



**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DA BAHIA**

**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA  
OCORRÊNCIAS ENVOLVENDO TENTATIVAS DE  
SUICÍDIO**

**CEL BM FRANCISCO LUIZ TELLES DE MACEDO  
COMANDANTE GERAL DO CBMBA**

**MAJ BM RAMON DIEGGO P. VALLE BAYLÃO DINIZ  
COMANDANTE DO 3º GBM**

***10 de Setembro – Dia Mundial de  
Prevenção do Suicídio***

# Técnicas de Atendimento a pacientes em tentativa de suicídio

**“O Suicídio faz com que os amigos e  
familiares se sintam seus assassinos”**

**Vicent Van Gog**

# Técnicas e procedimentos

- PATOLOGIAS DA MENTE
- **DEFINIÇÃO DE SUICÍDIO:**

O suicídio, pode ser definido como um ato deliberado executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção seja a morte, de forma consciente e intencional, usando um meio que ele acredita ser letal. Também fazem parte do comportamento suicida: os pensamentos, os planos e a tentativa de suicídio. É um comportamento com determinantes multifatoriais e resultado da interação de fatores psicológicos e biológicos, genéticos, culturais e sociodemográficos.

# Informações

- O Brasil é o oitavo país em número absoluto de suicídios, no entanto há que se salientar que existem inclusas a essa estatística a questão das subnotificações.
- No manejo em ocorrências que envolvam tentativas de suicídio, é importante que avaliemos os fatores de risco e de proteção ao indivíduo, pois é através dessa avaliação que podemos implementar estratégias no sentido de evitarmos a concretização da autopunição.

# Informações

- Os dois principais fatores de risco são: a tentativa prévia de suicídio e a doença mental. O indivíduo que tentou suicídio previamente têm de cinco a seis vezes mais chances de tentar suicídio novamente.
- Há uma estimativa que 70% dos que se suicidaram já haviam tentado previamente. Quanto a doença mental, estima-se que 90% das pessoas que cometeram suicídio tinham uma doença mental.

# Patologias

- Os transtornos psiquiátricos mais comuns incluem **depressão, transtorno bipolar, dependência de álcool e outras drogas, transtornos de personalidade e esquizofrenia**. Destacam-se ainda, outros fatores de risco: a desesperança, o desespero, o desamparo e a impulsividade.
- O comportamento suicida entre jovens envolve *humor depressivo, abuso de substâncias, problemas emocionais, familiares e sociais, história familiar de transtorno psiquiátrico, rejeição familiar, negligência, além de abuso físico e sexual na infância*.

# Patologias

- Doenças clínicas não psiquiátricas foram associadas ao suicídio, tais como pacientes com câncer, HIV, doenças neurológicas, doença de Parkinson. Outros eventos que precisam ser cuidados, são maus tratos na infância ou adolescência.
- Um fator de risco de adolescentes é o suicídio de figuras proeminentes, suicídios em grupo ou comunidades semelhantes. O risco de suicídio aumenta entre aqueles com história familiar de suicídio ou de tentativa de suicídio.

# Patologias

- A OMS apontam três características psicopatológicas comuns no estado mental dos suicidas:
- **A ambivalência**: o desejo de viver e morrer se confundem no indivíduo. Muitos não desejam morrer, querem resolver seus problemas.
- **A impulsividade**: O suicídio parte de um ato que é usualmente motivado por eventos negativos. O impulso é transitório e tem duração de alguns minutos ou horas. Pode ser desencadeado por eventos negativos do dia a dia e por rejeição, recriminação, fracasso, falência, etc.
- **A rigidez**: a pessoa decide terminar com a sua vida, os seus pensamentos, sentimentos e ações giram em torno disso, ela fica incapaz de perceber outras maneiras de enfrentar o problema. O funcionamento mental gira em torno de três sentimentos: “não suportar,” “sem saída”, e “sem fim”. Existe uma distorção da percepção de realidade com avaliação negativa de si, do mundo e do futuro.



# Um breve entendimento

- O fenômeno suicídio engloba uma série de comportamentos autodestrutivos como a tentativa de suicídio e o suicídio completo.
- Quem tenta o suicídio nem sempre tem a intenção de morrer, os atos autodestrutivos podem ser um pedido de ajuda à família e à sociedade.
- O suicídio é mais frequente nas idades que delimitam as fronteiras da vida, como a puberdade e a adolescência, e entre a maturidade e a velhice.

# SITUAÇÕES QUE PODEM DESENCADEAR O SUICÍDIO:

- Durante o atendimento a emergências deste tipo podemos lidar com pessoas que em seu desespero buscam o suicídio como solução a situações consideradas insuportáveis por elas mesmas. –
- suicídio como fuga de uma situação considerada insuportável pelo sujeito;
- - suicídio em sinal de luto pela perda de um componente da personalidade ou de um modelo de vida; -
- suicídio como castigo para expiar um erro real ou imaginário; -
- suicídio como delito, arrastando na morte uma outra pessoa;

# SITUAÇÕES QUE PODEM DESENCADEAR O SUICÍDIO

- - suicídio como vingança ou punição, a fim de suscitar remorso em outras pessoas e fazer cair sobre elas o repúdio da comunidade;
- - suicídio como pedido e chantagem, visando pressionar alguém; -
- suicídio como sacrifício e modo de atingir um valor ou estado considerado superior;
- - suicídio como brincadeira, para pôr a si mesmo à prova; -
- suicídio por desgosto ou crise existencial;
- - suicídio como saída natural para uma conduta delinquente; -
- suicídio como gesto heroico.

# COMO IDENTIFICAR AS PESSOAS QUE TENTAM SUICÍDIO?

- Durante a abordagem ao suicida em sua tentativa, o bombeiro deverá estar atento ao fato de que o mesmo passou por uma série de frustrações e problemas pessoais que contribuíram para sua decisão desesperada e que em alguns momentos apresentou sinais e sintomas que possivelmente foram ignorados.
- A seguir apresentaremos algumas características que podem ser observadas em um suicida.

# Fatores

- Conflitos familiares
- História de violência doméstica
- História de violência sexual
  - Depressão e doença psiquiátrica
  - Isolamento social
- Mudança nas condições de saúde ou de estado físico
- Alcoolismo e uso de drogas
- Problemas econômicos e de desemprego

Fonte: <http://www.saude.rj.gov.br/apav/suicidio.shtml>

# Fatores

- 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

# MÉTODOS DE SUICÍDIO MAIS FREQUENTES

- A gravidade da tentativa deve relacionar-se com a "potencialidade autodestrutiva" do método utilizado.
- Como exemplo podemos citar que, por razões não completamente esclarecidas, as **mulheres** cometem três vezes mais tentativas de suicídio que os homens, no entanto, **os homens são mais eficazes**. Isto porque o sexo feminino recorre aos métodos mais brandos como o envenenamento, enquanto os homens recorrem a métodos como uso de armas de fogo, afogamento, enforcamento ou saltando de grandes altitudes.

# MÉTODOS DE SUICÍDIO MAIS FREQUENTES

- Abaixo podemos verificar os métodos mais frequentes utilizados para o suicídio.
- **1º Envenenamento**
- **2º Ferimento com arma branca**
- **3º Enforcamento**
- **4º Precipitação**
- **5º Asfixia**



# AULA- 2 MITOS E VERDADES

- OBJETIVOS
- 1. Identificar os principais mitos e verdades sobre o fenômeno suicida
- 2. Reconhecer as atuais estatísticas brasileiras sobre o tema
- 3. Explicar o fenômeno da glorificação de sítio

- MITOS SOBRE O SUICÍDIO
- Conforme estudo realizado pelo Conselho Federal de Medicina (2014), erros e preconceitos vem sendo historicamente repetidos, contribuindo para a formação de um estigma em torno da doença mental e do comportamento suicida.
- O estigma resulta de um processo em que pessoas são levadas a se sentirem envergonhadas, excluídas e discriminadas. Passemos agora a identificar as principais crenças que envolvem o assunto, sendo essas de caráter errôneo, ou não:

# 1) PRIMEIRO MITO :

- *As pessoas que tentam o suicídio realmente querem se matar???....*
- **FALSO!**
- Ambivalência é um sintoma marcante nas pessoas que se querem suicidar.
- Muitos não querem morrer, querem simplesmente escapar de uma situação insuportável.

## 2) SEGUNDO MITO:

- *Se uma pessoa tentar matar-se uma vez, é menos provável que ele volte a tentar. FALSO!*
- Cerca de 70% dos suicidas que não são acompanhados ou não persistem nos tratamentos adequados voltam a tentar ou consumir o suicídio.
- É importante saber que as pessoas que querem suicidar-se se sentem assim durante um tempo, neste momento, ou recuperam ou pedem ajuda ou morrem

### 3) TERCEIRO MITO:

- *Existem casos em que pessoas só querem chamar a atenção, se quisessem se matar realmente já o teriam feito.*

**FALSO**

- Cada pessoa reage de uma forma frente ao problema que considera insuportável, qualquer pessoa que expõe sua vida ao risco ameaçando suicídio precisa de tratamento adequado e merece toda atenção por parte das guarnições destacadas para o atendimento da emergência.
- Lembre-se: **TODO SUICÍDA QUER CHAMAR A ATENÇÃO. É SUA FORMA DE TENTAR GRITAR POR AJUDA E CHEGAR ATÉ ALGUÉM QUE POSSA SOLUCIONAR SEU PROBLEMA**

## 4) Quarto Mito

- *Suicidas depressivos acabam consumando mais o ato, pois encontram-se menos esperançosos e tal abordagem por parte das equipes de socorro são sempre mais complicadas. **FALSO!!!!!!***
- A letalidade de um suicida dependerá de algumas variáveis, porém sempre será influenciada pelo tipo de abordagem do profissional da equipe de socorro

## 5) Quinto Mito

- *Mulheres acabam sendo mais efetivas na consumação do suicídio. **FALSO!!!!!!***
- De acordo com os dados da OMS (2012), há mais suicídios entre os homens (15 para cada 100 mil habitantes) do que entre as mulheres (8 para cada 100 mil habitantes), mas, no grupo dos chamados “sobreviventes de si mesmos”, as mulheres são maioria (80%), ou seja, os homens, quando intentam se matar, são mais efetivos, conforme percebemos no quadro abaixo que indica uma projeção entre os dois sexos até o ano de 2020

## 6) SEXTO MITO:

- *No Brasil os índices de suicídio ainda são bem baixos, pois é um país tropical com um povo muito alegre. **FALSO!!!!!!***
- O Brasil aparece abaixo da média mundial de suicídios, mas tais números apresentam-se em diferentes maneiras, pois, se no mundo, a taxa média de suicídios é de 11,4 mortes por 100 mil habitantes, no Brasil esse índice cai para 5,8 mortes por 100 mil habitantes, o que deixa o país em uma posição aparentemente cômoda: 133º lugar, em um ranking de 172 países.
- 
- Tal assunto se tornou tão importante que é recorrente em várias doutrinas que abordam o assunto e a explicação para tal fenômeno encontra-se na verdadeira falta de informação dos órgãos envolvidos na abordagem ao suicida, pois acabam criando alguns pontos inexistentes, conforme verificamos na tabela abaixo da Associação Brasileira de Psiquiatria-2014



# A GLORIFICAÇÃO DE SÍTIO

- De acordo com pesquisa realizada com parte do efetivo operacional do Corpo de Bombeiros, verifica-se, por meio das estatísticas de atendimento a esse tipo de ocorrência, um fenômeno conhecido empiricamente como **“glorificação de sítio”**, ou seja, constata-se que os locais escolhidos por suicidas parecem sempre ser repetidos dentro de uma mesma região geográfica.
- Tal fenômeno está diretamente ligado ao fato de que, se o local escolhido pelo suicida também tenha sido escolhido recentemente para esse fim por outro suicida, e essa escolha tenha gerado algum tipo de ***comoção social*** durante o atendimento àquela ocorrência, esses locais tendem a ser repetidos e “glorificados” pelos futuros tentantes de suicídio naquela determinada região.

# AULA- 3 PROCEDIMENTOS TÉCNICOS

- OBJETIVOS
- 1. Citar os pontos positivos durante uma abordagem técnica
- 2. Citar os pontos a serem evitados em uma abordagem técnica

# PROCEDIMENTOS POSITIVOS EM UMA ABORDAGEM TÉCNICA

- A **observação e a comunicação** são duas ações das mais importantes para se ajudar ao paciente com comprometimento psíquico ou não. Devemos observar as ações do paciente para que possamos ter uma leitura de seu estado e podermos através de ações terapêuticas, principalmente a interrelação através da comunicação, trazer alívio e melhora de seu sofrimento.
- A comunicação pode ser feita através da mensagem verbal, como a fala e a escrita, como pode ser extra verbal que é aquela que realizamos através da nossa expressão corporal (postura corporal e mímica facial).

# PROCEDIMENTOS POSITIVOS EM UMA ABORDAGEM TÉCNICA

- Nesse sentido muitas vezes o que expressamos através da fala se contrapõem com o que o corpo ou a mímica do rosto expressa. Por exemplo, posso dizer que adoro uma pessoa ao mesmo tempo em que seu rosto expressa ódio, raiva e o tom de voz se torna elevado, demonstrando ira também.
- Faz-se necessário então que passemos a observar a linguagem extra verbal dos indivíduos que foram atendidos, porque nos dão informações valiosas para dar-lhes uma assistência, assim como, devemos tentar controlar a nossa comunicação extra verbal, pois passamos informações ao paciente que pode utilizá-las de uma maneira adequada.

# Tentar formar vínculo como paciente.

- O vínculo passa a existir de forma adequada e terapêutica quando o profissional passa a ter atitudes adequadas para com o paciente e este por sua vez passa a ter segurança e confiança no profissional. Isto deve estar presente desde os primeiros momentos do contato.
- O profissional deve dar atenção, saber ouvir, saber compreender e aceitar os atos do paciente, orientar ao paciente sobre seu estado e o que deverá ser feito, deve se identificar de maneira formal (nome, trabalho, função, por que está ali), o mesmo deve ser feito com familiares e/ou acompanhantes; se tornar receptivo ao paciente, abordá-lo de forma respeitosa e gentil; sentir-se mobilizado para o sofrimento do paciente demonstrar que está ali para tentar ajudá-lo.

# Tentar formar vínculo como paciente

- Essas questões são de grande ajuda para a formação do vínculo, mas devemos ter em mente que o paciente é quem escolhe a quem, quando e como se vincular a cada indivíduo. Uma vez formado esse vínculo deve-se preservá-lo, pois é de intensa utilidade para se conseguir atitudes e abordagens terapêuticas.
- O vínculo facilmente se quebra se o paciente perceber que foi usado, que mentiram para ele, que o ameaçam ou desafiam, e, atitudes as mais variadas possíveis podem ser tomadas pelo paciente, se sentir que o profissional não é confiável

# Manter canal de comunicação aberto

- Quando o paciente estiver desorientado, falando muito, a todo o momento mudando de assunto, devem-se colocar limites (fixar assunto, todo vez que sair, fazer o retorno, se fazer ouvir).

# Olhar para o paciente

- Devemos olhar o paciente durante o atendimento devido a uma questão de respeito, demonstrar atenção, perceber comunicação extra verbal, e, até como proteção para o profissional já que se estivermos dispersos e o paciente tentar nos agredir a reação de movimentos nossa será diminuída e o fator surpresa será fator decisivo para o paciente.



# Ouvir atentamente

- Também para demonstrar atenção, educação, respeito ao paciente devemos ouvir o que o mesmo nos tem a dizer e se possível manter diálogo como o mesmo, pois momentos de desabafo podem trazer alívio de tensão e fazer com que o vínculo se estreite caso haja demonstração de interesse por quem ouve. No caso do paciente estar confuso e mudando várias vezes de assunto, não falar coisas compreensíveis, não se deve em momento algum demonstrar ao mesmo rejeição, rispidez, ameaça moral/física, desafiar o paciente, coerção. Tentar explicar o estado ao paciente e fixar limites.

# Respeitar pausas silenciosas

- Há pacientes que ao relatarem seus conflitos e problemas podem ter um aumento de seu sofrimento e por vezes necessitam de uma paralisação, uma Região Indicada para fixar o olhar em um paciente pausa para poderem reequilibrar-se, ordenar o pensamento, aliviarem as pressões.
- Quando ocorrerem essas pausas o profissional deve por alguns instantes mantê-las e em seguida estimular o paciente a voltar a falar, caso o paciente não queira não se deve insistir e sim respeitá-lo, orienta-lo que quando quiser voltar a falar poderá procurá-lo. Por outro lado, não se deve deixar o paciente por muito tempo em silêncio para estimulá-lo a falar. “Quem mais precisa falar é o paciente não o bombeiro!!!”

# Não completar frases para o paciente

- Há pacientes que tem o pensamento de forma mais lenta e por isso tem dificuldades para se expressar, com isso não conseguem por vezes completar frases, falar fluentemente, terminar um assunto.
- O profissional deve estimular o paciente a concluir a frase, o assunto com suas próprias palavras na tentativa de melhorar o curso desse pensamento (estímulo ao “normal”).
- No caso o paciente estar com fuga de ideias (muda de assunto várias vezes) deve se tentar fixar um assunto e toda vez que ele sair do mesmo tentar retornar. No caso do paciente não conseguir falar de maneira compreensível, o profissional deve ajudá-lo quanto à dificuldade de manter a comunicação e se mostrar disponível quando necessário.

# Repetir, resumir e relacionar ideias para o paciente.

- Quando o paciente mantém um diálogo e fornece várias informações importantes, se faz necessário que ao final ou ao tempo que achar adequado o profissional repita as ideias após um pequeno resumo das mesmas e verifique no paciente a repercussão que isto promove.
- O profissional ao devolver essas ideias deve observar a comunicação extra verbal do paciente assim como as colocações verbais que venham a ser feitas pelo mesmo.

# Ajudar o paciente a encontrar soluções

- Podemos ajudar o paciente na tentativa de resolução de seus problemas, mas sempre tendo em vista que não devemos dar opinião pessoal, conselho, ver a situação como se nós estivéssemos vivenciando.
- O paciente é quem deve decidir as coisas por si, podemos ajudá-lo fazendo uma orientação, relacionando ideias, mostrando pontos ou situações que o mesmo não vê, resumindo seu relato.
- Não devemos passar ao paciente aquilo que nós queremos que ele faça e sim que o mesmo chegue a uma definição e venha agir em função da mesma. Não devemos dar a solução pronta e sim estimular o paciente na busca da mesma.

# Espaço para o paciente perguntar

- Devemos sempre deixar um espaço para que o paciente se sinta à vontade de se expressar assim como no caso que o mesmo tenha necessidade de fazer perguntas, tirar dúvidas, repetir assuntos, pedir orientação.
- O respeito ao seu sofrimento e as suas necessidades devem sempre estar em um primeiro plano para que possamos ser terapêuticos na nossa assistência

PROCEDIMENTOS NEGATIVOS EM  
UMA ABORDAGEM TÉCNICA

O QUE NÃO  
DEVEMOS FAZER!!!

# Mentir, prometer ou seduzir.

- Não devemos em nenhuma ocasião mentir para o paciente, pois o mesmo ao descobrir a verdade sentir-se-á enganado e o vínculo que possa existir será perdido.
- Devemos prometer algo, sempre que isto estiver dentro de nossas possibilidades e de uma atuação adequada. O paciente pode pedir proteção, ajuda e atenção ou pedir coisas materiais como alimento, café, cigarro.
- Devemos usar bom-senso, frente aos pedidos do mesmo. Não devemos ceder aos pedidos do paciente enquanto a mesma estiver em situação de risco, no caso de coisas materiais que tivermos facilidade em conseguir como é o caso de comida, água, celular devemos fazer o paciente entender que o solicitado estará disponível assim que a mesma passar para uma situação segura já sob acompanhamento e controle do bombeiro, ou seja, após o mesmo desistir da idéia de matar-se.



# Mentir, prometer ou seduzir.

- OBS: O paciente psiquiátrico de posse das informações que lhe passamos frente à situação em que se encontra pode em várias ocasiões fazer tentativas de testes para perceber nossos pontos fracos.
- Um dos testes mais comuns é quando nos pede algo sob ameaça de consumação do suicídio. Nestes casos nunca devemos ameaçar, desafiar ou satisfazer a vontade do paciente, devemos de maneira educada lhe orientar sobre o que podemos fazer assim como lhe mostrar a ajuda que podemos proporcionar.
- Devemos deixar claro que não estamos ali para sermos ameaçados ou deixar-nos ser agredidos.

# Mentir, prometer ou seduzir.

- Devemos perceber a tentativa do paciente em tirar proveito de uma situação e não cairmos em seus testes, e que não vamos satisfazer sua vontade caso ela seja inadequada ou não terapêutica.
- É comum acontecer de o profissional frente a essa situação e ao se sentir inseguro e/ou com medo satisfaça a vontade do paciente, mas devemos lembrar sempre que o paciente pode vir a pedir cada vez mais ao ser atendido tornando a situação insustentável.
- Por isso devemos na primeira tentativa de teste já demonstrar que percebemos e limitar a ação do paciente.

# Chamar por apelidos ou nomes depreciativos

- Devemos chamar o paciente pelo seu nome e não colocarmos apelidos, ou, mesmo que de forma carinhosa e respeitosa chamar o paciente de “irmão”, “tia”, “avó”, “mano”, etc.
- Não devemos também fazer comentários negativos sobre o paciente entre a equipe ou com os familiares e acompanhantes

# Ser agressivo ou ríspido com o paciente

- Em nenhum momento devemos ser agressivos verbal ou fisicamente com o paciente, nos casos de paciente com agressividade, devemos usar da ação física somente para nos proteger, mas de forma alguma para agredir o mesmo.
- Devemos adotar a técnica de contenção física quando necessário, procurando não agredir o paciente para contê-lo.
- Também devemos atuar de forma educada e firme com o paciente, demonstrando atenção, sem precisarmos ser grosseiros, mal-educados, ríspidos, agressivos verbalmente.

# Ameaçar o paciente

- Para, obtermos uma postura do paciente não podemos em situação alguma ameaçá-lo com pressões morais, físicas ou de tratamento.

# Desafiar o paciente

- Há pacientes que ameaçam o profissional frente a uma situação, mas devemos lidar não com a ameaça e sim com a necessidade que o paciente tem. Frente a um desafio do paciente devemos lhe mostrar a nossa função de ajuda ao mesmo.
- Um exemplo claro desta situação dá-se quando o profissional ao se aproximar do paciente é recepcionado com xingamentos e palavrões.
- Essa é uma situação altamente positiva para as equipes de emergência.

# Julgar, dar opinião pessoal e aconselhar.

- Mesmo que o paciente/familiar nos peça, não devemos emitir opinião pessoal, julgar seus atos ou dar conselhos ao paciente, pois isso pode piorar em muito o estado do mesmo.

# Também Evitar:

- 1) Antecipar a ação tática
- 2) Levar Parentes e/ou conhecidos à presença do tentante
- 3) Efetuar comemorações na frente do paciente
- 4) Ceder a qualquer exigência do paciente que vá de encontro ao protocolo
- 5) Dar cigarros, celulares, refeições etc.....



# AULA- 4 FASES ABORDAGEM TÉCNICA

## OBJETIVOS

1. Descrever as fases que constituem uma abordagem técnica
2. Conhecer a Paráfrase Resumida
3. Reconhecer o mecanismo de TEPT
4. Realizar a abordagem técnica nos diferentes grupos de suicidas

# FASES DA ABORDAGEM TÉCNICA

- APROXIMAÇÃO
- A aproximação deverá ser calma e silenciosa e com o consentimento do paciente, respeitando seu espaço.

**ZONA SOCIAL**

**ZONA DE APROXIMAÇÃO**

**ZONA INTERPESSOAL**

# COMUNICAÇÃO

- - SILÊNCIO INICIAL

Alguns segundos de silêncio entre a chegada e a apresentação são recomendados para o paciente acostumar-se com a presença do bombeiro.

- - APRESENTAÇÃO PESSOAL

O bombeiro deve se identificar de maneira formal dizendo seu nome, trabalho, função e por que está ali.

# COMUNICAÇÃO

- - **INICIO DE DIÁLOGO** Com intuito de criar o vínculo o mais rápido possível, o bombeiro deve dizer ao paciente que percebe sua aflição diante da situação.
- ***Ex: Eu estou vendo que o senhor está realmente muito nervoso***
- ***Eu estou vendo que o senhor está realmente abalado com este fato***

# COMUNICAÇÃO

- - **PERGUNTAS SIMPLES**
- As perguntas simples têm como resposta o “SIM” e o “NÃO” e tem o objetivo de colher informações do próprio paciente verificando assuntos que a comovem e a emocionam, ajudando o abordador a encontrar o motivo principal da sua aflição

# COMUNICAÇÃO

- **PERGUNTAS COMPLEXAS**
- A partir do que foi apurado com as perguntas simples e descoberto o motivo da aflição do paciente, o abordador deverá fixar limites e não divagar para outros assuntos.

# COMUNICAÇÃO

- - **PARÁFRASE RESUMIDA**
- Este recurso pode ser utilizado em qualquer momento da abordagem quando o paciente mudar do tema principal, motivo da tentativa de suicídio, detectado pelo profissional, divagando para outros assuntos. Trata-se de um resumo, feito pelo profissional, do que foi dito pelo próprio paciente, excluindo assuntos paralelos e direcionando a conversa para o problema em questão.
- O objetivo é diminuir o tempo de abordagem psicológica, atendo-se ao fato principal que gerou o comportamento suicida

# AJUDAR O PACIENTE A ENCONTRAR A SOLUÇÃO

- Em momento algum o abordador dizer ao paciente o que fazer, deverá sim ajudar o paciente a encontrar a solução.
- ***Ex: Este fato já aconteceu outras vezes?***
- ***Então vejo que o senhor soube lidar com esta situação!***
- OBS: O paciente pode falar e fazer coisas não compatíveis com a realidade em que está inserido



# AJUDAR O PACIENTE A ENCONTRAR A SOLUÇÃO

- Há pacientes que se portam como milionários quando sabemos que são pobres, que falam serem artistas famosos, que referem ver “monstros”, ouvirem a voz de Deus, etc.
- Esses pacientes tem um comportamento que os fazem ficar fora do contexto real.
- Em hipótese nenhuma o profissional que atende deve estimular o paciente a se manter fora da realidade ou fazer brincadeiras com a situação, por exemplo: ao ver um paciente bater como chinelo na parede e referir estar matando aranhas não devemos nunca dizer que vamos ajudá-lo ou que também estamos vendo.
- Quando o paciente estiver fora do contexto real devemos ajudá-lo dando-lhe informações sobre o real, o que é verdadeiro, devemos tranquilizar o paciente mostrando-nos seguros do que falamos e na maneira de agirmos com ele.

# SEGURANÇA

- TRAZER O PACIENTE PARA UM LOCAL SEGURO, AFASTANDO-O DOS RISCOS

# - DIZER AO PACIENTE QUE É NORMAL QUE AS PESSOAS PERCAM O CONTROLE EM SITUAÇÕES DIFÍCEIS

- Com o paciente já sob o controle da equipe, tentar de forma singela enquadrar o nervosismo e a aflição do paciente pelo assunto em questão dentro da normalidade com intuito de evitar o sentimento de constrangimento e vergonha pelo mesmo.  
**Ex: É perfeitamente normal que uma pessoa se desespere com a perda de um familiar.**

# ACOMPANHAMENTO

- É OBRIGATÓRIO QUE O BOMBEIRO QUE REALIZOU A ABORDAGEM ACOMPANHE O PACIENTE NO INTERIOR DA VIATURA DE RESGATE ATÉ O P.S. ESPECIALIZADO ONDE DEVERÁ PASSAR O CASO À EQUIPE MÉDICA.

# ALERTA

- TODA GUARNIÇÃO DEVE ESTAR CONSCIENTE DE QUE MESMO REALIZANDO TODOS OS PROCEDIMENTOS RECOMENDADOS, O PACIENTE PODERÁ CONSUMAR O SUICÍDIO, E SE ISSO ACONTECER, A GUARNIÇÃO NÃO TERÁ CULPA NENHUMA SOBRE FATO.

# AULA- 5 GERENCIAMENTO OPERACIONAL

- OBJETIVOS
- 1. Conhecer todas as fases que envolvem uma ocorrência de tentativa de suicídio em seus diversos métodos
- 2. Executar, nos diversos cenários, as providências corretas para a solução da crise.
- 3. Reconhecer os riscos individuais de cada método e minimizá-los de forma correta.

# observações

- Cultura de segurança
- Protocolos de atendimento
- Respeitar o cenário
- Atenção
- Tomada de decisão
- Elevada presença de espírito

# GERENCIAMENTO DE EMERGENCIAS

- PROVIDÊNCIAS GERAIS DE GERENCIAMENTO
- 1) DESLOCAMENTO E CHEGADA AO LOCAL DA OCORRÊNCIA
- Coletar o maior número de informações através do Centro de Comunicações;
- De acordo com o informado, definir o E.P.I. adequado de acordo com o método de suicídio escolhido pelo paciente
- Chegar de forma calma e discreta com os dispositivos luminosos e sonoros desligados



# GERENCIAMENTO DE EMERGENCIAS

- 2) ANÁLISE DA SITUAÇÃO
- 2.1 AVALIAÇÃO INICIAL

Confirmar as informações iniciais

Coletar dados e informações de fontes seguras;

Confirmar localização e condições do paciente;

Identificar o método escolhido pelo paciente

Levantar as características construtivas e de acesso ao local onde se encontra o paciente;

Levantar os locais inseguros que devem ter restrição de acess

# GERENCIAMENTO DE EMERGENCIAS

- 2.2 AVALIAÇÃO DE RISCOS o
- Levantar os riscos gerados pelo método escolhido para o suicídio
- Levantar os riscos gerados pelo local escolhido para suicídio
- 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;

# GERENCIAMENTO DE EMERGENCIAS

- Possibilidade de atropelamento;
- Possibilidade incêndio e queimadura;
- Presença arma branca;
- Presença de arma de fogo;
- Possibilidade de contaminação;
- Possibilidade de envenenamento;
- Possibilidade de enforcamento;

# GERENCIAMENTO DE EMERGENCIAS

- **3) PREPARAÇÃO** 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

# GERENCIAMENTO DE EMERGENCIAS

- **4) OPERAÇÃO DE SALVAMENTO**
- Dar início no plano de ação definido;
- Posicionamento da equipe encarregada do plano B;
- Aproximar-se com calma e realizar contato com o paciente;
- Apresentar-se formalmente para o paciente; o Iniciar a abordagem psicológica e tentar formar vínculo com o paciente o mais rápido possível;
- Conduzir o diálogo para que o paciente encontre uma solução;
- Afastar o paciente dos riscos detectados e conduzi-lo em segurança à viatura para transporte ao P.S.

# GERENCIAMENTO DE EMERGENCIAS

- **5) ENCERRAMENTO**
- Estabelecimento de responsabilidades pessoais;
- Remoção de equipamentos e ferramentas;  
Conduzir o paciente ao P.S.;
- Passar o caso ao médico responsável.

Encerramento

***Estudos e métodos  
para o salvamento  
de vítimas***