Alzheimer).
- Transtornos mentais e de comportamento devidos ao uso de álcool e outras drogas (como a cocaína).
- Esquizofrenia.
- Transtornos do humor (como a depressão e o transtorno bipolar).
- Transtornos ansiosos (como as fobias, o pânico, o transtorno obsessivo compulsivo, a hipocondria e as somatizações).
- Transtornos alimentares (como a anorexia e a bulimia).
- Transtornos do sono (como a insônia e o sonambulismo).
- Transtornos sexuais.
- Transtornos da personalidade.
- Deficiência mental.
- outros transtornos próprios da infância (como o autismo e o déficit de atenção).

Todos os itens supracitados têm influência em se tratando do tema suicídio. Para fins deste trabalho, serão abordados como problemas mentais e psicológicos importantes a esquizofrenia, depressão, distímia, transtorno afetivo bipolar e o alcoolismo.

### 2.2.1 Esquizofrenia

A Esquizofrenia é uma doença mental que consiste numa visão distorcida da realidade. O indivíduo apresenta sintomas como delírios e alucinações, afirma ver coisas irreais e ouvir vozes, em geral imperativas, que podem levá-lo a tentar o suicídio, e acredita sofrer perseguição por parte de pessoas que querem prejudicá-lo. Os sintomas podem ser percebidos pelo discurso e o comportamento desordenados e pela ocorrência de uma perda brusca da capacidade laboral, acadêmica e social. “Aproximadamente 10% dos indivíduos que possuem esquizofrenia falecem por suicídio.” (BRASIL, 2006, p. 21).

### 2.2.2 Depressão

A depressão é caracterizada pela tristeza, porém de forma mais permanente, transformando-se em um quadro crônico. Essa doença pode ser desencadeada devido a predisposição genética, traumas de infância, disfunções bioquímicas cerebrais, hipotireoidismo, consumo de drogas lícitas ou ilícitas, e medicamentos que atuem no sistema nervoso central.

Os principais sintomas são o sentimento de tristeza duradouro, irritabilidade, alteração brusca do peso, perda ou ganho, alterações no sono, cansaço, fraqueza, ansiedade, autocomiseração, dificuldade de concentração e, por fim, pensamentos frequentes de morte ou suicídio. “Entre os gravemente deprimidos, 15% se suicidam”. (BRASIL, 2006, p. 33)

### 2.2.3 Distímia

A distímia é muito semelhante à depressão, porém o sintoma que mais se evidencia é um mau humor expressivo. Em entrevista o Dr. Táki Cordás afirma:

A relação entre distímia e suicídio é estreita e perigosa. Por isso, o fato de provocar depressão menos intensa, porém mais prolongada, não significa que seja mais leve. Imagine qual é a sensação do indivíduo que vai somando só perdas ao longo da vida. Talvez isso explique por que 15%, 20% dos pacientes com distímia tentem suicídio. (CORDÁS, 2014)

Nessa patologia a crise depressiva é menos intensa, porém mais duradoura que na depressão comum, de forma que o comportamento irritado e resmungão do portador de distímia acaba sendo atribuído à sua personalidade que propicia sua rotulação como uma pessoa de difícil convivência.

### 2.2.4 Transtorno Afetivo Bipolar

O Transtorno Afetivo Bipolar é assim denominado por se tratar de alternâncias bruscas entre estados de depressão e euforia, podendo ser intercalados por períodos de normalidade. As causas do transtorno ainda são desconhecidas, porém pode ser diagnosticado através do levantamento do histórico clínico da vítima.

Segundo a Associação Brasileira de Transtorno Bipolar (2014) em entrevista:

Entre 30% e 50% dos brasileiros portadores de transtorno bipolar tentam suicídio. Essa é a estimativa sustentada pela ABTB (Associação Brasileira de Transtorno Bipolar). De acordo com a entidade, dos que tentam se matar, 20% conseguem o

objetivo. “De todas as doenças e de todos os transtornos, o bipolar é o que mais causa suicídios”, alerta a presidenta da ABTB, Ângela Scippa.

Os principais sintomas são as mudanças entre depressão (tristeza, apatia e ideias suicidas), mania (euforia, autoimagem inflada, agressividade, grandeza e fala compulsiva) e a hipomania em que se manifestam os sintomas da mania, porém de forma mais branda.

### 2.2.5 Alcoolismo

O alcoolismo é definido como o consumo compulsivo de álcool, desenvolvendo no indivíduo tolerância progressiva à substância, ou seja, a resistência ao efeito etílico. A ausência do álcool leva a quadros de abstinência, caracterizados por sintomas frequentes de tremores, convulsões e percepção distorcida.

Devido à tolerância aumentada, o consumo da substância cresce proporcionalmente, chegando a níveis de toxicidade aguda. Segundo VARELLA (2014), “Os sintomas da intoxicação aguda são variados: euforia, perda das inibições sociais, comportamento expansivo (muitas vezes inadequado ao ambiente) e emotividade exagerada. Há quem desenvolva comportamento beligerante ou explosivamente agressivo.” Esse tipo de comportamento decorrente da tolerância ao álcool, bem como o decorrente dos sintomas da abstinência, podem induzir o indivíduo ao suicídio, conforme afirma o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p. 43): “O álcool aumenta a impulsividade e, com isso, o risco de suicídio.”

## 2.3 Crise

O termo crise deriva do grego *krimein* ou *κρίση* que significa tomada de decisão, julgamento ou momento decisivo. O Corpo de Bombeiros da Polícia Militar do Estado de São Paulo (2006, p. 13) a define como a “capacidade de bem julgar”. A crise é o momento de grande instabilidade e, geralmente, é durante essa perturbação que o processo suicida se inicia e se desenvolve.











## 2.4 Métodos de Suicídio

O método é a forma como o suicida planejou se matar. São diversos e podem variar conforme a criatividade e o acesso que a vítima tem aos meios. Alguns métodos são mais recorrentes e, conseqüentemente, conhecidos popularmente, a exemplo da

autodefrenestração ou precipitação, quando o suicida tenta matar-se atirando-se de um edifício ou lugar elevado.

O Corpo de Bombeiros da Polícia Militar do Estado de São Paulo (2006, p. 22-23) elenca os seguintes métodos:

Quadro 2 - Métodos de suicídio

<p>Ferimento com arma de fogo:</p> 	<p>Ferimento com arma branca:</p> 
<p>Precipitação:</p> 	<p>Envenenamento:</p> 
<p>Atropelamento:</p> 	<p>Explosão:</p> 
<p>Asfixia</p> 	<p>Queimadura</p> 
<p>Enforcamento</p> 	<p>Choque elétrico</p> 

Fonte: Elaborado através de dados pesquisados na internet

Legenda: Ilustrações retiradas do buscador Google.

O conhecimento do método adotado pelo suicida, possibilita ao Comandante da Operação planejar, previamente, as ações táticas a serem adotadas, quais os equipamentos e as equipes necessárias para atuarem na cena da ocorrência, bem como quais os recursos adicionais necessários para o bom desfecho do atendimento, visando a garantir a segurança dos bombeiros, da vítima e dos populares e curiosos no local.



### 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O método deve compor o trabalho científico, formatando o caminho a ser seguido para alcançar seus objetivos. Assim, método pode ser definido como o “caminho pelo qual se chega a determinado resultado, ainda que esse caminho não tenha sido fixado de antemão de modo refletido e deliberado” (HEGENBERG, 1976, apud LAKATOS e MARCONI, 2011, p. 44) ou ainda “[...] é a ordem que se deve impor aos diferentes processos necessários para atingir um fim dado ou um resultado desejado. (CERVO; BERVIAN, 1978, apud LAKATOS; MARCONI, 2011, p 45). Para tanto, no desenvolvimento deste trabalho de conclusão de curso, foram aplicados procedimentos metodológicos conforme descrito a seguir.

O presente trabalho de conclusão de curso fundamenta-se em uma pesquisa bibliográfica a qual “é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos” (GIL, 2007, p. 44), considerando-se o referencial utilizado como embasamento, buscou-se “explicar um problema a partir de referências teóricas publicadas em artigos, livros, dissertações e teses” (CERVO; BERVIAN; SILVA, 2007, p. 61).

Com o intuito de alcançar os objetivos propostos, foi adotado o método de pesquisa exploratória a qual objetiva “proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. [...] Na maioria dos casos, essas pesquisas envolvem: (a) levantamento bibliográfico; (b) entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado [...]” (GIL, 2007, p. 41). Nessa linha, foram utilizadas referências oriundas de Corpos de Bombeiros Militares de outros estados da Federação, bem como de órgãos governamentais da área de saúde, além de outros estudos sobre suicídio, matérias e artigos de revistas científicas e de *sites* da internet.

Foi realizado levantamento estatístico de óbitos causados por suicídio no Estado de Santa Catarina, como também de atendimentos realizados pelo Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina a ocorrências de suicídio. Posteriormente, os dados obtidos foram trabalhados com o fito de gerar informações e constatações, valendo-se de recursos como tabelas e gráficos. Para tanto foi adotado o método estatístico, cujo preceito descreve como a “redução de fenômenos sociológicos, políticos, econômicos etc. a termos quantitativos e a manipulação estatística, que permite comprovar as relações dos fenômenos entre si, e obter generalizações sobre sua natureza, ocorrência ou significado.” (LAKATOS, 1981, apud LAKATOS e MARCONI, 2011, p. 93). Os referidos dados foram pesquisados no *site* da

Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, através do Sistema de Informações de Mortalidade, utilizando como critérios o tipo de morte via suicídio, cujos resultados foram separados por ano, método, idade, sexo, estado civil e macrorregião, obtendo-se valores inteiros como resultado. Ademais, foram efetuados cálculos sobre as tabelas para obtenção de outras informações pertinentes, tais como, médias, porcentagens, dentre outros. A investigação delimitou a coleta de dados dentro dos últimos cinco anos, a fim de obter informações recentes que permitissem visualizar a evolução do tema dentro desse período.

#### 4 LEVANTAMENTOS ESTATÍSTICOS

Segundo Mello-Santos et al (apud SCHIMITT et al, 2008) o índice brasileiro de suicídios gira em torno de 3 a 4/100.000 habitantes, sendo que a região do país que detém os maiores índices é a região Sul, mais especificamente o estado do Rio Grande do Sul, onde os índices atingem 11/100.000 habitantes, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL apud SCHIMITT et al, 2008). Ainda, segundo o mesmo autor, o estado de Santa Catarina detém um índice médio em torno de 7/100.000 habitantes, sendo a macrorregião Oeste a que mais ocorrem suicídios, com índice de 11/100.000 habitantes (SANTA CATARINA apud SCHIMITT et al, 2008) chegando a equiparar-se ao Rio Grande do Sul.

Foi realizada pesquisa sobre dados estatísticos dos óbitos decorrentes de suicídio em Santa Catarina, no *site* do Sistema de Informação em Mortalidade (SIM), cujo link é disponibilizado no endereço eletrônico da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. O levantamento, como mencionado anteriormente, se restringiu aos últimos cinco anos, de 2009 a 2013, em que foram registrados os dados a seguir.

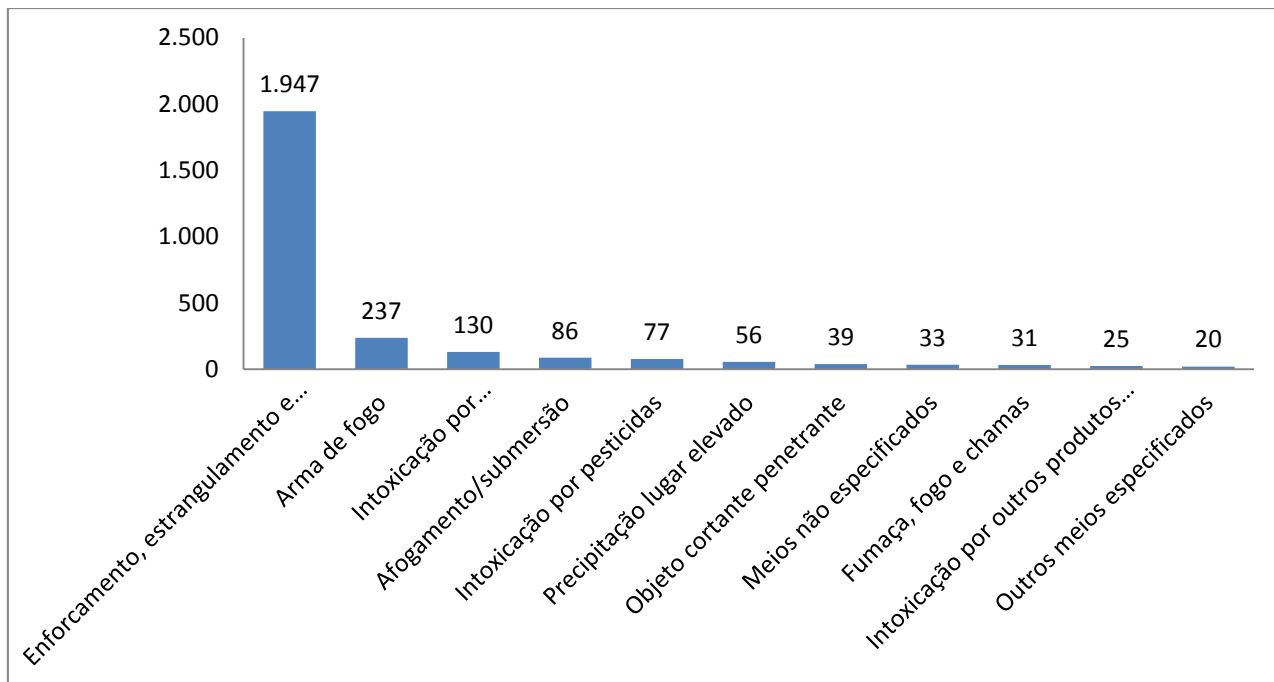
**Tabela 1** - Suicídios por ano (2009-2013)

<b>SUICÍDIOS</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>Total</b>
<b>Enforcamento, estrangulamento e sufocação</b>	381	409	359	395	403	<b>1.947</b>
<b>Arma de fogo</b>	56	47	45	43	46	<b>237</b>
<b>Intoxicação por medicamentos/drogas</b>	20	15	31	35	29	<b>130</b>
<b>Afogamento/submersão</b>	11	16	31	14	14	<b>86</b>
<b>Intoxicação por pesticidas</b>	19	10	17	16	15	<b>77</b>
<b>Precipitação lugar elevado</b>	7	9	12	14	14	<b>56</b>
<b>Objeto cortante penetrante</b>	9	8	7	11	4	<b>39</b>
<b>Meios não especificados</b>	4	7	5	9	8	<b>33</b>
<b>Fumaça, fogo e chamas</b>	5	7	6	8	5	<b>31</b>
<b>Intoxicação por outros produtos químicos (Não Especificados)</b>	5	6	3	8	3	<b>25</b>
<b>Outros meios especificados</b>	4	5	8	2	1	<b>20</b>
<b>TOTAL</b>	<b>521</b>	<b>539</b>	<b>524</b>	<b>555</b>	<b>542</b>	<b>2.681</b>

Fonte: Santa Catarina (2014)

Conforme os dados da Tabela 1, as seguintes informações podem ser depreendidas: Quanto ao método de suicídio, o mais utilizado é o enforcamento, com uma taxa de 73% sobre o total nos últimos 5 (cinco) anos, seguido por arma de fogo e intoxicação por medicamentos, com taxas de 9% e 5%, respectivamente, de acordo com o que se pode observar no gráfico seguinte.

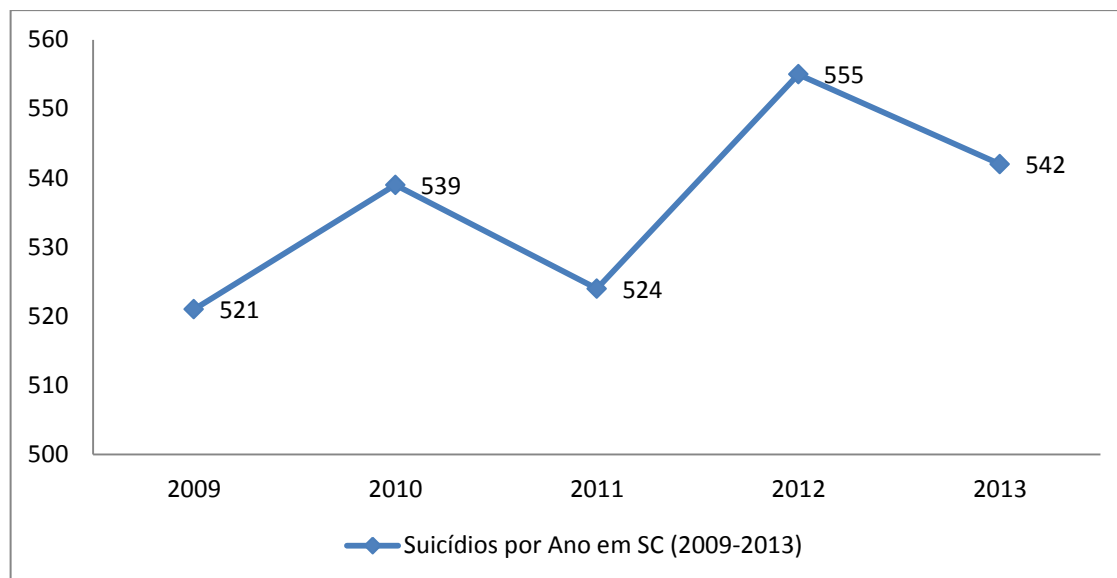
Gráfico 1 - Suicídios por Método em SC (2009-2013)



Fonte: Elaborado a partir de dados de Santa Catarina (2014)

Ainda do critério temporal, o ano de 2012 apresentou o maior valor absoluto em relação aos demais, contrariamente a 2009, no qual ocorreu o menor índice, com 521 suicídios, conforme se pode observar no Gráfico 2. A média anual de suicídios nos últimos cinco anos gira em torno de 536 óbitos, podendo-se dizer que mensalmente cerca de 45 pessoas se suicidam no estado, o que pode ser deduzido como mais de um suicídio a cada dia, ou ainda, buscando uma melhor compreensão, a cada dois dias, cerca de 3 (três) pessoas tentam contra a própria vida e chegam a óbito, em média, em Santa Catarina. O autor Schimitt (2008, p. 116) cita em seus estudos que “para cada suicídio consumado, ocorram pelo menos 10 tentativas sérias, que demandam atenção médica e aumento de custos para o sistema público”. Essa atenção envolve o Corpo de Bombeiros nas tratativas e negociações em tentativas de suicídio e, não obstante o valor absoluto de óbitos seja alto no estado, o número das tentativas tende a ser ainda maior.

Gráfico 2 - Suicídios por Ano em SC (2009-2013)



Fonte: Elaborado a partir de dados de Santa Catarina (2014)

Analisando os dados obtidos no sistema E-193 do CBMSC, quanto aos atendimentos de Suicídios/Tentativas em todo o estado, somando os resultados de cada BBM, de 2010 a 2013, obtêm-se os seguintes resultados:

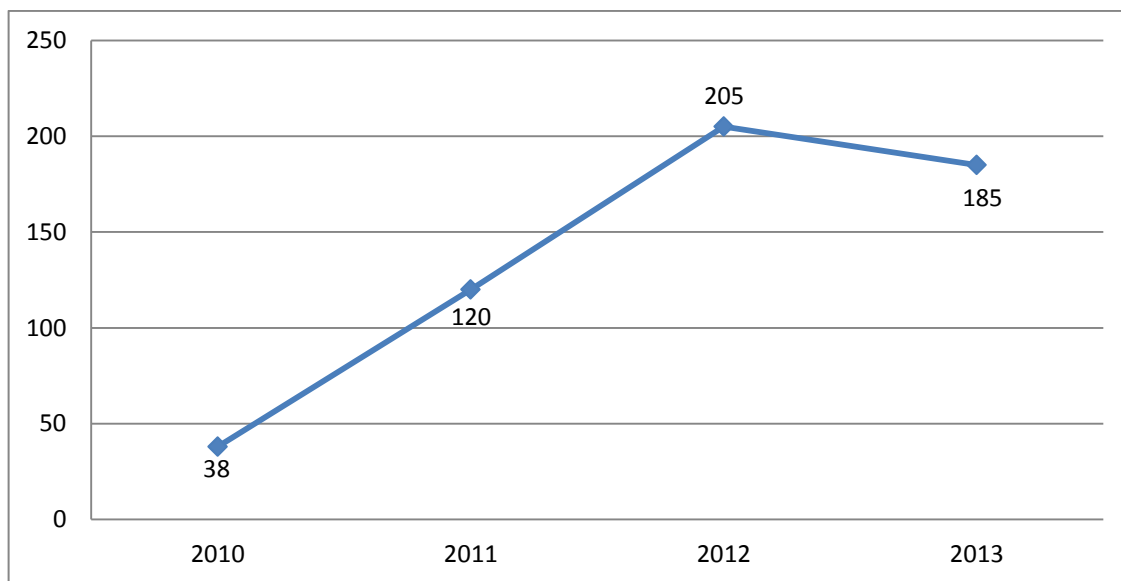
Tabela 2 - Ocorrências envolvendo suicídio/tentativa no E-193 (2010-2013)

2010		2011		2012		2013	
Total no ano	38,00	Total no ano	120,00	Total no ano	205,00	Total no ano	185,00
Média Mensal	3,17	Média Mensal	10,00	Média Mensal	17,08	Média Mensal	15,42
Média Semanal	0,73	Média Semanal	2,30	Média Semanal	3,93	Média Semanal	3,55
Média Diária	0,10	Média Diária	0,33	Média Diária	0,56	Média Diária	0,51

Fonte: Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Santa Catarina (2014)

O ano de 2009 não apresentou dados referentes à pesquisa, retornando o valor 0 (zero), sendo, portanto, excluído, restando apenas os últimos 4 (quatro) anos, de 2010 a 2013. A análise da Tabela 2 proporciona a construção do seguinte gráfico:

Gráfico 3 - Ocorrências Suicídio/Tentativa (2010-2013)



Fonte: Elaborado a partir de dados de Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina (2014)

Traçando um comparativo entre os gráficos 3 e 2, bem como delineando um paralelo entre as tabelas 1 e 2, a cada ano, pode-se perceber que o Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina, teve um incremento no quantitativo de atendimentos, de 2010 a 2012, apresentando uma leve queda em 2013, proporcionalmente ao decréscimo, no mesmo ano, observado no Gráfico 2. Dessa forma, em 2012, o Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina atendeu, relativamente ao total de suicídios, cerca de 37% de ocorrências, enquanto em 2013, atingiu cerca de 34%, contra apenas 7% em 2010, revelando um maior envolvimento em atendimentos dessa natureza pela corporação. É imperioso ressaltar que, na pesquisa realizada sobre o E-193, os dados precisaram ser tratados, pois o número total de ocorrências retornado pelo sistema é maior que o real. Isso ocorre em virtude de o sistema contabilizar novas ocorrências quando são empenhadas múltiplas viaturas para um mesmo evento, não obstante se trate da mesma ocorrência, inclusive com o mesmo “número da ocorrência”. Assim, foi detectada uma diferença de 90 registros. Da soma dos totais dos anos de 2010 a 2013 obtêm-se 548 registros, enquanto, se somados os valores do sistema por Batalhão de Bombeiro Militar, são encontradas 638 ocorrências. Mesmo após a redução dessa diferença, pode-se afirmar que o número de atendimentos ainda é elevado posto que, tomando a média diária em 2013 de 0,51 atendimentos, pode-se concluir que a cada 2 (dois) dias o Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina atende uma ocorrência de suicídio no estado, em média.

Pesquisando-se quanto à idade, em distribuição etária dividida em 5 (cinco) faixas, nos últimos 5 (cinco) anos, foram obtidos os seguintes resultados:

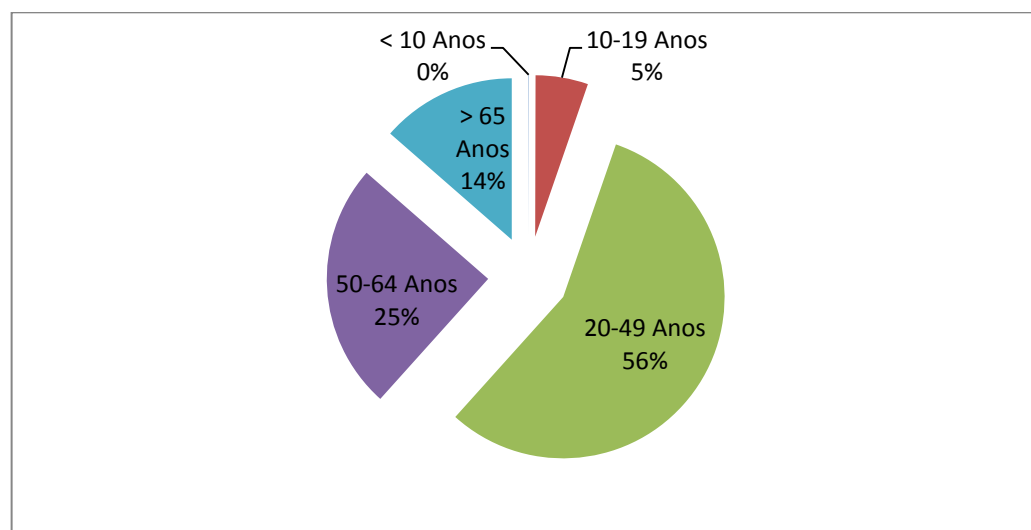
Tabela 3 - Suicídios por Idade em SC (2009-2013)

<b>SUICÍDIOS</b>	<b>&lt; 10 Anos</b>	<b>10-19 Anos</b>	<b>20-49 Anos</b>	<b>50-64 Anos</b>	<b>&gt; 65 Anos</b>	<b>Total</b>
<b>Enforcamento, estrangulamento e sufocação</b>	1	98	1.066	504	278	<b>1.947</b>
<b>Arma de fogo</b>	0	14	144	55	24	<b>237</b>
<b>Intoxicação por medicamentos/drogas</b>	0	7	90	28	5	<b>130</b>
<b>Afogamento/submersão</b>	0	7	43	15	21	<b>86</b>
<b>Intoxicação por pesticidas</b>	0	3	49	15	10	<b>77</b>
<b>Precipitação lugar elevado</b>	0	6	37	7	6	<b>56</b>
<b>Objeto cortante penetrante</b>	0	0	21	11	7	<b>39</b>
<b>Meios não especificados</b>	0	1	21	7	4	<b>33</b>
<b>Fumaça, fogo e chamas</b>	0	1	19	9	2	<b>31</b>
<b>Intoxicação por outros produtos químicos (Não Especificados)</b>	0	3	10	8	4	<b>25</b>
<b>Outros meios especificados</b>	0	1	11	5	3	<b>20</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>141</b>	<b>1.511</b>	<b>664</b>	<b>364</b>	<b>2.681</b>

Fonte: Santa Catarina (2014)

No que diz respeito ao número de suicídios quanto ao critério idade, é facilmente perceptível a faixa etária em que há uma maior probabilidade de o indivíduo cometer suicídio. Observando a Tabela 3, constata-se que a faixa etária de 20 (vinte) a 49 (quarenta e nove) anos detém maioria de casos. As incidências mais baixas encontram-se nas idades até 19 (dezenove) anos, seguidas dos maiores de 65 (sessenta e cinco) anos. O Gráfico 4 possibilita uma melhor visualização desses índices. Nele pode-se verificar os grupos majoritários e minoritários de suicídio, nos últimos 5 (cinco) anos, nas faixas etárias citadas anteriormente.

Gráfico 4 - Suicídios por Idade em SC (2009-2013)



Fonte: Elaborado a partir de dados de Santa Catarina (2014)

Entre os sexos, masculino e feminino, os homens tendem a cometer mais suicídio que as mulheres. Comparando os dados dos últimos 5 (cinco) anos, pode-se aferir que o quantitativo masculino chega a ser o equivalente a 3,7 vezes o feminino, conforme demonstrado na Tabela 4:

Tabela 4 - Suicídios por Sexo (2009-2013)

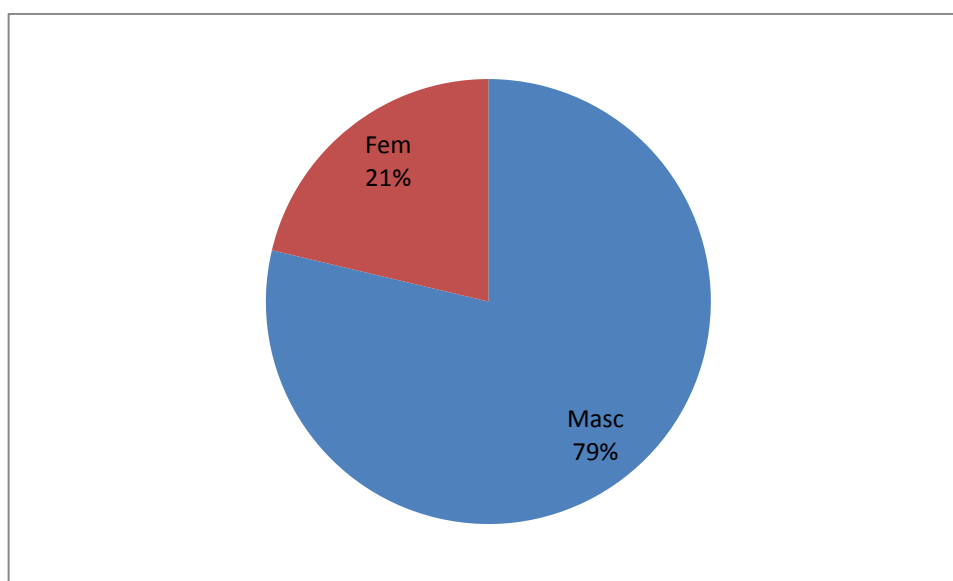
<b>SUICÍDIOS</b>	<b>Masc</b>	<b>Fem</b>	<b>Total</b>
<b>Enforcamento, estrangulamento e sufocação</b>	1.597	350	<b>1.947</b>
<b>Arma de fogo</b>	209	28	<b>237</b>
<b>Intoxicação por medicamentos/drogas</b>	55	75	<b>130</b>
<b>Afogamento/submersão</b>	51	35	<b>86</b>
<b>Intoxicação por pesticidas</b>	53	24	<b>77</b>
<b>Precipitação lugar elevado</b>	38	18	<b>56</b>
<b>Objeto cortante penetrante</b>	31	8	<b>39</b>
<b>Meios não especificados</b>	25	8	<b>33</b>
<b>Fumaça, fogo e chamas</b>	17	14	<b>31</b>
<b>Intoxicação por outros produtos químicos (Não Especificados)</b>	19	6	<b>25</b>
<b>Outros meios especificados</b>	15	5	<b>20</b>
<b>TOTAL</b>	<b>2.110</b>	<b>571</b>	<b>2.681</b>

Fonte: Santa Catarina (2014)

Esse valor se coaduna com o mencionado por Kaplan e Sadock (2007, apud SEHNEM; PALOSQUI, 2011) ao afirmar que “os homens cometem suicídio quatro vezes mais do que as mulheres, uma taxa estável em todas as idades; as mulheres, entretanto, têm quatro vezes mais probabilidade de tentá-lo”.



Gráfico 5 - Suicídios por Sexo em SC (2009-2013)



Fonte: Elaborado a partir de dados de Santa Catarina (2014)

Da Tabela 4, calculando as proporções de cada método, relativamente aos totais, para cada sexo, definem-se as seguintes taxas:

Tabela 5 - Proporção Método x Sexo (2009-2013)

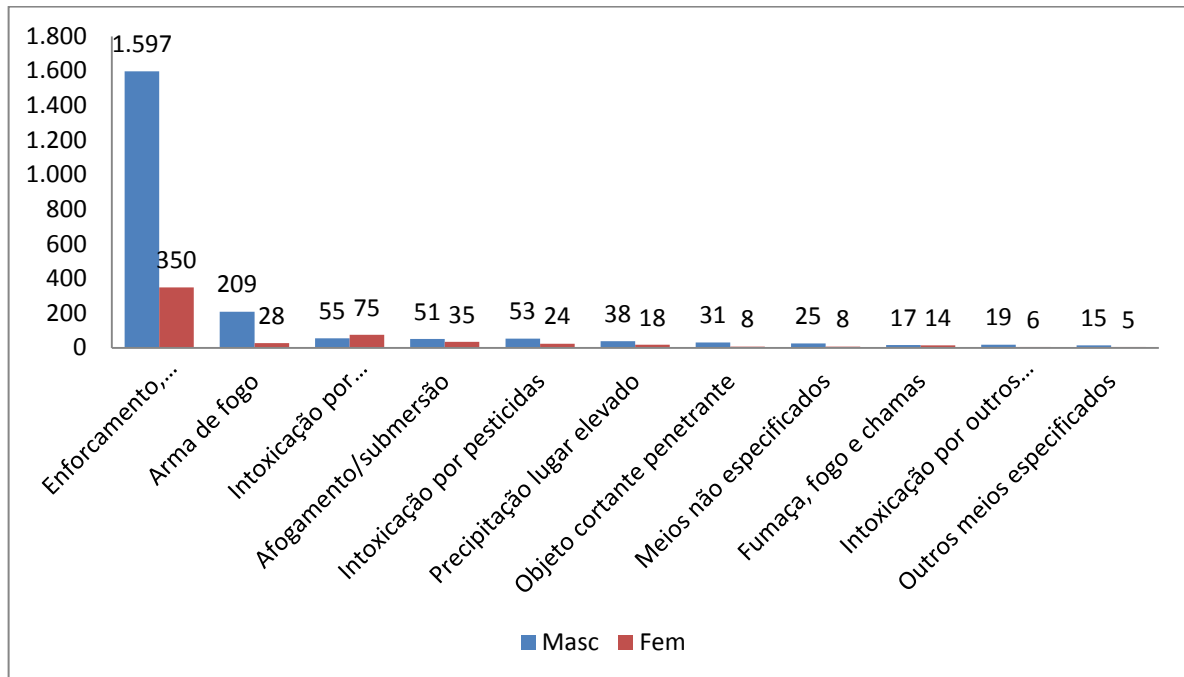
<b>SUICÍDIOS</b>	<b>Masc</b>	<b>Fem</b>
1) Enforcamento, estrangulamento e sufocação	76%	61%
2) Arma de fogo	10%	5%
3) Intoxicação por medicamentos/drogas	3%	13%
4) Afogamento/submersão	2%	6%
5) Intoxicação por pesticidas	3%	4%
6) Precipitação lugar elevado	2%	3%
7) Objeto cortante penetrante	1%	1%
8) Meios não especificados	1%	1%
9) Fumaça, fogo e chamas	1%	2%
10) Intoxicação por outros produtos químicos (Não Especificados)	1%	1%
11) Outros meios especificados	1%	1%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Fonte: Santa Catarina (2014)

Os métodos 1, 2, 6, 7 e 9 podem ser classificados como rápidos e dolorosos, e os 3, 4, 5 e 10 como lentos e menos dolorosos. Saliente-se que os métodos 8 e 11 não entraram na classificação por se tratar de meios não especificados para pesquisa. Dessa forma, sobre a Tabela 5, cujos índices, postos lado a lado, masculino e feminino, compõem o Gráfico 5, pode-se deduzir que as mulheres, em geral, adotam métodos lentos, menos dolorosos e que,

consequentemente, têm mais chances de serem revertidos caso haja atendimento em tempo hábil. Por outro lado, os homens tendem a utilizar-se de métodos mais rápidos, dolorosos e proporcionalmente mais eficazes.

Gráfico 6 - Suicídios por Método x Sexo (2009-2013)



Fonte: Elaborado a partir de dados de Santa Catarina (2014)

O suicídio é muito associado a problemas afetivos como brigas entre casais, divórcio ou mesmo a morte do companheiro ou da companheira. Ao levantar os dados sobre ocorrências desse tipo, considerando o estado civil das vítimas, os seguintes dados foram coletados:

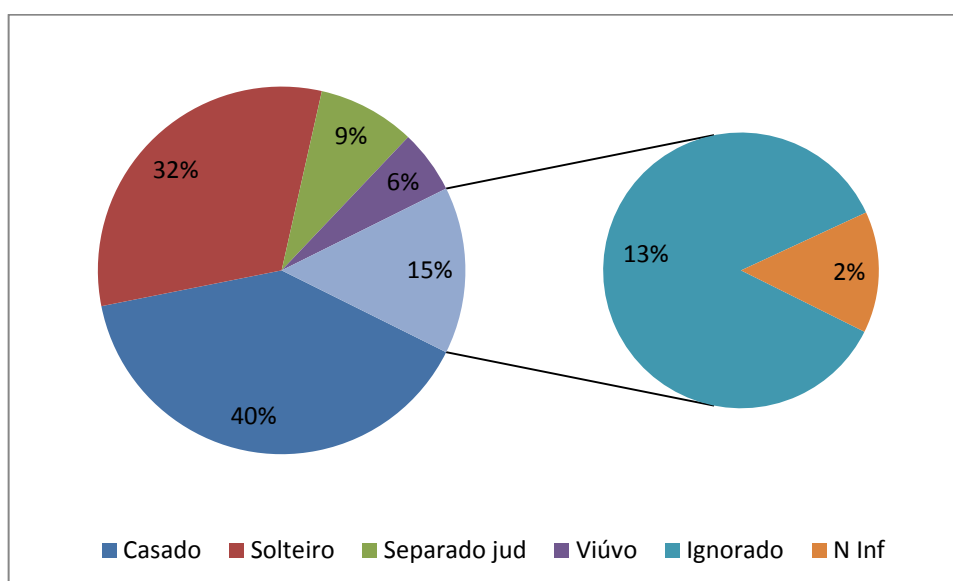
Tabela 6 - Suicídios por Estado Civil (2009-2013)

SUICÍDIOS	Casado	Solteiro	Separado jud.	Viúvo	Ignorado	Não Informado	Total
<b>Enforcamento, estrangulamento e sufocação</b>	797	608	154	112	238	38	<b>1.947</b>
<b>Arma de fogo</b>	93	76	22	7	35	4	<b>237</b>
<b>Intoxicação por medicamentos/drogas</b>	46	45	17	6	14	2	<b>130</b>
<b>Afogamento/submersão</b>	26	31	9	11	8	1	<b>86</b>
<b>Intoxicação por pesticidas</b>	34	22	6	5	9	1	<b>77</b>
<b>Precipitação lugar elevado</b>	12	31	2	1	8	2	<b>56</b>
<b>Objeto cortante penetrante</b>	14	10	2	3	9	1	<b>39</b>
<b>Meios não especificados</b>	12	8	5	1	4	3	<b>33</b>
<b>Fumaça, fogo e chamas</b>	6	12	3	0	8	2	<b>31</b>
<b>Intoxicação por outros produtos químicos (Não Especificados)</b>	12	8	3	1	1	0	<b>25</b>
<b>Outros meios especificados</b>	4	9	6	1	0	0	<b>20</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1.056</b>	<b>860</b>	<b>229</b>	<b>148</b>	<b>334</b>	<b>54</b>	<b>2.681</b>

Fonte: Santa Catarina (2014)

Da tabela acima pode-se concluir que os casados são os que mais cometem suicídio em Santa Catarina, detentores de cerca de 39% dos casos em relação ao total, seguidos de 32% de solteiros, contra 9% dos separados judicialmente. Uma hipótese é que problemas afetivos matrimoniais culminam em suicídio antes mesmo de o casal chegar a uma separação judicial.

Gráfico 7 - Suicídios por Estado Civil (2009-2013)



Fonte: Elaborado a partir de dados de Santa Catarina (2014)

Dividindo o estado de Santa Catarina em macrorregiões, Grande Oeste, Meio Oeste, Foz do Itajaí, Vale do Itajaí, Grande Florianópolis, Sul, Nordeste, Planalto Norte e Serra Catarinense, são obtidos os seguintes dados:

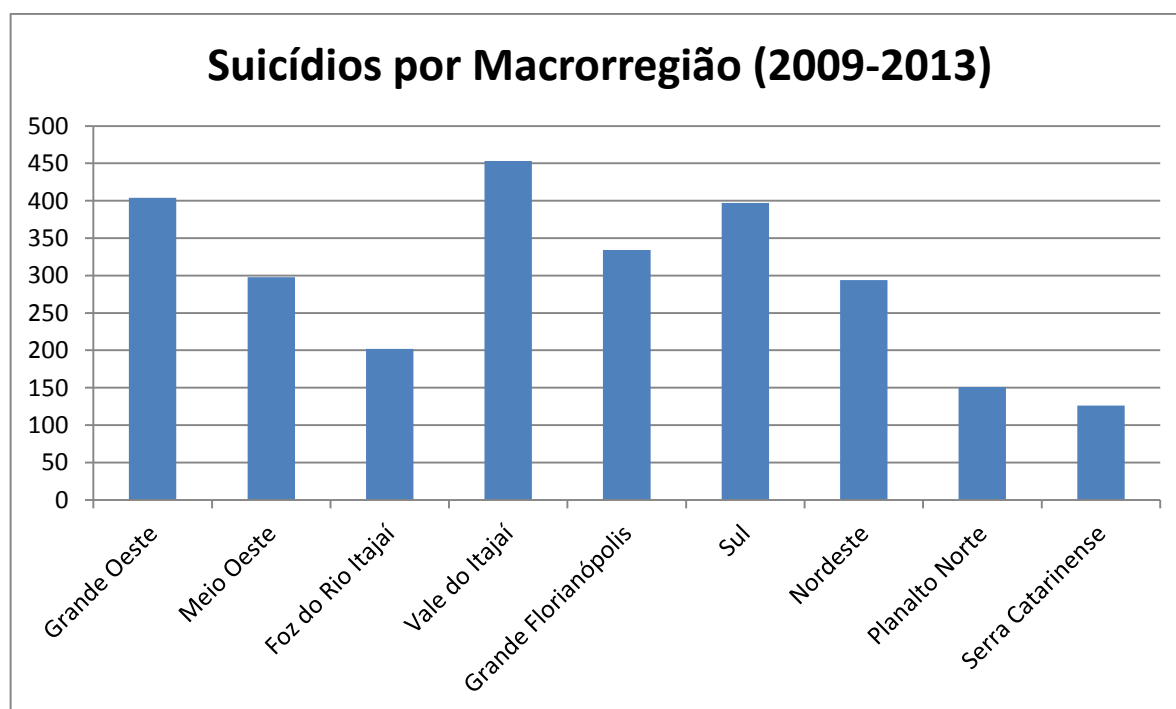
Tabela 7 - Suicídios por Macrorregiões em SC (2009-2013)

SUICÍDIOS	Grand e Oeste	Meio Oeste	Foz do Rio Itajaí	Vale do Itajaí	Grande Florianópolis	Sul	Nordeste	Planalto Norte	Serra Catarinense	Total
<b>Enforcamento, estrangulamento e sufocação</b>	324	214	131	342	248	300	200	94	79	<b>1.932</b>
<b>Arma de fogo</b>	36	31	16	32	23	34	27	14	21	<b>234</b>
<b>Intoxicação por medicamentos/drogas</b>	6	16	17	26	17	18	15	9	5	<b>129</b>
<b>Afogamento / submersão</b>	15	17	4	20	2	7	8	9	3	<b>85</b>
<b>Intoxicação por pesticidas</b>	4	5	10	12	5	11	20	7	1	<b>75</b>
<b>Precipitação lugar elevado</b>	3	3	10	10	18	7	4	1	0	<b>56</b>
<b>Objeto cortante penetrante</b>	5	2	7	5	6	4	3	3	4	<b>39</b>
<b>Meios não especificados</b>	1	3	2	0	3	5	2	12	5	<b>33</b>
<b>Fumaça, fogo e chamas</b>	0	6	1	3	9	4	4	0	4	<b>31</b>
<b>Intoxicação por outros produtos químicos (Não Especificados)</b>	6	0	3	1	1	4	7	0	3	<b>25</b>
<b>Outros meios especificados</b>	4	1	1	2	2	3	4	2	1	<b>20</b>
<b>TOTAL</b>	<b>404</b>	<b>298</b>	<b>202</b>	<b>453</b>	<b>334</b>	<b>397</b>	<b>294</b>	<b>151</b>	<b>126</b>	<b>2.659</b>

Fonte: Santa Catarina (2014)

Da tabela supracitada, deduz-se que as macrorregiões do Vale do Itajaí e do Grande Oeste são aquelas em que mais se cometeu suicídio. Essa informação remete a uma hipótese cultural, de cunho popular, cujo preceito afirma que a forte influência alemã, decorrente da colonização local, estabelecem padrões elevados de auto exigência em que a honra e a dignidade insufladas não permitem, ao indivíduo, conviver com perdas ou derrotas comuns à vida social, afetiva, financeira, laboral, dentre outros.

Gráfico 8 - Suicídios por Macrorregião (2009-2013)



Fonte: Elaborado a partir de dados de Santa Catarina (2014)

Ainda quanto ao aspecto sociocultural, pode-se enquadrar como decorrência da colonização o tipo de sociedade que se formou na regiões retro mencionadas. Nesse aspecto Botega (2006, p. 4), faz a seguinte consideração:

[...] sociedades que valorizam a interdependência, nas quais existe estímulo para conversas sobre os problemas com diferentes indivíduos e são mais abertas a mudanças de opinião, parecem favorecer aspectos mais protetivos em relação à ocorrência de suicídio. Por outro lado, em sociedades nas quais a independência e a capacidade de tomar decisões são valorizadas e pedir ajuda é visto como um sinal de fraqueza, ocorre o oposto.

Em suma, nas sociedades em que a cumplicidade e a abertura à partilha de sentimentos e de opiniões são vistas como práticas saudáveis, tendem a ter menor incidência de suicídios.

## **5 SUGESTÃO DE CICLO OPERACIONAL EM OCORRÊNCIAS ENVOLVENDO TENTATIVA DE SUICÍDIO**

Como nos demais eventos atendidos pelos bombeiros, o Ciclo Operacional em ocorrências envolvendo tentativa de suicídio compreende quatro fases precípuas, a saber: 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.

### **5.1 Prontidão**

Segundo Dutra (2012, p. 9), a Prontidão é “a fase que inicia antes da emergência e inclui todas as medidas para que os recursos estejam preparados para o acionamento. Devem estar prontos o pessoal, materiais, técnicas e o pré-plano.”

### **5.2 Acionamento**

O acionamento é a primeira fase do atendimento, em que a Central de Operações recebe a chamada telefônica, coleta informações sobre a ocorrência e despacha a guarnição Bombeiro Militar de prontidão ao local da ocorrência. Importante ressaltar a atuação do COBOM no acionamento, na obtenção de informações sobre o evento crítico, bem como acerca do passado da vítima, se sofre de doenças mentais, se tem passado por problemas pessoais, familiares ou afetivos. “A articulação das ações necessárias tem origem no COBOM, na triagem da ocorrência, levantando informações importantes para a definição da abordagem operacional a ser adotada.” (CORPO DE BOMBEIROS DA POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2006, p. 13)

Figura 1 - Central de Operações Bombeiro Militar (COBOM)



Fonte: Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina (2012)

O atendente do COBOM deve estar atento aos sintomas mais perceptíveis, indagando ao informante o que ele consegue observar sobre o sujeito. EDUARDO (2003, p. 128) faz as seguintes recomendações no intuito de identificar a vítima:

- Localize informante e/ou responsável (parente, amigos, vizinhos, etc.) para a identificação do caso.
- Verifique qual a perturbação apresentada (se possível saiba qual doença: esquizofrenia, psicoses, etc.) E quanto tempo está descompensado.
- Verifique se o paciente psiquiátrico faz uso de medicação controlada e qual é a medicação.
- Observe se é usuário de drogas ilícitas (maconha, cocaína, heroína, merla, etc.) e/ou alcoólatra.
- Observe manifestações subjetivas (sintomas) de: agressividade, irritabilidade, agitação psicomotora, fala sem sentido, desconexão com a realidade, alucinações, hiperatividade.
- Observe manifestações objetivas (sinais) de: sinais vitais, nível de consciência, ferimentos, odores estranhos (gasolina, éter, etc.).
- Verifique outras informações: antecedentes de outras doenças importantes (diabetes, hipertensão, AIDS, tuberculose, etc.); se já foi internado antes por distúrbios psiquiátricos; se já praticou atos criminosos e/ou suicidas.

Os fatores de risco exercem grande influência sobre a cena e são elementos importantes para a identificação do suicida. O Corpo de Bombeiros da Polícia Militar do Estado de São Paulo (2006, p. 26) ressalta os seguintes fatores a serem observados:

- Tentativas anteriores de suicídio.
- Ideação de suicídio verbalizada.
- História familiar de suicídio ou tentativa de suicídio.
- Conhecimento de casos recentes de suicídio.

- Morte recente de alguém próximo.
- Fim de relacionamento afetivo.
- Conflitos familiares.
- História de violência doméstica.
- História de violência sexual.
- Depressão e doença psiquiátrica.
- Mudança nas condições de saúde ou de estado físico.
- Alcoolismo e uso de drogas.
- Isolamento social.
- Problemas econômicos e de desemprego.”

Esses fatores também podem indicar a probabilidade de a vítima executar o ato suicida, uma vez que se enquadre dentro dessas características, bem como a resistência que pode apresentar à negociação e à desistência do intento.

### 5.3 Resposta

A fase de resposta engloba o ponto nevrálgico da ocorrência, tornando-se o cerne do ciclo operacional. Nessa etapa, pode-se considerar subdivisões, para melhor especificar as ações da guarnição Bombeiro Militar, partindo do deslocamento, passando pelo estabelecimento do comando, dimensionamento da cena, gerenciamento de riscos, abordagem à vítima e, por fim, retirada e transporte da vítima.

#### 5.3.1 Deslocamento

Após o acionamento, inicia-se a fase de deslocamento da guarnição. Nessa etapa devem ser tomadas as medidas de segurança para manter o elemento surpresa da abordagem. A vítima, ao ver o trem de socorro chegando ao local de forma ostensiva, pode adotar uma postura impulsiva e executar o suicídio antes mesmo de ser abordada. ARAÚJO (2014, p. 417) orienta que após a saída da guarnição para atendimento à ocorrência, no decorrer do deslocamento, deve-se buscar:

- solicitar ou informar a existência de policiamento no local;
- ao se aproximar do local, atentar para que seja desligado todo o sistema sonoro e de iluminação de emergência; agir de total surpresa, nunca se aproximar em presença da vítima;
- manter as viaturas fora de alcance visual da vítima.

A recomendação de silenciar os sinais sonoros e visuais é ratificada por outros autores, a exemplo de RASIA (2007, p. 190) que aconselha a chegar ao local da ocorrência “de forma discreta, com sirenes desligadas e sem criar tumultos”; bem como o Corpo de Bombeiros da Polícia Militar do Estado de São Paulo (2006, p. 27) acrescenta que “quanto



mais discreta for a aproximação, maior será a chance de se relacionar com a vítima de maneira positiva”.

### 5.3.2 Estabelecer o Comando

Segundo Dutra (2012, p. 9-10) o estabelecimento do comando nas operações Bombeiro Militar ocorre da seguinte forma:

O componente mais graduado da primeira unidade de emergência no local deverá assumir formalmente o comando da operação assim que chegue ao local. Desta forma, estará sendo dado início ao SCO. Seguindo o princípio da modularidade, a operação poderá prosseguir até o final apenas com uma estrutura simples, composta pelo Comandante da Operação e seus recursos, ou ir aumentando de complexidade, incluindo chefe de operações, segurança, relações públicas, ligações, estacionamento, logística, planejamento, etc.

Para assumir o comando o componente mais graduado da primeira unidade na cena deverá informar no rádio o seu nome e unidade, local e anunciar: ASSUMINDO O COMANDO DA OPERAÇÃO.

Assim que possível, o comandante deve também estabelecer onde será o seu posto de comando. O posto de comando deverá ser estabelecido em um local seguro, visível, de fácil acesso e que permita na medida do possível o controle visual das principais atividades. Logo que seja estabelecido, o local do posto de comando deve ser comunicado através do rádio.

A questão de quem deve comandar uma operação é sempre complexa. O comando é inicialmente estabelecido pela primeira unidade na cena, mas pode ser que alguns fatores indiquem a impossibilidade desta unidade continuar no comando. Alguns critérios podem servir de guia para a resolução deste problema, mas dificilmente esgotam a discussão:

Comanda a instituição que chegou primeiro

Comanda quem tem a obrigação legal pelo evento

Comanda quem tem maior conhecimento técnico

Comanda quem tem a maior quantidade de recursos empregados

Em caso de operações mais complexas que envolvam vários órgãos ou entidades governamentais em resposta, pode-se adotar um comando unificado, “composto por representantes das agências ou empresas envolvidas” (DUTRA, 2012, p. 9-10)

### 5.3.3 Dimensionamento da cena

Chegando ao local do evento, deve ser realizado o dimensionamento da cena, iniciando-se pela observação do lugar, procurando minimizar os riscos, tanto aqueles oferecidos pelo ambiente como pela própria vítima, caso esteja em posse de alguma arma que possa ser usada contra quem se aproxime. Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro (2012, p. 5) enumera as seguintes ações que podem ser adotadas para dimensionamento da cena:

- Localizar o suicida e a situação em que se encontra, se em pé, sentado no parapeito ou deitado e identificar os riscos, minimizando-os (rede elétrica, armas brancas, armas de fogo etc.);
- Identificar o sexo do suicida; inicialmente, as mulheres são mais suscetíveis ao diálogo; em contrapartida, os homens são mais agressivos e difíceis de dialogar;
- Estudar a estrutura da edificação, como acessos e rota de fuga;
- Evacuar e isolar a área, interditando ruas e calçadas, se necessário. Afastar curiosos, familiares e imprensa, evitando aglomeração e a oportunidade para que os mesmos incentivem o suicida;
- Colher o máximo de informações com familiares, amigos, vizinhos e espectadores;
- [...]
- Solicitar a Polícia Militar;
- Após a avaliação, definir a tática a ser empregada.

A presença da Polícia Militar deve ser solicitada para isolamento do local, controle do trânsito e, especialmente, quando o suicida portar arma de fogo. As informações obtidas através de familiares, amigos, vizinhos e espectadores devem ser repassadas ao COBOM, bem como a necessidade de recursos adicionais. Nesse aspecto, ARAÚJO (2014, p. 417-418) é mais específico quanto às peculiaridades a serem avaliadas na cena. Dividem-se em dois focos: a vítima (localização, forma de suicídio, estado emocional da vítima e sexo) e o local, em se tratando da estrutura da edificação, a saber:

a) com relação à vítima:

1) localização:

Situação em que a vítima se encontra, em pé, deitada, sentada, abaixada, solta em um parapeito, em uma janela (sentada na janela, agachada na janela, em pé em marquises pelo lado de fora da janela, etc.), sentada sobre um parapeito de uma ponte, no topo de uma edificação, etc.

2) forma de suicídio:

- arma de fogo;
- arma branca;
- em locais elevados;
- enforcamento;
- envenenamento (por uso incorreto de medicamentos, venenos ou produtos químicos);
- outros meios.

3) estado emocional que ela apresenta:

- tranquila e alheia à situação;
- agressiva e é imparcial.

4) sexo:

A interferência de argumentações familiares será de suma importância, pois, no caso de mulheres, elas são mais susceptíveis a diálogos. Os homens são mais agressivos e se tornam mais difíceis, pois a sua forma de dialogar é mais complexa.

b) Local:

Estrutura da edificação:

- vias de acesso ao local;
- pontos de fuga (janelas, terraços, etc).

O Corpo de Bombeiros Militar de São Paulo (2010, p. 18-19) denomina essa fase de “Análise da Situação” e a subdivide em “Avaliação Inicial” e “Avaliação de Riscos. Na primeira, são feitos os seguintes procedimentos com foco na vítima e comparativamente às informações já coletadas nas fases anteriores:

- Confirmar as informações iniciais
- Coletar dados e informações de fontes seguras;
- Confirmar localização e condições da vítima;
- Identificar o método escolhido pela vítima
- Levantar as características construtivas e de acesso ao local onde se encontra a vítima;
- Levantar os locais inseguros que devem ter restrição de acesso.

Na fase – “Avaliação de Riscos” – é importante observar e identificar os riscos que possam afetar a aproximação e o resgate decorrentes do método escolhido pela vítima e aqueles a que o próprio local do suicídio expõe, a saber:

- Presença de gases que possam provocar asfixia;
  - Presença de gases inflamáveis ;
  - Presença gases tóxicos;
  - Possibilidade de queda de local elevado;
  - Possibilidade de afogamento;
  - Presença de perigos elétricos;
  - Possibilidade de atropelamento;
  - Possibilidade incêndio e queimadura;
  - Presença de arma branca;
  - Presença de arma de fogo;
  - Possibilidade de contaminação;
  - Possibilidade de envenenamento;
  - Possibilidade de enforcamento;
- [...]  
(Corpo de Bombeiros Militar de São Paulo, 2010, p. 19)

Uma realidade explícita na profissão Bombeiro é ter que lidar com a frustração da morte da vítima e deve-se considerar a possibilidade de o suicida já haver cometido o ato quando da chegada do socorro. Conquanto aparentemente morta, deve-se verificar a existência dos sinais vitais cuja presença enseja seguir os procedimentos de Atendimento Pré-Hospitalar, conforme orienta ARAÚJO (2014, p. 419):

- Caso se encontre viva, tomar os seguintes procedimentos:
- manutenção dos sinais vitais;
  - controle de hemorragias;
  - palpação para a localização de fraturas;
  - imobilização total;
  - transporte para uma unidade hospitalar.

Caso a vítima se encontre morta, deve-se informar ao Centro de Operações Bombeiro Militar, manter a integridade da cena isolando a área, solicitar a presença do órgão perito, no caso do Estado de Santa Catarina o Instituto Geral de Perícias, ou o órgão verificador de óbito da região, e dar apoio aos parentes e amigos do *de cujus* caso estejam presentes.

#### 5.3.4 Gerenciamento de Riscos

Após o dimensionamento da cena, que consiste basicamente na observação e reconhecimento do local como um todo, é necessário tomar as primeiras medidas para reduzir riscos e sanar eventuais problemas de segurança. São ações importantes que compreendem o isolamento da área, para impedir o acúmulo de pessoas que não estejam envolvidas na ocorrência, a fim de evitar aglomerações tumultuosas, e o controle do tráfego de veículos no local, desviando-o se necessário. Pode-se estabelecer um posicionamento tático para impedir a fuga da vítima ou a conclusão do suicídio, conforme ARAÚJO (2014).

O Corpo de Bombeiros Militar do Estado de São Paulo (2010, p. 19), denomina essa fase de “Preparação” e enumera os seguintes procedimentos:

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

Quanto ao esquema tático, também denominado “plano B”, frente à abordagem negociada, deve ser utilizado como uma ferramenta de apoio, ou seja, uma segunda linha de ação. O foco deve concentrar-se na abordagem negociada. O Corpo de Bombeiros da Polícia Militar do Estado de São Paulo (2006, p. 23) aconselha a utilização dessa intervenção rápida como última opção: “Preparar esquema tático para intervenção rápida que será utilizada em último caso quando a ocorrência não pode mais ser resolvida através da negociação.”

Figura 2 - Abordagem tática a suicida em altura



Fonte: Corpo de Bombeiros Militar do Pará (2010)

A abordagem tática envolve muitos riscos que podem comprometer a vítima e o bombeiro. Esses riscos abrangem possíveis erros de execução, frustração do elemento surpresa (caso a vítima aviste o resgatista a se aproximar) ou mesmo a possibilidade da vítima estar armada. Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro (2012, p. 7-8) orienta a ação furtiva conforme o seguinte:

- Posicionar os outros socorristas para uma ação furtiva, se necessário, e portando rádio portátil (atentar para o volume baixo, não alertando o suicida). Toda a ação de preparação deverá ser executada sem que o suicida perceba. A guarnição deverá estar, a todo momento, pronta para a queda, tanto proposital quanto acidental, do suicida;
  - O Cmt da Operação, se este não for o negociador, deverá procurar um local onde tenha visão do suicida e dos socorristas. Deverá portar também um rádio portátil.
- 2.6. Reavaliar os riscos. Caso o suicida encontre-se armado, deve-se estabelecer o diálogo em local abrigado do risco e somente tomar a decisão de abordagem após certificar-se do desarmamento. Nesses casos, é fundamental o apoio da Polícia Militar, seja com negociadores, seja com equipamentos específicos (armas não letais, coletes etc.).

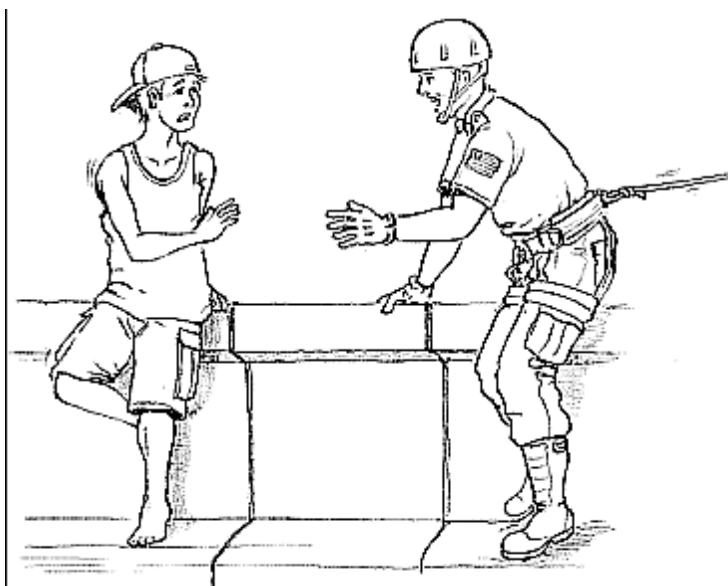
Ainda que o indivíduo seja impedido de perpetrar a ação naquele momento, quer seja através da negociação, quer pela abordagem tática, o suicida pode voltar a querer

consumar o ato ainda na cena da ocorrência. Nesse sentido, Rasia (2007, p. 191) observa que “Armas de fogo, medicamentos, além de outros objetos potencialmente letais, devem ser retirados de perto do paciente.”

### 5.3.5 Abordagem à vítima

A abordagem verbal ainda é a forma mais segura de tentar convencer o suicida a desistir do intento. É necessário estabelecer uma relação de confiança com a vítima (*rapport*) criando um canal de comunicação que deve ser mantido durante toda a ocorrência. Uma vez estabelecido esse canal, a atenção deve estar voltada para a vítima todo o tempo, não devendo ela ficar sozinha em momento algum.

Figura 3 - Abordagem verbal (Negociação)



Fonte: Corpo de Bombeiros do Estado de São Paulo (2010)

O Corpo de Bombeiros da Polícia Militar do Estado de São Paulo (2006) divide a abordagem psicológica em oito fases, a saber: a “**aproximação**” a qual deve ser calma, silenciosa e depende do consentimento da vítima; o “**silêncio**”, fase na qual o bombeiro aguarda em silêncio até que a vítima se acostume com a sua presença; a “**apresentação**” em que o bombeiro se identifica nominalmente, profissionalmente e esclarece o motivo que o leva até ali; a “**paráfrase resumida**”, em que o negociador reporta à vítima, resumidamente, o que percebe da situação, gerando um sentimento de que está sendo compreendida, aumentando o vínculo; as “**perguntas simples**”, que são perguntas que terão respostas curtas como “Sim” ou “Não”, objetivando colher informações da vítima ou do que a aflige;

“**perguntas complexas**”, são aquelas que delimitam o tema do diálogo, uma vez descoberto o motivo da crise; “**ajudar a vítima a encontrar a solução**”, não dizendo a ela o que fazer, mas sim levando-a, pelas suas próprias respostas e experiências, a encontrar uma solução por si só, apenas conduzindo o diálogo para que isso aconteça; e “**mostrar que é normal a pessoa perder o controle em situações difíceis**” que é uma forma de demonstrar à vítima que o nervosismo e aflição, diante das situações expostas pelo indivíduo, são normais.

Ainda quanto à abordagem à vítima, Rasia (2007, p. 190) orienta a estabelecer “contato visual e verbal com o paciente, de forma pausada, firme, clara e com um tom de voz adequado à situação, mostrando-se calmo e seguro, procurando conquistar sua confiança.” O autor acresce, ainda, que apenas 1 (um) integrante da equipe o faça, devendo escutá-lo com atenção e sempre procurando descobrir qual o principal motivo de sua atitude. “Após ter conquistado sua confiança, inicie o trabalho no sentido de dissuadi-lo, sempre oferecendo segurança e proteção.” (RASIA, 2007, p. 191)

Apesar da preocupação em não causar alardes na chegada do socorro, buscando preservar o fator surpresa, é possível que o suicida perceba a presença do Corpo de Bombeiros. Nesse caso, deve-se iniciar a abordagem psicológica, ainda que à distância, utilizando a técnica de contatar, respeitar e proteger a vítima, conforme assevera Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro (2012, p. 5). O Corpo de Bombeiros da Polícia Militar do Estado de São Paulo (2006, p. 28-29) orienta ao negociador que busque executar as seguintes ações:

- Conversar com a vítima de forma pausada, firme, clara, e num tom de voz adequado à situação.
- Jamais assumir qualquer atitude hostil para com a vítima.
- Procurar descobrir qual o principal motivo de sua atitude.
- Procurar obter informações sobre seus antecedentes.
- Após ter conquistado sua confiança, iniciar o trabalho no sentido de dissuadi-la, sempre oferecendo segurança e proteção.”

Uma vez estabelecido o canal de comunicação com a vítima, deve-se proceder com o diálogo.

### *5.3.5.1 Postura do Negociador*

A postura do negociador e a forma como ele se dirige à vítima causam uma reação de empatia ou de repulsa por parte dessa. Assim, comumente o paciente é quem escolhe qual membro da guarnição será o seu negociador, seja por identificar-se com a forma de diálogo de um ou de tratamento de outro. A fim de cativar essa abertura por parte do suicida, pode-se adotar uma postura padrão buscando agir com paciência, conforme orienta EDUARDO (2003,

p. 128), procurar dirigir-se à vítima sempre pelo nome, evitando movimentos bruscos, evitando palavreado de baixo calão e utilizando tom de voz moderado; expressar-se pausadamente, com firmeza e sempre remetendo a vítima à realidade, e nunca revidar a agressões, seja verbal ou física.

Cada ocorrência é dotada de particularidades. Os eventos causadores da crise podem ir desde problemas particulares a doenças psiquiátricas, de forma que a negociação pode tomar rumos diferentes, dependendo da resposta da vítima ao bombeiro que a aborda. O evento suicida é permeado por um temor, por parte dos que interpelam a vítima, em expor o assunto diretamente no diálogo, porém, uma vez estabelecido o vínculo, o tópico suicídio deve ser alcançado gradualmente. Devido à dificuldade e fragilidade inerentes a essa realidade, o Ministério da Saúde exemplifica algumas perguntas prontas que o negociador ou socorrista podem utilizar para iniciar o diálogo:

“Como você se sente ultimamente?” “Existem muitos problemas na sua vida?” “O que tem tentado fazer para resolvê-los?” Em geral essas perguntas abrem espaço para as pessoas falarem de si mesmas e de como estão lidando com as dificuldades.

[...]

- Você se sente triste?
- Você sente que ninguém se preocupa com você?
- Você sente que a vida não vale mais a pena ser vivida?
- Já pensou que seria melhor estar morto ou tem vontade de morrer? (BRASIL, 2006, p. 57-58)

O negociador pode conduzir a conversa terapêuticamente, à medida que percebe a vítima mais confortável com sua presença e sentindo-se compreendida, falando sobre seus sentimentos ou expondo seus problemas. Nesse momento o negociador pode abordar assuntos cotidianos como *hobbies*, coisas que o indivíduo gosta de fazer, se ainda o faz costumeiramente e como se sente, se ainda sente prazer nas atividades que praticava, se encontra ânimo e esperanças de que as coisas possam melhorar, se ele já passou por um momento difícil alguma vez o qual conseguiu superar, se o momento atual é superável ou se é uma tristeza diferente daquela de outrora. Progressivamente, pode-se estimulá-la a falar sobre o desejo de se matar, sempre observando sua reação, pois “quando, além de depressão, o paciente se mostra desesperado, o risco de suicídio é maior” (BRASIL, 2006, p. 35).

Da mesma forma que o negociador deve preocupar-se em seguir determinadas regras de ação para interpor-se corretamente, há que se observar atitudes a serem evitadas durante a negociação. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p. 56) enumera o que não fazer quando da lida com o suicida:

- Interromper muito frequentemente[sic].
- Ficar chocado ou muito emocionado.
- Dizer que você está ocupado.
- Fazer o problema parecer trivial.



- Tratar o paciente de uma maneira que possa colocá-lo numa posição de inferioridade.
- Dizer simplesmente que tudo vai ficar bem.
- Fazer perguntas indiscretas.
- Emitir julgamentos (certo x errado), tentar doutrinar.

O intuito é passar a imagem de que o negociador está ali para amparar a vítima, tratando-a com cordialidade. O discurso do negociador, por mais otimista que possa ser, deve basear-se sempre na realidade. Dessa forma evitam-se possíveis frustrações, por parte da vítima, que possam quebrar o vínculo e pôr fim ao diálogo. “O vínculo facilmente se quebra se a vítima perceber que foi usada, que usaram de mentiras, que a ameaçam ou desafiam, e, atitudes as mais variadas possíveis podem ser tomadas, se sentir que o profissional não é confiável.” (CORPO DE BOMBEIROS DA POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2006, p. 30)

#### 5.3.5.2 *Esclarecimentos sobre a abordagem*

Por ser um tipo de ocorrência muito peculiar e delicada, o suicídio é rodeado de dúvidas e mitos que podem afetar o bom andamento da negociação. Diante dessa perspectiva, Werlang e Botega (2004, apud BRASIL, 2006, p. 53), buscam sanar algumas indagações e afirmações errôneas sobre o tema:

- “Se eu perguntar sobre suicídio, poderei induzir o paciente a isso.” – Questionar sobre ideias de suicídio, fazendo-o de modo sensato e franco, aumenta o vínculo com o paciente. Este se sente acolhido por um profissional cuidadoso, que se interessa pela extensão de seu sofrimento.
- “Ele está ameaçando suicídio apenas para manipular.” – A ameaça de suicídio sempre deve ser levada a sério. Chegar a esse tipo de recurso indica que a pessoa está sofrendo e necessita de ajuda.
- “Quem quer se matar, se mata mesmo.” – Essa ideia pode conduzir ao imobilismo terapêutico, ou ao descuido no manejo das pessoas sob risco. Não se trata de evitar todos os suicídios, mas sim os que podem ser evitados.
- “Quem quer se matar não avisa.” – Pelo menos dois terços das pessoas que tentam ou que se matam haviam comunicado de alguma maneira sua intenção para amigos, familiares ou conhecidos.
- “O suicídio é um ato de covardia (ou de coragem)” – O que dirige a ação auto-inflingida é uma dor psíquica insuportável e não uma atitude de covardia ou coragem.
- “No lugar dele, eu também me mataria.” – Há sempre o risco de o profissional identificar-se profundamente com aspectos de desamparo, depressão e desesperança de seus pacientes, sentindo-se impotente para a tarefa assistencial. Há também o perigo de se valer de um julgamento pessoal subjetivo para decidir as ações que fará ou deixará de fazer.

Esses pensamentos errôneos devem ser corrigidos, especialmente quando se trata daqueles que devem dar maior atenção e agir sempre com o pensamento de que o risco de morte existe e deve ser evitado, quando do atendimento à ocorrência.

### 5.3.6 Retirada e transporte da Vítima

Após a retirada da vítima da situação de risco, seja por desistência voluntária, decorrente da negociação, ou pela abordagem tática de urgência, existe sempre a necessidade de transporte para hospital especializado na área psiquiátrica.

Figura 4 - Retirada da vítima



Fonte: Corpo de Bombeiros do Estado de São Paulo (2010, p. 17).

Saliente-se que em caso de necessidade da abordagem física (abordagem tática), que deve ser utilizada apenas em último caso (iminência do suicídio ocorrer), para a retirada da vítima, o bombeiro deve preocupar-se com a possibilidade de o suicida tentar agredi-lo com algum objeto ou arma, ou ainda, decorrente do susto ou acidente, executar o suicídio. Nesses casos específicos, Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro (2012, p. 8) descreve o seguinte procedimento para retirada:

#### 2.7. Retirar o suicida:

[...]

- b) Logrando êxito na negociação, retirar o suicida utilizando o descrito no item d), a seguir, se necessário;
- c) Não logrando êxito na negociação, e caso haja risco iminente de morte para socorrista e/ou suicida, abordar fisicamente o suicida utilizando as técnicas de salvamento em altura necessárias. Essa ação somente poderá ser realizada após a ordem do Comandante do Socorro ou em iminência de queda, proposital ou acidental, do suicida;
- d) Após agarrar o suicida, providenciar para imobilizá-lo (se necessário), equipá-lo com o EPI adequado e descê-lo, sempre acompanhado de um Bombeiro;

Ressalte-se que a literatura vincula a contenção do paciente aos casos de comportamento agressivo e que a imobilização deve ser feita com material que não lesione a vítima. Nesse ínterim, Eduardo (2003, p. 129) ratifica e acresce:

- Contenha-o em caso de agressividade com risco do paciente ferir-se ou vir a ferir outros (inclusive o próprio socorrista). Para isso use lençóis e bandagens, não usar materiais que possam feri-lo.
- Transporte-o deitado, com acompanhante se possível e em decúbito lateral de segurança em caso de náusea ou vômito.
- Realize observação rigorosa durante todo o percurso.
- Na abordagem verifique a presença de materiais cortantes, ou outras armas com o paciente.

Seguindo as orientações de não revidar à possível violência da vítima, o negociador deve manter, mesmo diante da investida, um tratamento respeitoso e calmo. Após a imobilização, a vítima deve ser conduzida em ambulância para atendimento médico em unidade hospitalar especializada na área psiquiátrica, sempre acompanhada, conforme aconselha Rasia (2007, p. 191), “Após ter conseguido dominar o paciente, continue tratando-o com respeito e consideração conduzindo-o ao hospital. [...] Ele não deve ser deixado sozinho, mesmo que por alguns instantes, seja em casa ou na viatura.”

#### **5.4 Finalização**

A fase de finalização ou encerramento, apesar de corriqueiramente negligenciada, é parte integrante e de importância dentro do ciclo operacional. Basicamente, consiste em:

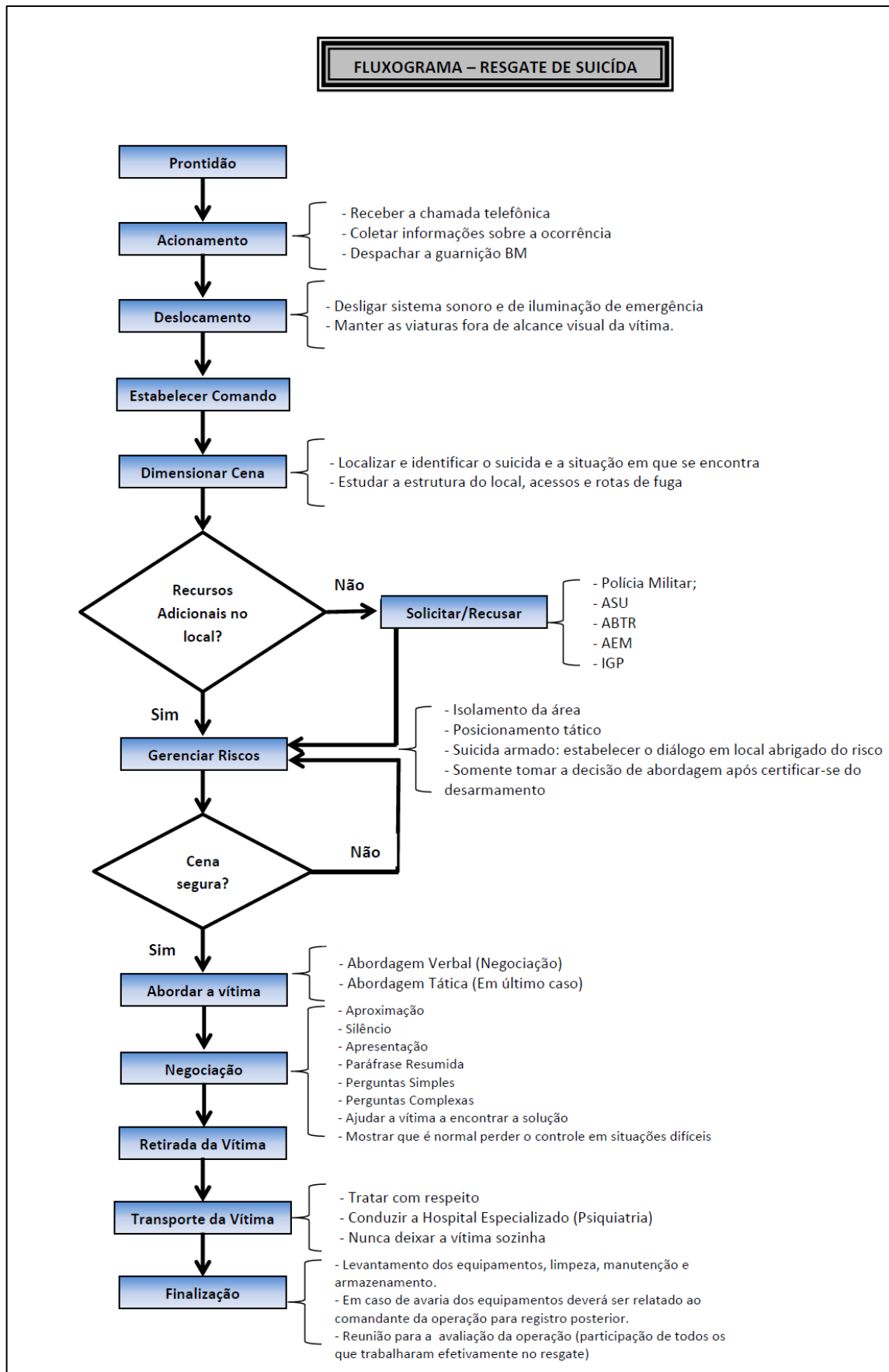
- Estabelecimento de responsabilidades pessoais;
- Remoção de equipamentos e ferramentas;
- Conduzir o paciente ao P.S.;
- Passar o caso ao médico responsável. (CORPO DE BOMBEIROS DO ESTADO DE SÃO PAULO, (2010, p. 21)

Ainda quanto à fase da finalização, Dutra (2012, p. 13) destaca pontos importantes pós-operação e para o retorno à fase de prontidão comuns a operações de Bombeiro Militar em geral:

- Será providenciado o levantamento de todos os equipamentos, bem como a sua limpeza, manutenção e armazenamento. Em caso de avaria dos equipamentos deverá ser relatado ao comandante da operação para registro posterior.
- Deverá ser realizada uma reunião para a avaliação da operação com a participação de todos os que trabalharam efetivamente no resgate [...]

Em suma, o ciclo operacional sugerido pode ser visualizado no seguinte fluxograma da Figura 5 a seguir.

Figura 5 - Fluxograma sobre Ciclo Operacional de Resgate de Suicida



Fonte: Elaborado pelo autor.

## **6 PROPOSTA DE TEXTO PARA DIRETRIZ DE PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**

O texto a seguir é um resumo do ciclo operacional abordado anteriormente. Não é uma descrição rígida, tampouco minudenciada, sobre cada ocasião ou método de suicídio, uma vez que é definida apenas como proposta, mas que pode servir como base para elaboração de uma diretriz mais detalhada, com o intuito futuro de aprofundamento de estudos na área, para o Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina.

### **DIRETRIZ DE PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (DtzPOP)**

**CLASSIFICAÇÃO:** DtzPOP nº xx/xxxx/BM-3/EMG/CBMSC

**CATEGORIA:** Diretriz de Procedimento Permanente (conforme Art. 5º da IG 20-01)

**ASSUNTO:** Dispõe sobre os procedimentos para atendimento a ocorrência de suicídio nas Organizações de Bombeiro Militar do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina (CBMSC).

**1. FINALIDADE:** Padronizar os procedimentos para atendimento a ocorrência envolvendo suicídio nas Organizações de Bombeiro Militar do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina (CBMSC).

#### **2. REFERÊNCIAS:**

- IG 20-01, que estabelece os critérios para a elaboração e aprovação de Diretrizes de Procedimentos Operacionais Padrão (DtzPOP) e Manuais Operacionais (MOp) no âmbito do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina. Portaria n.º 201, de 21 Set 07, publicada em BCG n.º 39, de 24 Set 07;
- CORPO DE BOMBEIROS DA POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Manual de gerenciamento de crises envolvendo suicidas e atentados terroristas**. Coletânea de Manuais Técnicos de Bombeiros, v. 35, 1. ed. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do suicídio**: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. 2006. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_editoracao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf)>. Acesso em: xx xxx. 20xx.

**3. OBJETIVOS:** Padronizar os procedimentos para atendimento a ocorrência envolvendo suicídio nas Organizações de Bombeiro Militar do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina (CBMSC).

**4. EXECUÇÃO:**

- a. Quando do acionamento, buscar informações sobre a vítima com o solicitante, via COBOM (histórico, doença mental, depressão, fatores de risco ao comportamento suicida).
- b. Durante o deslocamento, ao aproximar-se do local da ocorrência, desligar sirenes, e sinais luminosos.
- c. Dimensionar a cena, visualizando riscos existentes ou potenciais que possam afetar a vítima ou os resgatistas. (Altura, arma de fogo, arma branca, veneno, gases tóxicos (atmosfera hostil, explosivos, líquidos inflamáveis, etc)
- d. Solicitar recursos extras, caso necessário.
- e. Gerenciar os riscos buscando extingui-los ou minimizá-los utilizando equipamento apropriado para a ocasião e estabelecendo-se em local seguro para a abordagem.
- f. Quando estabelecida a condição de cena segura ou risco aceitável, buscar contato com a vítima. Apenas um resgatista deve dirigir-se diretamente à vítima, estabelecendo uma relação de confiança (*rapport*).
- g. Seguir fases de abordagem pré-definidas:
  - i. Aproximação: deve ser calma, silenciosa e depende do consentimento da vítima;
  - ii. Silêncio: o bombeiro aguarda em silêncio até que a vítima se acostume com a sua presença;
  - iii. Apresentação: o bombeiro se identifica (nome/profissão) e esclarece o motivo que o leva até ali;
  - iv. Paráfrase resumida: o bombeiro reporta à vítima, resumidamente, o que percebe da situação;
  - v. Perguntas simples: perguntas que terão respostas curtas como “Sim” ou “Não”, objetivando colher informações da vítima;
  - vi. Perguntas complexas: delimitam o tema do diálogo, uma vez descoberto o motivo da crise;
  - vii. Ajudar a vítima a encontrar a solução: levá-la, pelas suas próprias respostas e experiências, conduzindo o diálogo para que isso aconteça;

- viii. Mostrar que é normal a pessoa perder o controle em situações difíceis: situar as aflições e nervosismos expostos pela vítima em um contexto de naturalidade
- h. Manter diálogo de forma calma, procurando conquistar a vítima e nunca deixá-la sozinha até a finalização da ocorrência.
- i. Deixar que a vítima fale confortavelmente, escutando-a com atenção.
- j. Tentar dissuadi-la, do intuito suicida, através do diálogo amigável. Evitar postura hostil.
- k. Quando da retirada da vítima, continuar tratando-a com respeito e conduzi-la ao hospital psiquiátrico mais próximo.
- l. Finalizar a ocorrência realizando uma revisão dos procedimentos realizados na ocorrência e manutenção do material utilizado para retorno ao estado de prontidão.

#### **5. PRESCRIÇÕES DIVERSAS:**

- a. A presente Diretriz de Procedimento Operacional Padrão entra em vigor a partir da data de sua publicação pelo Comando Geral do CBMSC.

Florianópolis, em xx de xxxxx de 20xx.

## 7 CONCLUSÃO

Analisando as estatísticas expostas neste trabalho, foram constatados elevados valores absolutos de suicídio no Estado de Santa Catarina, cuja incidência prevalecente diz respeito ao sexo masculino. Os valores absolutos coletados no período eleito para a pesquisa – 2009 a 2013 – mantiveram-se bem próximos à média anual geral, em torno de 530 suicídios por ano.

As evidências indicam, de forma cristalina, que o perfil do suicida em potencial em Santa Catarina segue as características gerais abordadas nos materiais relacionados ao tema, apresentando apenas pequenas variações, a exemplo da faixa etária cuja predominância concentrou-se no intervalo de 20 (vinte) a 49 (quarenta e nove) anos (SANTA CATARINA, 2014), ao passo que, de forma generalizada, a bibliografia existente afirma que a maior incidência se concentra entre os jovens de 15 (quinze) a 35 (trinta e cinco) anos, como também entre os idosos acima de 75 (setenta e cinco), conforme dados do Corpo de Bombeiros da Polícia Militar do Estado de São Paulo (2006, p. 21).

Contrariamente ao conceito popular e ao que é perceptível, mesmo que implicitamente, em algumas Diretrizes de Procedimento Operacional Padrão de outros estados da Federação, em que o tema se concentra na seara do Salvamento em Altura, o método de suicídio mais adotado em Santa Catarina não é a precipitação, mas sim o enforcamento cujo percentual atinge uma taxa de 73% sobre o total.

Indubitavelmente, o processo de suicídio pode ser comparado de forma análoga ao *iter criminis*, o “caminho do crime” preconizado doutrinariamente pelo Direito Penal Brasileiro. A primeira fase é a cogitação, cujo nascedouro advém da ideia de pôr termo à própria vida, desenvolvendo-se através da forma de viabilizar o ato, ou seja, a escolha do método. Essa é uma fase interna, haja vista que existe apenas na mente do indivíduo. Os familiares devem estar atentos aos sinais emitidos na fase de cogitação pois, por vezes, o suicida pode externar seus pensamentos aos parentes ou amigos mais próximos, permitindo, por parte desses, efetivar ações preventivas evitando, nesse compasso, a perpetração da próxima fase.

A segunda etapa é concernente aos atos preparatórios, em que o indivíduo concretiza o método a ser adotado, por meio da aquisição de instrumentos ou materiais (arma de fogo, obtenção de drogas ilícitas, cordas, venenos e outros) que viabilizem o suicídio. A atuação do Corpo de Bombeiros deve ser iniciada na transição entre essa e a próxima fase,



diligenciando com vistas à mitigação da crise, através da negociação, com o objetivo de conduzir a vítima a, espontaneamente, desistir de continuar o processo.

Os atos de execução são elementos da terceira fase, na qual o indivíduo atua objetivamente no intuito de tirar a própria vida, culminando na quarta e última fase é a consumação do suicídio com a morte da vítima.

Por fim, as constatações extraídas das pesquisas e compilações feitas por meio deste trabalho culminam na proposta de um texto base para Diretriz de Procedimento Operacional Padrão, visando ao atendimento de ocorrências envolvendo suicídio. A confecção dessa Diretriz respalda-se nas fases do ciclo operacional proposto, a serem seguidas pela guarnição em atendimento ao evento, tomando, como referencial teórico, orientações adotadas por outros estados e órgãos atuantes na área psiquiátrica, cuja doutrina foi utilizada para subsidiar a pesquisa, uma vez exposta a necessidade de normatização para atendimento a esse tipo de ocorrência, por parte do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina, ratificada pelas estatísticas apresentadas, bem como pela necessidade do envolvimento dos resgatistas, diretamente como negociadores, sem treinamento prévio, nem preparo adequado, e sim de forma empírica, valendo-se da sensibilidade e do tato inerentes a cada agente, com o fito de alcançar êxito no desfecho da ocorrência.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Francisco Bento de. **Manual de instruções técnico profissional para bombeiros**. Distrito Federal: Corpo de Bombeiros Militar do DF, [200-].

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSTORNO BIPOLAR apud . **Transtorno bipolar é a doença que mais causa suicídios**. Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/noticias/transtorno-bipolar-e-a-doenca-que-mais-causa-suicidios/>>. Acesso em: 16 mar. 2014.

BOTEGA, Neury et al. Prevenção do Suicídio. **Debates: psiquiatria hoje**, ano 2, n. 1, p. 10-20. Jan./fev. 2010. Disponível em: <[http://www.abp.org.br/download/PSQDebates\\_7\\_Janeiro\\_Fevereiro\\_light.pdf](http://www.abp.org.br/download/PSQDebates_7_Janeiro_Fevereiro_light.pdf)>. Acesso em: 16 mar. 2014.

BOTEGA, Neury José et al. Prevenção do comportamento suicida. **PSICO**, Porto Alegre, PUCRS, v. 37, p. 213-220, set./dez. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.876**, 14 de agosto de 2006. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876\\_14\\_08\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html)>. Acesso em: 16 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do suicídio**: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. 2006. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_editoracao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf)>. Acesso em: 16 mar. 2014.

CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA. **Falando abertamente sobre suicídio**. Disponível em: <[http://cvv.org.br/images/stories/saibamais/falando\\_abertamente\\_sobre\\_suicidio.pdf](http://cvv.org.br/images/stories/saibamais/falando_abertamente_sobre_suicidio.pdf)>. Acesso em: 16 mar. 2014.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino; SILVA, Roberto da. **Metodologia Científica**. 6 ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CORDÁS, Táki. **Distímia**. Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/dependencia-quimica/distimia-3/>>. Acesso em: 18 mar. 2014.

CORPO DE BOMBEIROS DA POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Manual de gerenciamento de crises envolvendo suicidas e atentados terroristas**. Coletânea de Manuais Técnicos de Bombeiros, vol. 35, 1. ed. 2006.

CORPO DE BOMBEIROS DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Tentativa de Suicídio**. 2010. 32 p.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE SANTA CATARINA. **E-193**. Disponível em: <[www.cbm.sc.gov.br](http://www.cbm.sc.gov.br)>. Acesso em: 16 mar. 2014.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE SANTA CATARINA. **COBOM do 1º BBM, em Florianópolis, recebe novos investimentos**. 2012. Disponível em: <[http://www.cb.sc.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=749:cobom-do-1o-bbm-recebe-novos-investimentos&catid=76:noticias-cbmsc&Itemid=117](http://www.cb.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=749:cobom-do-1o-bbm-recebe-novos-investimentos&catid=76:noticias-cbmsc&Itemid=117)>. Acesso em: 28 mar. 2014.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Salvamento de suicida em altura**. Procedimento Operacional Padrão. Modelo Analítico, 1ª versão, 2012. 9 p.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO PARÁ. **CFSd BM Santarém realiza simulado de salvamento em altura**. 2010. Disponível em: <<http://4gbm-pa.blogspot.com.br/2010/02/cfsd-bm-santarem-realiza-simulado-de.html>>. Acesso em: 29 mar. 2014.

DUTRA, Alexandre Corrêa. **Curso de Resgate em Espaço Confinado** : lição 1: princípios de resgate em espaços confinados. 18 p. 2012.

EDUARDO, Osiel Rosa et al. **Protocolo de atendimento pré-hospitalar CBMDF**. Brasília: CBMDF, 2003. 183 p.

FRANCE PRESS. Um milhão de pessoas morrem por suicídio no mundo ao ano, diz OMS. **G1**, Rio de Janeiro, 7 mai. 2012. Ciência e Saúde. Disponível em: <<http://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2012/09/um-milhao-de-pessoas-morrem-por-suicidio-no-mundo-ao-ano-diz-oms.html>>. Acesso em: 16 mar. 2014.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Maria de Andrade. **Metodologia Científica**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2011.

RASIA, Carlos Alberto et al. **Manual de atendimento pré-hospitalar**. Brasília: Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, 2007. 239 p.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Sistema de Informações de Mortalidade. **Mortalidade por causas violentas de 1996 em diante**. Disponível em: <[http://200.19.222.8/cgi/defthtm.exe?sim\\_causas\\_externas.def](http://200.19.222.8/cgi/defthtm.exe?sim_causas_externas.def)>. Acesso em: 16 mar. 2014.

SCHMITT, Ricardo et al. Perfil epidemiológico do suicídio no extremo oeste do estado de Santa Catarina, Brasil. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul – SPRS**, v. 30, n. 2, p. 115-123. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082008000300007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082008000300007&script=sci_arttext)>. Acesso em: 16 mar. 2014.

SEHNEM, Scheila Beatriz, PALOSQUI, Vanusa. Suicídio, uma questão de saúde pública: características epidemiológicas do suicídio no Estado de Santa Catarina. **Unoesc & Ciência – ACHS**, Joaçaba, v. 2, n. 2, p. 206-217 jul./dez. 2011.

VARELLA, Drauzio. **Causas e consequências: alcoolismo**. Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/dependencia-quimica/alcoolismo/alcoolismo/>>. Acesso em: 16 mar. 2014.