

Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

Dissertação de Mestrado

**O PRIMEIRO SOCORRO NA TENTATIVA DE SUICÍDIO:
DECISÕES E ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO EM CRISE**

Carlos Eduardo da Silva Portela

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Tavares

Brasília, 2012

Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

**O PRIMEIRO SOCORRO NA TENTATIVA DE SUICÍDIO:
DECISÕES E ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO EM CRISE**

Carlos Eduardo da Silva Portela

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura no Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Tavares

Brasília, 2012

Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

**O PRIMEIRO SOCORRO NA TENTATIVA DE SUICÍDIO:
DECISÕES E ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO EM CRISE**

Carlos Eduardo da Silva Portela

Brasília, 3 de dezembro de 2012.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Marcelo Tavares (Presidente)
PsiCC/PCL/IP/UnB

Prof. Dr. Maurício da Silva Neubern (Membro Titular)
PsiCC/PCL/IP/UnB

Profa. Dra. Alessandra da Rocha Arrais (Membro Externo)
Curso de Psicologia/UCB

Prof. Dr. Ileno Izidio da Costa (Suplente)
PsiCC/PCL/IP/UnB

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a disposição e apoio de muitas pessoas que tornaram-se indispensáveis para esse trabalho:

Primeiramente, gostaria de agradecer ao Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, em especial ao tenente-coronel Paulo José Barbosa, e a cada bombeiro entrevistado. Minha admiração pelo trabalho desses profissionais aumentou depois de acompanhar apenas um recorte de tantos atos heroicos diários.

Agradeço ao meu orientador Marcelo Tavares por me incentivar e sugerir melhores alternativas de quem tem muitas experiências em um caminho que começo a desbravar.

Agradeço aos professores do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura que tive contato, pois colaboraram para meu aprendizado como pesquisador.

Os amigos foram fundamentais. Agradeço ao Madson Schmitz que atravessou a linha do Equador com livros preciosos à pesquisa. Agradeço também ao irmão Alex Costa, Paula Calais e Ricardo Alencar pelo incentivo em muitos momentos e pelas risadas oportunas. Obrigado ao amigo João Freitas pela revisão de traduções para o inglês. Quero agradecer igualmente ao Thiago Bruno (e à sua esposa Yara Ferrari) que, além da amizade sincera, me salvou nos momentos de problemas técnicos de computador. Meu muito obrigado!

Estendo meus agradecimentos aos meus amigos *psi* que, em conversas frutíferas, me indicaram muitas rotas e revisões das mesmas. Além disso, percebi um cuidado comigo e uma torcida incessante. Portanto, meus sinceros agradecimentos à Samita Vaz, Júlia B. Lima, Jussane Mendonça, Atila Rua, Aline Pinho, Nina Taboada, Karla Alcântara, Daniela Mendes, Queila Silva, Anielle Campos, Otávio Guimarães e Janine Batista.

Agradeço a Deus pela família que tenho e pelo seu apoio incondicional. Vocês me incentivaram em todo tempo, mesmo quando o cansaço e a solidão na tarefa pesavam sobre mim. Esse tema surgiu em divagações em uma noite de insônia, algo inédito em minha história pessoal, e por isso ressalto o agradecimento à Deus pelas sincronicidades que favoreceram não só a inspiração, mas a composição e desenvolvimento desse estudo.

RESUMO

Este estudo tem como objetivo conceituar o primeiro socorro na tentativa de autoextermínio e descrever o que pode ser feito durante o momento crítico de ruptura nessa crise, com foco na atuação dos bombeiros no Distrito Federal. O conceito foi proposto com uma revisão teórica do assunto no primeiro artigo. As estratégias relacionadas ao trabalho nesse socorro foram apresentadas em associação aos fatores que possam auxiliar e prejudicar no planejamento e na intervenção para prevenir o suicídio consumado. No segundo artigo, são analisados os relatos de 15 bombeiros sobre as suas experiências no primeiro socorro na tentativa de suicídio. Desses relatos, 25 casos de intervenção em tentativas de autoextermínio puderam ser considerados para análise. Os resultados indicam que há necessidade de ação qualificada nessa crise, a utilização das estratégias está intimamente relacionada ao momento nesse socorro e que há necessidade de complementar o treinamento do bombeiro em táticas de negociação com o indivíduo suicida.

Palavras-chave: primeiro socorro, suicídio, tentativa de suicídio, emergência, intervenção em crise.

ABSTRACT

This study aims to conceptualize the first aid in the suicide attempt and to describe what can be done during the critical moment of rupture in this crisis, focusing on the action of firefighters in Distrito Federal. The concept was proposed along with a theoretical review of the subject in the first article. Strategies related to the work in that aid were presented in association with factors that can assist in planning and harm the intervention to prevent suicide. In the second article we analyzed 15 firefighters reports about their experiences in first aid in a suicide attempt. Of these reports, 25 cases of intervention in suicide attempts could be considered for analysis. The results indicate that there is a need for skilled action in this crisis, the use of strategies is closely related to the aid time and that there is a need to complement the firefighter training with negotiation tactics with the suicidal individual.

Keywords: first aid, suicide, suicide attempt, emergency, crisis intervention.

SUMÁRIO

Lista de Figuras	x
Lista de Anexos	xi
Apresentação	12
Artigo I: O Primeiro Socorro na Crise de Tentativa de Autoextermínio.....	17
Resumo	18
Abstract	19
Introdução.....	20
O Conceito de Primeiro Socorro na Tentativa de Autoextermínio	23
O Telefone no Primeiro Socorro Psicológico	26
Primeiro Socorro na TAE e Intervenção em Crise	28
Estratégias de Primeiro Socorro na Tentativa de Autoextermínio	32
Estratégias Segundo a Profissão ou Serviço e Modo de Interação	32
Estratégias Definidas pelo Método de Suicídio.....	34
Estratégias de Negociação no Primeiro Socorro à TAE	35
Estratégias Relacionadas ao Contexto Físico-Ambiental	41
Conclusão	44
Referências	46
Artigo II: A Experiência de Bombeiros no Primeiro Socorro da Tentativa de Autoextermínio.....	51
Resumo	52
Abstract	53
Introdução.....	53
Método.....	56
Resultados e Discussão	59
Quadro geral dos casos relatados de primeiro socorro na TAE.....	59

Categorias de Análise	60
O Acionamento.....	60
Ações de socorro na TAE.....	63
Concepções que intervêm no primeiro socorro	72
Emoções suscitadas pelo primeiro socorro da TAE.....	75
Dificuldades e problemas a uma ação efetiva nessa crise	77
Necessidades/carências para o atendimento à TAE	78
Conclusão.....	79
Referências	83
Comentários Finais.....	85

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Contínuo de prevenção e tratamento do indivíduo em crise.....	30
---	----

LISTA DE ANEXOS

Anexo A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	88
Anexo B - Instrumento: Entrevista Semiestruturada.....	89
Anexo C - Procedimento Operacional Padrão – POP (CBM-DF).....	90

APRESENTAÇÃO

O que falar ou fazer diante de um indivíduo em tentativa de autoextermínio? Como profissionais de atendimento em saúde mental, podemos ser demandados para essa assistência de forma inesperada e teremos que interagir com outras instâncias públicas relacionadas ao primeiro socorro em saúde mental. No início do ano, fortuitamente, ocorreu um episódio que ilustra a questão do primeiro socorro na tentativa de autoextermínio em Brasília.

No início de 2012 fui contatado pela família de um paciente que atendo no consultório particular. Eles disseram que meu paciente, cujo diagnóstico é de transtorno bipolar do tipo I, estava em crise, mais especificamente em surto maníaco. Informaram-me que ele estava encarcerado por ter danificado patrimônio público. Fui chamado para comparecer à delegacia para ajudar o paciente a ir para o hospital com menos resistência, visto que nosso vínculo era positivo. Concomitante a esse contato, a mãe encontrava dificuldades para acionar uma unidade móvel para remoção do filho e para conseguir uma internação em clínicas particulares do Distrito Federal. A realidade é que os familiares de um indivíduo em sofrimento psíquico não sabem a quem recorrer para resolução de seu problema de remoção, pois quando conseguem realizar o contato com uma instituição são informadas, geralmente, que aquela não é a instância que a realiza.

Ao efetuar o primeiro contato com o paciente na cela da delegacia, o percebi com a consciência alterada e agressivo. Negava-se a comer ou beber, apesar de estar com sede, enquanto não fosse posto em liberdade. Tentei estabelecer o contato, perguntei o que tinha acontecido e de que forma poderia ajudá-lo, mas sem sucesso. Ele foi muito hostil e só pedia para ser liberado. Estava fechado para uma interação verbal.

A mãe ligou para algumas instâncias da rede de saúde e de segurança, clínicas particulares e todos recusavam seu pedido de remoção do paciente para um hospital

alegando motivos de atribuição profissional, ausência de unidades disponíveis, etc. Depois de muita persistência da mãe, exatamente quatro horas depois do início das solicitações, ela disse que um coronel dos bombeiros resolveu ajudá-la enviando uma ambulância para a delegacia. O paciente respondeu bem à tentativa de aproximação dos bombeiros. Sem resistência e sem contenção física, consentiu em acompanhá-los para o hospital. Havia um médico conhecido da família esperando o paciente em um hospital de Brasília, entretanto, os bombeiros informaram que só poderiam fazer a condução para o hospital mais próximo da delegacia. Quando chegamos ao hospital próximo, fomos informados que não poderiam recebê-lo ali e que não havia um psiquiatra naquele turno. Os médicos, então, resolveram encaminhá-lo para o hospital de referência em saúde mental ou para uma clínica particular. A família relatava não saber o que fazer.

Um familiar ficou responsável por vigiar o paciente enquanto os outros buscavam resolver a condição. Contudo, o paciente desviou a atenção de todos e fugiu dentro do hospital. Nesse momento, a família, os médicos, os funcionários do hospital, os bombeiros e eu ficamos procurando-o sem sucesso. Um pouco depois, recebemos a notícia de que o paciente encontrava-se no telhado do hospital. Alguns de nós fomos para a parte externa do hospital a fim de localizá-lo. Quando o localizaram, a mãe e uma enfermeira pediram para que eu fosse auxiliar na negociação com o paciente para que ele se rendesse e descesse do telhado. Possivelmente, entendiam que o psicólogo saberia exatamente como convencê-lo a descer dali. Consentii, mesmo me questionando se realmente poderia contribuir.

A ação foi muito rápida. Levaram-me para onde ele estava. Subi no telhado do hospital com a equipe dos bombeiros. Nesse momento já havia chegado mais uma viatura do Corpo de Bombeiros. Antes mesmo de haver qualquer oportunidade para

uma interação verbal, os bombeiros realizaram a contenção física do paciente, visto que ele ameaçava tanto saltar do telhado quanto agredir com uma barra de ferro que ele encontrou. Imobilizaram-no, amarrando a mão dele atrás de seu corpo e só então consegui me aproximar e conversar com ele. No entanto, ele estava inacessível devido a sua condição psíquica delirante. Mesmo assim, afirmei que estava ali para ajudá-lo e para garantir que ele tivesse o encaminhamento para um hospital. Pedi a colaboração dele para que aquela ocorrência terminasse logo.

Senti-me muito impotente para convencê-lo a colaborar com o socorro, diante da força de seus pensamentos de grandiosidade e oposição. Apesar de estar em franco delírio, ele se remetia a mim, e não aos bombeiros, pedindo água e disse que temia que nós o jogássemos do telhado. Garanti a ele que estávamos ali somente com a intenção de ajudá-lo. Fomos em direção à escada posta na parte lateral do telhado, de altura de um prédio de dois andares, aproximadamente. Nesse momento, começamos a articular, os bombeiros e eu, como seria melhor fazer a descida: se em contenção física total (amarração em maca) ou se ele conseguiria descer com um colete no estilo rapel. Acredito que por saberem que eu era seu psicólogo, esperavam que eu os informasse sobre seu transtorno psicopatológico e que indicasse se ele iria colaborar em descer do telhado ou se teriam que contê-lo fisicamente para sua segurança, o que daria mais trabalho e demandaria mais tempo. Possivelmente, se eu não estivesse ali, a medida adotada seria a contenção física, mais especificamente a imobilização em maca.

Como o paciente estava com muita sede, negociávamos a sua saciedade apontando um copo com suco que estava com o pai, lá embaixo. Ele dizia não confiar que os bombeiros iriam segurá-lo na descida. Por isso, afirmei aos bombeiros que seria melhor que fosse totalmente contido em uma maca, pois seu transtorno mental ativado impedia qualquer esperança de colaboração consciente.

Os amigos do paciente apareceram no local e os utilizamos como fonte de segurança e apoio para que confiasse que seria seguro descer do telhado. Os bombeiros citavam os nomes desses amigos e o paciente ficou visivelmente mais tranquilo. Por fim, ele desceu pela escada com o colete de rapel, com os bombeiros o guiando e observando-o em cada passo. Enquanto isso, por telefone, acionei meus contatos no hospital de referência em saúde mental do DF para conseguir um atendimento psiquiátrico urgente. Assim, ele foi internado e a ação terminou bem.

Essa experiência foi marcante para mim, pois meus pensamentos de impotência estavam embasados na ausência de treinamento suficiente para intervir em situações emergenciais como essa. Pensava, naquele momento que a maioria dos meus colegas de profissão encontraria as mesmas dificuldades e sensações, ainda que o paciente não estivesse em surto. Era frustrante tentar negociar com alguém que tinha o juízo prejudicado. Por isso, a questão do primeiro socorro deve, como hipótese, levar em conta tanto os fatores do contexto ambiental quanto sobre quem é e como está seu estado psíquico para eficácia da atuação.

Dentro do recorte proporcionado por esse contexto tantas vezes vivenciado por profissionais que atuam com a crise suicida, este estudo tem por objetivo descrever o contexto atual de ações no primeiro socorro na tentativa de autoextermínio realizado pelo Corpo de Bombeiros do Distrito Federal – CBMDF. É esperado, assim, apresentar como se configuram as estratégias tomadas diante da crise suicida, desde o recebimento da chamada telefônica (se houver) até a condução final do indivíduo para serviços na rede de saúde. Almejamos, também, sugerir componentes para um protocolo específico de intervenção em crise no primeiro socorro à tentativa de autoextermínio para essa classe profissional, resultando possivelmente em um treinamento para capacitação do

CBMDF, como para outros profissionais que atendam um indivíduo na crise de mesma ordem.

Essa dissertação se apresenta em formato de dois artigos a serem enviados para publicação. O trabalho segue a linha de estrutura descrita a seguir:

Artigo 1 – O Primeiro Socorro na Crise de Tentativa de Autoextermínio. Trata-se de um trabalho de revisão teórica e empírica sobre o primeiro socorro na tentativa de autoextermínio e identifica o que pode ser feito durante o momento crítico de ruptura nessa crise. Estabelece uma apresentação de estratégias relacionadas ao trabalho do socorrista na tentativa de autoextermínio, pontuando os fatores que possam auxiliar e prejudicar no planejamento estratégico da intervenção nesse incidente crítico e prevenindo o suicídio consumado.

Artigo 2 – A Experiência de Bombeiros no Primeiro Socorro da Tentativa de Autoextermínio. São analisados os relatos de 15 bombeiros sobre suas experiências no primeiro socorro na tentativa de suicídio. Obtivemos 25 casos de ação em tentativas de autoextermínio. O objetivo deste artigo é descrever como se caracteriza a prática desse primeiro socorro. Pelo relato da experiência nessa atuação, pode-se perceber fatores que influenciam esse atendimento, bem como as dificuldades associadas a um socorro em uma situação limite com risco de morte.

ARTIGO I:
O PRIMEIRO SOCORRO NA CRISE DE
TENTATIVA DE AUTOEXTERMÍNIO

RESUMO

Este trabalho situa a tentativa de autoextermínio como alvo dos serviços de primeiro socorro em saúde mental. Além de propor um conceito de primeiro socorro na tentativa de suicídio, este estudo descreve as estratégias de manejo dessa crise. As pesquisas analisadas indicam que há necessidade de ação qualificada tanto no primeiro socorro em saúde mental quanto no tratamento e prevenção do problema. Essa revisão nos permitiu concluir que os estudos apresentados se concentram em duas estratégias básicas na intervenção emergencial na tentativa de autoextermínio: contenção física e técnicas de negociação. A implementação das estratégias varia segundo a profissão e nível de expertise do socorrista, o método de suicídio adotado, a condição psíquica do indivíduo em crise e pelas condições ambientais onde ocorre a tentativa de suicídio. Realizar esse socorro exige muito da atuação profissional do socorrista e, por isso, um maior conhecimento sobre as estratégias no primeiro socorro na tentativa de autoextermínio contribui para o aumento da efetividade dessas ações e para o desenvolvimento de recursos para o treinamento dos socorristas.

Palavras-chave: primeiro socorro, suicídio, tentativa de suicídio, emergência, intervenção em crise.

ABSTRACT

This paper shows the suicide attempt as a target of services in mental health first aid. Besides proposing a concept of first aid in a suicide attempt, this study describes the strategies for managing this crisis. The research indicates that there is a need for action in both: qualified action in first aid for mental health as well as for treatment and problem prevention. This review allows us to conclude that the studies presented focuses on two basic strategies for emergency intervention in suicide attempted: physical contention and negotiation techniques. The implementation of the strategies varies according to the profession and level of expertise of the rescuer, the method of suicide adopted, by the psychological condition of the individual in crisis, and environmental conditions occur where the suicide attempt. Performing these techniques requires a lot of professional work of rescuers and, therefore, expanded knowledge of first aid strategies in the suicide attempt contributes to increasing the effectiveness of these actions and the development of resources for the training of first responders.

Keywords: first aid, suicide, attempted suicide, emergency, crisis intervention.

O PRIMEIRO SOCORRO NA CRISE DE TENTATIVA DE AUTOEXTERMÍNIO

A ocorrência do comportamento suicida aciona os serviços de emergência disponíveis em uma comunidade, tais como bombeiros, hospitais, polícia, profissionais da saúde mental, entre outros. Esse comportamento compreende uma ampla gama de possibilidades: ideações suicidas; ameaças de suicídio; tentativa de autoextermínio (TAE), com variados graus de intencionalidade ou letalidade, com ou sem planejamento; e, por fim, o suicídio consumado (Werlang & Botega, 2004; O'Carroll et al., 1996; Silverman, 2007). Cada uma dessas possibilidades representa comportamentos bastante complexos e suficientemente distintos entre si a ponto de requererem formas diferentes de avaliação e de intervenção para prevenir as mortes por suicídio.

As estimativas sugerem que a taxa de ocorrência de TAE varia entre dez a vinte vezes a taxa do suicídio consumado (OMS, 2000; Arensman & Kerkhof, 1996; Welch, 2001). Essa imprecisão refere-se ao fato de não haver a obrigatoriedade de notificação à Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre as tentativas de autoextermínio; ademais, praticamente nenhum país coleta esse tipo de dado de forma sistemática e regularmente (Werlang & Botega, 2004). Por isso, é necessário cautela sobre as correlações e inferências relativas à taxa de TAE, pois o que é relatado não representa adequadamente a magnitude do problema (Welch, 2001).

Ainda assim, com base nos relatórios da OMS (2000, 2009), as taxas de TAE e os suicídios consumados em muitos países excedem o número de mortes por acidentes de trânsito: a cada três segundos uma pessoa tenta se matar. As mulheres realizam a maior parcela das tentativas, mas os suicídios consumados são mais numerosos entre os

homens. Supõem-se, assim, que 3 a 5% dos adultos de diversas partes do mundo fizeram ao menos uma tentativa de suicídio em algum momento de suas vidas (Rihmer & Rutz, 2009; Barber, Marzuk, Leon & Portera, 1998; Arensman & Kerkhof, 1996). Portanto, constata-se a necessidade de ação não somente na prevenção do problema, mas no primeiro socorro em saúde mental e no tratamento. Segundo Wenzel, Brown e Beck (2010), o número de mortes por suicídio reflete apenas uma porção limitada do efeito de atos suicidas na sociedade. Esse efeito corresponde ao dado de que cada suicídio consumado tem um impacto severo, em pelo menos seis outras pessoas. Este impacto quase sempre se estende, para além do círculo da família e de amigos, aos profissionais nos serviços de saúde ou de segurança, e para a comunidade (OMS, 2000; Wenzel, Brown & Beck, 2010). Outros autores consideram esta estimativa subdimensionada (Fleischmann et al, 2005; Welch, 2001). É, ainda, essencial considerar os fatores de risco e de proteção para o suicídio a fim de desenvolver estratégias de intervenção na emergência e prevenir mais mortes, pois vários estudos mostram que a grande maioria das pessoas que realizam uma TAE não morreu por suicídio, e 90% de pessoas que tentam o suicídio apresentam algum transtorno mental (Fleischmann et al, 2005, 2008; Barber et al., 1998, Wasserman, 2001; American Psychiatric Association, 2003).

Os estudos sobre suicídio colaboram para o planejamento de ações interventivas e no aperfeiçoamento de programas de prevenção na área (Vaz & Tavares, 2010). Entretanto, as dificuldades para o aprofundamento desse conhecimento estão presentes, a começar pela conceituação dos comportamentos suicidas. A definição de TAE, por exemplo, não é consensual na literatura. A divergência principal se refere à centralidade da intenção de morrer para a identificação de uma TAE (Wenzel et al., 2010; O'Carroll et al., 1996; Silverman, 2007). Avaliar essa intenção, explícita ou não, dificulta a

decisão para a intervenção e o tratamento. Por outro lado, o contexto influencia o indivíduo em crise a confirmar a ocorrência da TAE, pois seu relato é sempre subjetivo e multideterminado. Sendo assim, uma TAE sem ferimentos pode ser facilmente ocultada (Spicer & Miller, 2000). Além disso, Wenzel et al (2010) apontam a ambivalência entre viver ou morrer que os indivíduos em crise suicida apresentam como um dos fatores que podem inviabilizar a determinação da intenção. Também a morte produzida no contexto de alteração da consciência, como em um surto maníaco ou psicótico, questiona a centralidade da intencionalidade, pelo menos consciente, de produzir a própria morte.

Nesse estudo, portanto, o conceito de TAE remeterá ao ato auto infligido; não fatal, mas com potencial de dano e risco de morte; com qualquer intenção de morrer; e resultando ou não em um ferimento (O'Carroll et al., 1996, Wenzel et al., 2010; Silverman, 2007).

Tanto pelas taxas alarmantes quanto pela escassez dos serviços efetivos de prevenção, a TAE se impõe como a maior urgência entre todas as emergências psicológicas e psiquiátricas por iniciar um processo que pode ser irreversível e levar a danos graves ou à morte. Assim, psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, bombeiros, policiais e outros profissionais, ainda que com boa formação em saúde mental, ao presenciar o momento de ocorrência de uma TAE, podem questionar a sua própria capacidade de operar a fim de favorecer a resolução efetiva dessa crise. Este artigo pretende, portanto, discutir o fenômeno do primeiro socorro na TAE e identificar o que pode ser feito durante o momento crítico de ruptura nessa crise. Ou seja, realizar-se-á uma revisão das estratégias relacionadas ao trabalho do socorrista na TAE, indicadas na literatura, juntamente com os fatores que possam auxiliar ou prejudicar no planejamento

estratégico da intervenção nesse incidente crítico a fim de prevenir o suicídio consumado.

Na próxima seção, o primeiro socorro será conceituado, acompanhado de um exame de como a TAE se insere como alvo dos serviços de primeiro socorro em saúde mental.

O CONCEITO DE PRIMEIRO SOCORRO NA TENTATIVA DE AUTOEXTERMÍNIO

O primeiro socorro é necessário às emergências em saúde. O conceito de emergência vem da palavra latina *emergere* e seu significado remete à ideia de algo que emerge, surge de súbito. Já a palavra urgência vem do latim *urger* e significa que algo é iminente, uma prioridade e que não permite adiamento (Sterian, 2001, dicionário Houaiss, 2001). Segundo Sterian (2001), os limites das definições, do termo urgência e emergência, ficam pouco nítidos na atuação prática em saúde.

É possível constatar que esses termos também não se diferenciam claramente na exposição escrita das definições. Um exemplo está no artigo primeiro da resolução nº 1451/95 do Conselho Federal de Medicina. Nessa resolução está definida a *urgência* como uma “ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata”. Já o termo *emergência* está definido como uma “constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato”.

Nesse estudo, entretanto, o termo *emergência* remeterá a uma situação de grande risco e de agravo à saúde, que surge subitamente e demanda uma intervenção imediata para evitar um mal irreversível ou mesmo a morte de um indivíduo. Já o termo *urgência*

será utilizado aqui como uma qualidade de uma situação, que indica a demanda de uma ação premente, que não necessariamente surge subitamente, mas que detém prioridade sobre as várias outras.

O primeiro socorro em saúde física é o atendimento realizado até que o dano seja contido e/ou o paciente seja conduzido o mais depressa possível ao serviço de referência adequado para atendimento especializado e deve ser prestado por pessoal treinado em todas as situações de emergência (Kitchener & Jorm, 2002b; Colucci, Kelly, Minas, Jorm, & Nadera, 2010). Os procedimentos precisam ser definidos previamente e devem ser aplicáveis sobre uma vítima ou paciente de forma simples e direta. O atendimento emergencial em saúde não se restringe a problemas orgânicos e fisiológicos, mas se estende aos transtornos e problemas em saúde mental. Entretanto, os cursos que oferecem treinamento em primeiros socorros, por exemplo, frequentemente não incluem, em seu conteúdo programático, a assistência emergencial em problemas relacionados à saúde mental (Kitchener & Jorm, 2002a; Colucci et al., 2010).

Kitchener & Jorm (2002b) e Colucci, Kelly, Minas, Jorm, & Nadera (2010), definem que o primeiro socorro em saúde mental é a ajuda prestada a uma pessoa que se encontra em um problema ou em uma crise de saúde mental. Esse atendimento emergencial não requer que os socorristas se tornem ou sejam psicoterapeutas, mas só poderá ser realizado de forma eficiente se aqueles forem devidamente treinados. Para os autores citados, em síntese, esse atendimento em primeiro socorro consiste somente em reconhecer os sintomas de problemas de saúde mental, fornecer ajuda inicial e dirigir a pessoa para o auxílio profissional adequado (Kitchener & Jorm, 2002b).

A utilização do termo “ajuda” em uma definição cria ambiguidades que prejudicam o estabelecimento de uma definição de primeiro socorro em saúde mental.

Ajudar alguém pode incluir inúmeras ações inespecíficas que abarcam tanto um apoio emocional quanto uma ação diretiva, como a contenção física, por exemplo. Portanto, segundo os objetivos desse estudo, o primeiro socorro na TAE está definido por uma ação urgente e diretiva, presencial ou virtual, que implica uma contenção emergencial, de natureza emocional e/ou física, em situações de risco de morte por suicídio, a fim de conduzir o indivíduo para o tratamento mais adequado, transportado em condição de segurança e dando suporte à vida. A comunicação persuasiva com esse indivíduo, em negociação, torna-se uma ferramenta necessária em muitas ocorrências no socorro à TAE (McMains & Mullins, 2001; Strentz, 2006), pois tanto cria as condições quanto torna efetiva essa contenção emergencial.

É relevante enfatizar que o primeiro socorro deve ser realizado por um profissional socorrista ou voluntário treinado e necessita da articulação dessa ação inicial com uma rede de serviços, como por exemplo, na área da saúde e segurança da comunidade. Porém, a literatura sugere que indivíduos bem intencionados da comunidade, como familiares, por exemplo, podem realizar uma contenção emocional inicial e acionar os serviços de socorro disponíveis na comunidade: embora realizada por leigos, essas ações podem ser caracterizadas também como de “primeiro socorro” (Colucci et al., 2010; Kitchener & Jorm, 2002a).

Como o primeiro socorro na TAE está limitado ao momento crítico de ruptura da crise suicida, o foco está na prevenção imediata da morte por suicídio e não em resolver todos os fatores que levaram à crise (Colucci et al., 2010). Anderson, Gaetz & Masse (2011), atentam para o tempo de resposta em situações de emergência como uma variável fundamental, porém, realizar adequadamente esses procedimentos em primeiros socorros torna-se igualmente imprescindível. Outro ponto crítico levantado por esses autores diz respeito às habilidades físicas do socorrista, que incluem a

capacidade para realização de contenção física do indivíduo em crise, e que muitas vezes torna-se uma condição necessária ao socorro.

O Telefone no Primeiro Socorro Psicológico

Instrumentos consagrados historicamente no primeiro socorro em saúde mental associam-se à área da tecnologia. A primeira linha de telefone nos EUA destinada ao atendimento em crise esteve em funcionamento em 1906 (James, 2008). A liga nacional “Salve uma vida” tinha como seu foco prevenir o comportamento suicida. Outros serviços melhor estruturados como os “Samaritanos”, uma organização independente que presta apoio por chamadas telefônicas desde 1953, têm uma longa história no atendimento às pessoas emocionalmente perturbadas e com ideação suicida nos Estados Unidos e em muitos países (James, 2008).

Apesar do tempo e do avanço de novas tecnologias, o uso do telefone na intervenção em crise é ainda muito frequente. Em geral, as linhas para essas chamadas operam 24 horas por dia nos 365 dias do ano, com raras exceções. Essas linhas são operadas por muitos voluntários ou bombeiros, e as questões ligadas a eles ainda suscitam debates e pesquisas. As questões se referem à dúvida sobre a efetividade dessa ajuda. Geralmente, os atendentes dessas linhas não possuem formação em psicologia, aconselhamento, nem em assistência social (James, 2008), mas recebem treinamento adequado (Roberts, 2005) e manifestam características favoráveis, como boa capacidade de empatia e respeito pelo sofrimento humano (Mishara, Chagnon, Daigle, & Balan, 2007), o que auxilia na intervenção.

Os voluntários, assim como todo socorrista, são um ponto crucial no atendimento à crise, mas precisam de cuidados também. Eles podem igualmente entrar

em crise e serem intimamente afetados pela escuta de situações limite (James, 2008; Roberts, 2005). Por isso, necessitam de um trabalho de apoio consequente ao suporte que oferecem. Dois fatores que ajudam os voluntários no processo de estabelecimento de uma relação de ajuda se referem à crença, da população, de que eles são vistos como eficientes (James, 2008) e, por atenderem chamadas aleatoriamente, são alvo muito mais fácil para conteúdos projetivos (Gilat & Shahar, 2007; Roberts 2005). É possível supor que isso ocorre tanto de forma semelhante com outros profissionais socorristas, como os bombeiros, por exemplo.

Segundo a revisão de Gilat & Shahar (2007), sobre os pontos fortes do uso do telefone em situações de crise, podemos elencar que o anonimato reduz os impedimentos psicológicos (como a resistência) de quem procura ajuda; gera um senso de controle no indivíduo que faz a chamada, visto que ele escolhe quando terminar a interação; aceitar chamadas de qualquer um e sobre qualquer assunto torna mais fácil a decisão de procurar ajuda; os serviços são operados por voluntários que têm sua efetividade amparada em sua espontaneidade, calor humano e autenticidade; é uma assistência disponível 24 horas por dia; e barreiras geográficas e isolamentos são driblados com o uso do telefone mais facilmente no que tange à favorecer ajuda.

Por isso, Slaikeu, citado por James (2008), diz que o telefone é a intervenção de primeira ordem no primeiro socorro psicológico. Escolhido como modalidade principal de atendimento em crise, tornou-se uma ferramenta útil, e favoreceu que a tecnologia de comunicações se firmasse no campo da intervenção em crise (Roberts, 2005). Dentre todas as possíveis desvantagens do uso do telefone e de outras tecnologias na crise, como a internet, destaca-se que o atendente tem pouco controle sobre o contexto físico do cliente, o que é, muitas vezes, decisivo para um desfecho positivo no socorro da crise suicida (James, 2008; Roberts, 2005).

O Centro de Valorização da Vida – CVV – realiza o trabalho mais expressivo no Brasil no que concerne ao atendimento por telefone para pessoas em crise e prevenção do suicídio. O atendimento é realizado em várias modalidades: por telefone, pessoalmente, por correspondência, chat ou e-mail. Esse serviço conta, segundo a página da organização na internet, com aproximadamente 2000 voluntários distribuídos em 41 postos por todo território brasileiro. Contudo, é difícil elucidar sua posição no primeiro socorro, visto que sua atuação pode referir-se a apenas a escuta empática e não diretiva, o que não corresponde às características principais de um atendimento típico em primeiro socorro na TAE.

Primeiro Socorro na TAE e Intervenção em Crise

É necessário definir os limites do primeiro socorro e da intervenção em crise, pois apesar de inter-relacionados, não são a mesma abordagem. De acordo com Tavares (no prelo) podemos definir uma crise como um processo determinado subjetiva, histórica e contextualmente. Segundo esse autor, uma crise surge quando situações são experienciadas de forma a exigir novas respostas que o indivíduo “perdeu ou ainda não acessou, não adquiriu, não desenvolveu ou não dominou” para solucionar um problema vigente. Portanto, não apenas a situação será determinante na experiência da crise, mas como o indivíduo percebe o acontecimento e sua capacidade de lidar com o mesmo (Dattilio, 2004; Freemouw, Perczel & Ellis, 1990).

Com o objetivo de auxiliar o indivíduo a retomar o seu funcionamento antes da crise e para criar ou desenvolver novos repertórios diante de um problema, torna-se indispensável uma intervenção deliberada (Dattilio, 2004). Intervir em uma crise é algo específico, focado: é buscar a resolução psicológica para os problemas e sintomas

agudos e que, em geral, envolve riscos. Assim, espera-se que o profissional adote uma postura ativa e diretiva na condução desse processo.

A intervenção em crise constitui-se, portanto, como uma atuação estratégica para o momento agudo de um transtorno e de perturbação emocional de um indivíduo que exige uma resolução mais rápida em função de sua natureza perigosa e potencial destrutivo (Sterian, 2001). Essa ação favorece que o indivíduo em crise tenha acesso a novas habilidades de enfrentamento e de resolução de problemas, objetivando a redução da vulnerabilidade à mesma classe de crises e ao desconforto emocional decorrente da mesma; auxilia o indivíduo a implementar uma administração mais eficaz dos seus sentimentos e o desenvolvimento de um plano de ação (Roberts, 2005).

Esse tipo de intervenção apresenta tempo limitado de duração e inicia-se o mais cedo possível, uma vez que quanto maior o tempo sem a assistência devida, mais sérios e irreversíveis podem se tornar os efeitos da crise. Contudo, a experiência clínica revela que a presença de demanda por intervenção em crise pode ocorrer em vários momentos num processo psicoterápico, mesmo depois de um incidente crítico como a TAE e em qualquer momento na evolução de um processo clínico ambulatorial (Wenzel et al., 2010; Dattilio, 2004).

No sentido de clarificar o processo, Roberts (2005) apresenta um modelo geral e integrativo de sete etapas para a intervenção na crise aguda geral. O autor enfatiza que essas etapas seriam mais bem consideradas como uma referência para a atuação e não como um processo rígido. Sequencialmente, as etapas de seu modelo são: 1) Planejar e conduzir uma avaliação da crise; 2) estabelecer *rapport* e relacionamento com o indivíduo; 3) identificar os problemas principais indutores da crise; 4) Auxiliar no suporte aos sentimentos e emoções; 5) generalizar e explorar alternativas aos problemas

apresentados; 6) formular e desenvolver um plano de ação; e 7) estabelecer um plano de monitoramento (*follow-up*).

A intervenção em crise no comportamento suicida tem como objetivo reduzir a probabilidade de autoextermínio e de futuros comportamentos de mesma ordem. Para atingir essa meta, há esforços no sentido da prevenção e do tratamento. O tratamento de indivíduos suicidas pode ser entendido em um contínuo (*Figura 1*) que vai desde o manejo da crise aguda, como no incidente crítico da TAE, passando pela condução ambulatorial psiquiátrica e psicoterápica até a transição de cuidados para serviços de apoio disponíveis da comunidade (Roberts, 2005; Freemouw et al., 1990; Tavares, Montenegro & Prieto, 2004).



Figura 1. Contínuo de prevenção e tratamento do indivíduo em crise.

É possível que os efeitos de uma prevenção bem-sucedida do comportamento suicida possam proporcionar uma redução na ocorrência de episódios de crise aguda. Entretanto, o primeiro socorro incidirá no momento de ruptura da crise, expressa em uma TAE. Os problemas e a vulnerabilidade que levaram à crise suicida necessitam de tempo em atendimento ambulatorial para abordagem e tratamento adequados e por isso se situam no momento da intervenção em crise.

Os autores indicam estratégias de intervenção em crise para redução do risco de autoextermínio, tais como o adiamento de impulsos, a restauração da esperança, a intervenção ambiental e a hospitalização. O objetivo inicial é retardar o impulso suicida. Esse adiamento pode ser feito por diferentes recursos, como por exemplo: o questionamento da percepção de insolubilidade dos problemas que levaram à crise, a consideração de outras medidas de ação e a criação de novas estratégias de resolução de problemas. Pode-se intervir in loco, pela remoção do acesso a meios letais como medicamentos e armas, e envolver membros da família, muitas vezes desenvolvendo ou criando redes sociais de apoio (OMS, 2000, 2009; Freemouw et al., 1990; Tavares et al., 2004). Essas estratégias são as mesmas que os socorristas em TAE podem utilizar no momento de primeiro socorro.

Apesar das semelhanças, Roberts (2005) apresenta uma diferenciação fundamental entre a intervenção em crise e o primeiro socorro. Ele enfatiza que o primeiro socorro emocional ou psicológico (denominado em seu estudo como “*frontline first response*” e estabilização em crise) pode ser efetivamente administrado por voluntários treinados, incluindo profissionais de emergência em saúde mental. Entretanto, a Intervenção em Crise é um campo específico em saúde mental, mais extenso que o primeiro socorro, que demanda um tempo maior (4 a 6 semanas) (Roberts, 2005), planejamento de sessões, uso de técnicas psicoterápicas e um profissional de saúde mental com maior formação em cursos e treinamentos em habilidades específicas para interventores em crise.

Tanto na intervenção em crise quanto no primeiro socorro é necessário considerar a avaliação do nível de risco de morte por suicídio, dos fatores de risco e proteção existentes, da magnitude da motivação para o ato de autoextermínio e se há presença de transtorno mental crônico. Dessa forma, as ações na emergência podem ser

conduzidas de formas mais adequadas e, assim, com possibilidade de serem mais efetivas (Wenzel et al., 2010; Vaz & Tavares, 2010).

ESTRATÉGIAS DE PRIMEIRO SOCORRO NA TENTATIVA DE AUTOEXTERMÍNIO

Pacientes suicidas não constituem uma categoria homogênea. Por isso, as estratégias de primeiro socorro na TAE precisam ser adaptadas com flexibilidade no planejamento da ação, segundo várias condições apresentadas pelo sujeito e pela situação de crise. Assim, a avaliação do contexto e das especificidades do caso torna-se essencial e orientará a tomada de decisão quanto às estratégias mais adequadas à situação. Essas ações variam se ocorrem em um modo de interação presencial ou por meios eletrônicos; segundo a profissão ou serviço de quem as realizam – profissionais em saúde mental ou profissionais de socorro; segundo o método de tentativa de suicídio utilizado; segundo as condições ambientais onde a TAE ocorre; e segundo as condições mentais e de comportamento manifestas pelo indivíduo em crise suicida (McMains & Mullins, 2001; Strentz, 2006). O objetivo dessa seção é, portanto, apresentar e discutir as estratégias de primeiro socorro a um indivíduo em TAE.

Estratégias Segundo a Profissão ou Serviço e Modo de Interação

Kitchener & Jorm (2002b) estabeleceram um modelo de primeiros socorros em saúde mental que consiste em: 1) avaliar risco de suicídio ou dano; 2) ouvir sem julgamentos; 3) reassegurar e informar; 4) encorajar a pessoa a conseguir ajuda profissional; e 5) encorajar estratégias de autoajuda. Essas estratégias podem ser treinadas por qualquer indivíduo voluntariamente interessado, mas são diretrizes que os autores indicam a todo primeiro socorro prestado em saúde mental. A meta mais

importante nesse modelo é a condução do sujeito em risco para um serviço profissional especializado.

James (2008) elenca algumas técnicas e diretrizes para o atendimento de primeiro socorro por telefone e que se tornam possíveis de serem aplicadas a outras modalidades de atendimento por meios eletrônicos. Entre todas as ações possíveis do atendente virtual, tem precedência o estabelecimento do contato psicológico com a pessoa que realiza a chamada em crise, isto é, precisamos “estabelecer um relacionamento de não julgamento, importância, aceitação e empatia” (James, 2008). Nesse momento é preciso tomar cuidado com o que se diz e principalmente com a tonalidade de voz, mesmo que seja preciso ser firme e resolutivo (Roberts, 2005). Outra estratégia importante na modalidade virtual de atendimento do indivíduo em crise suicida é ser claro e definir o problema, ou seja, entender como o cliente chegou à crise, avaliar seus mecanismos de enfrentamento e possibilidades de resgate (James, 2008). É preciso avaliar, por meio de perguntas, da forma mais precisa possível, o que está acontecendo e a intensidade das experiências, emocionais, com a meta de garantir a segurança e a prestação de apoio à pessoa em crise. Nesse caso, há também a necessidade de, não somente apoiar e ser empático, mas aconselhar o indivíduo em crise de suicídio para procurar serviços de saúde mental disponíveis na comunidade. No Brasil, pela escassez de serviços para esse apoio, pode-se supor que o indivíduo em crise suicida fique em situação de desamparo, o que pode aumentar o risco de morte.

Os profissionais de saúde mental, na condução do tratamento ambulatorial de seus pacientes, adotam técnicas e estratégias alternativas ao primeiro socorro, quando emerge uma crise de autoextermínio. Como podem surgir no tratamento clínico em andamento, a utilização de técnicas de intervenção em crise são incorporadas ao planejamento terapêutico, considerando o ajuste da medicação e da psicoterapia e a

hospitalização (Wenzel et al., 2010; Freemouw et al., 1990; Dattilio, 2004). Uma vez que a integração da crise suicida ao planejamento clínico se insere no campo da Intervenção em Crise, o aprofundamento de questões medicamentosas e psicoterápicas no momento pós-crise aguda, excede o foco no primeiro socorro proposto neste estudo.

Os profissionais de socorro que atuam no primeiro socorro na TAE são os bombeiros, policiais e agentes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), pela sua especialidade em casos de emergência. Em geral, são os primeiros a serem acionados para lidar com a demanda por socorro em saúde mental, mas, segundo a OMS (2009), raramente são treinados adequadamente para essa função. A literatura apresenta a negociação e a contenção física como as estratégias de primeira ordem nas ocorrências de TAE a serem utilizadas por esses profissionais, mas eles também utilizam táticas na aproximação, avaliação, e transferência de cuidado (McMains & Mullins, 2001; Strentz, 2006; OMS, 2009; Greenstone, 2005; Lanceley, 2003).

Estratégias Definidas pelo Método de Suicídio

Uma avaliação imediata e precisa do método utilizado para uma TAE define a ação de um profissional no primeiro socorro. Os métodos mais frequentes incluem: overdose de drogas, ingestão de veneno, intoxicação por gás, sufocação/enforcamento, afogamento, arma de fogo, cortes no corpo com instrumentos, salto de lugares altos, outros (Spicer & Miller, 2000; Bittner, Hawkins, Atteberry & Ferdinand, 2010, Ajdacic-Gross et al, 2008). Ocorrem, em menor frequência os saltos de veículos em movimento, queimadura/escaldadura, eletrocussão, acidentes de trânsito, uso de substância cáustica, artefato explosivo e outras maneiras não especificadas.

A escolha de um método vai variar segundo a idade, gênero, de padrões sociais, facilidade de acesso e nacionalidade (Ajdacic-Gross et al., 2008; Spicer & Miller,

2000). Estudos mostraram que os métodos de suicídio mais letais são as armas de fogo, afogamento e enforcamento. Os menos letais relatados foram os cortes, intoxicação por gás (excluindo o monóxido de carbono) e a overdose de drogas (Spicer & Miller, 2000). Entretanto, o método mais comumente utilizado em uma situação de TAE é o envenenamento (Fleischmann et al., 2005; Ajdacic-Gross et al., 2008; Spicer & Miller, 2000). Embora menos letais, os métodos de TAE podem acionar, em algum momento, os serviços de primeiro socorro e de emergência em uma comunidade.

Como consequência ao método de suicídio utilizado, a ação do Corpo de Bombeiros, polícia e SAMU pode variar ou tornar-se impossível. Por exemplo, se há presença de armas de fogo e artefatos explosivos em uma situação de TAE, a polícia é a instância mais indicada a ser acionada. Se há um estado de intoxicação medicamentosa, o SAMU é a mais adequada. Os bombeiros têm atuação mais efetiva devido ao seu treino em habilidades táticas de resgate e salvamento, que são apropriadas para TAEs com salto de lugares altos e afogamento, por exemplo, e com a presença de estados de agitação e agressividade.

Estratégias de Negociação no Primeiro Socorro à TAE

Haverá incidentes com TAEs, nos quais somente a negociação será a ação possível para resolução do problema (McMains & Mullins, 2010) e o primeiro socorro consistirá em uma intervenção pela interação verbal. Em outros incidentes, ambas serão utilizadas ou a negociação será utilizada como meio para a contenção física (McMains & Mullins, 2010; Strentz, 2006; OMS, 2009; Greenstone, 2005; Lanceley, 2003). Entretanto, a negociação com um indivíduo na iminência de uma TAE é possivelmente a situação mais tensa e difícil pela qual um socorrista pode passar. Pode ser dito algo a

alguém que o faça desistir da ideia do suicídio? Há uma maneira de dizer algo que torne essa ação mais eficaz?

Negociação é definida como um processo voluntário de interação interpessoal, que faz uso da comunicação com a intenção de alcançar um acordo entre as partes que apresentam conflitos entre eles (Wood, 2008; Hancerli, 2008). McMains & Mullins (2010) discutem a importância, na definição de negociação, da influência do negociador como meio de resolução de problemas. Esses autores, afirmam que os objetivos da negociação são: maximizar as chances de uma resolução segura para a crise; influenciar o indivíduo em crise para que haja o menor risco de violência; e, no caso de TAE, os negociadores devem ajudar o indivíduo a decidir viver.

A literatura sobre a negociação é multidisciplinar. Áreas como a comunicação, sociologia, psicologia, direito, negócios, economia, entre outras, contribuem para a pesquisa sobre o tema e para o refinamento da utilização das estratégias de negociação. (Li, Tost & Wade-Benzoni, 2007; Buelens, Van De Woestyne, Mestdagh & Bouckennooghe, 2007). O campo atual das pesquisas sobre negociação destaca as condições criadas pelo processo, os estágios de interação e como otimizar a experiência do ponto de vista do negociador (Wood, 2008). A maioria do que é produzido sobre o tema está contida em livros ou manuais, mais do que em artigos científicos e concentra-se no uso de táticas e de como exercer influência (Wood, 2008; McMains & Mullins, 2010).

Li, Tost e Wade-Benzoni (2007) chamam atenção para que o entendimento do processo de negociação seja feito considerando duas dimensões presentes: o contexto onde a negociação ocorre e as características que se referem ao negociador. Esse referencial de “enquadre comportamental”, adotado por esses autores, é adequado ao presente estudo, pois permite focar na atuação do negociador e nos processos que

interagem na intervenção no momento da crise suicida. Entretanto, o fato do enquadrar ser comportamental não significa que as cognições do negociador e do indivíduo, bem como a dinâmica do relacionamento estabelecido nesse processo, não devam ser integradas a uma visão mais sistêmica e compreensiva do processo de negociação na TAE.

As características do contexto onde ocorre uma negociação afetam o processo de interação entre o socorrista e o indivíduo em crise. Li et al. (2007) assinalam que as influências de contexto que se destacaram no processo de negociação foram as advindas do trabalho de equipe de negociação e a pressão do tempo sobre o negociador. O trabalho de negociação por equipes alcançaram resultados mais elevados, em comparação com um trabalho isolado, e mais vantajosos no sentido de que a discussão das estratégias e o compartilhamento de insights sobre o caso facilitam a tomada de decisão. Em relação à pressão do tempo, as pesquisas mostram que o negociador é favorecido quanto mais tempo disponível para a interação e que ser pressionado pelo tempo causa uma redução na motivação do negociador para processar mais acuradamente a situação (Van der Schalk, Beersma, Van Kleef & De Dreu, 2010). No caso da intervenção na TAE, o tempo é um fator que atua contra o profissional de primeiro socorro, pois a iminência da morte do indivíduo faz com que a avaliação da situação possa ficar prejudicada, assim como a eficácia da intervenção.

Os pesquisadores da negociação enfatizam ainda que é preciso atenção especial para o negociador como agente de influência no processo de negociação. Nesse caso, as diferenças individuais inerentes, o modo que interpretam a situação, as motivações que dirigem seu comportamento e as respostas afetivas para o processo de negociação irão modificar a interação com o outro e a utilização das técnicas (Li et al., 2007). Uma diferença importante apontada nas pesquisas refere-se ao gênero do negociador: há

evidências que mulheres tendem a interpretar as situações de conflito em termos relacionais, procuram mostrar mais pontos em comum nessas situações e importam-se sobre a manutenção do relacionamento; enquanto os homens tendem a ser mais focados no triunfo e adotam um estilo mais confrontativo na negociação.

As estratégias de negociação, assim como as outras táticas com um indivíduo em TAE variam em função do estado mental desse indivíduo, do seu nível de motivação para a interação verbal, do tempo disponível para manejar o incidente e do contexto onde a TAE se manifesta (Lanceley, 2003; Hancerli, 2008; McMains & Mullins, 2010). As estratégias mais comumente citadas nos manuais de negociação e manejo da crise suicida iniciam com a ênfase no estabelecimento de um relacionamento entre as partes em conflito (Wood, 2008). A construção desse *rapport* segue as seguintes diretrizes: apresentar-se como negociador; engajar a pessoa a estabelecer contato; ouvir atentamente e comunicar o que está entendendo; refletir sentimentos e não confrontá-lo sobre o que sente; e falar sem hesitação sobre o plano suicida (Noesner, 1999; McMains & Mullins, 2010).

Johnson (2006) e Erickson & Haley (1985) discutem que a comunicação intersubjetiva se desenvolve através de todo o indivíduo, incluindo o nível corporal. Olhar, face, movimentos, etc., são muito importantes na leitura e implementação de técnicas de primeiro socorro na TAE, pois indicam tendências de ação e emoções. Mesmo no trato com indivíduos com risco iminente de suicídio é preciso considerar e desenvolver a “qualidade do diálogo terapêutico” (Gonzales Rey, 2007). Portanto, pela comunicação não-verbal, expressa na postura do socorrista, é importante demonstrar paciência, aceitação e que leva a ameaça de suicídio a sério (McMains & Mullins, 2010). Nessa relação, é necessário que o negociador fique atento e gerencie seus sentimentos contratransferenciais em relação ao indivíduo que expressa o desejo de

morrer (Granello, 2010). Para Sterian (2001), a relação transferencial é essencial para o sucesso na intervenção emergencial. Contudo, é difícil que profissionais do primeiro socorro dominem, sem treinamento, a transferência enquanto técnica, a ponto de utilizá-la como recurso no manejo da crise.

Ainda no momento de estabelecimento da relação, os autores ressaltam a importância de que o negociador seja empático (Wood, 2008). McMains & Mullins, (2010) consideram importante que o negociador se pergunte: "O que ele está sentindo? O que ele espera que aconteça? Se eu estivesse na situação do indivíduo, o que esperaria dos bombeiros ou polícia?" e, com isso, crie alternativas para que haja efetividade na ação. Esses autores citam o modelo sequencial de escuta básica de Ivey, que auxilia na expressão da empatia pelo uso de: a) questões abertas: que convidam o sujeito a falar sua história e propiciam o entendimento sobre o que está acontecendo; b) pausas efetivas: usadas para enfatizar um ponto ou encorajar o sujeito a falar mais; c) incentivadores mínimos: respostas breves que indicam que o negociador está prestando atenção; d) espelhamento: repetir a última palavra ou frase para comunicar que o negociador entendeu o que foi dito; e) parafrasear: repetir o significado do que foi dito nas palavras do negociador dá a oportunidade de clarificar a mensagem; e f) rotulagem emocional: o uso de palavras emocionalmente descritivas para mostrar que o negociador entende os sentimentos que o indivíduo está experimentando.

Ao citar o modelo SAFE (*Substantive demands, Attunement, Face and Emotion*) de Hammer, McMains & Mullins (2010), indicam que o negociador necessita, nos instantes iniciais da negociação, realizar a identificação das demandas do indivíduo, do grau de confiança estabelecido, da autoimagem do sujeito e da emoção predominante no quadro. O objetivo da comunicação deve ser relacionado ao que foi então identificado e a resolução de problemas deve ser consequentemente adaptada. Contudo, as demandas a

serem atendidas pelo negociador não devem comprometer as questões de segurança. É importante que o negociador entenda que o grau de confiança na relação influenciará no comportamento cooperativo do sujeito, a autoimagem positiva do indivíduo em crise precisa ser validada e a emoção expressa pelo indivíduo influenciará as suas tendências de ação.

O momento que segue ao estabelecimento do relacionamento com o indivíduo em TAE concentra-se em restaurar a esperança, movendo o foco do passado e das perdas para o aqui-e-agora, para ver o futuro com outras opções que ele ainda não tinha considerado (Wood, 2008; McMains & Mullins, 2010). É essencial fornecer, ao indivíduo em TAE, o suporte para a reavaliação do seu comportamento e situação. Para isso, é possível a utilização de técnicas cognitivas como a descatastrofização: “Qual a pior coisa que poderá acontecer se o que o preocupa vier à público?” (Wenzel et al., 2010; Dattilio, 2004), para que seja questionada a crença de que o problema é insuperável e de que é melhor encerrar a vida do que viver com o que o faz sofrer.

A Entrevista Motivacional (Miller, 2001; McMains & Mullins, 2010) colabora para o entendimento de quando e como agir no primeiro socorro da TAE. Essa modalidade de intervenção indica que as intervenções breves, como as que ocorrem na negociação, devem: a) dar um feedback para o indivíduo sobre seu estado atual; b) dar ênfase à responsabilidade pessoal do paciente para a mudança; c) uso de conselhos claros; d) oferecer estratégias alternativas para resolução de problemas; e) toda fala deve ser dirigida ao indivíduo de forma empática; e f) reforçar a auto eficácia e a esperança do paciente. Entretanto, de forma mais específica, essa modalidade ressalta a ambivalência do indivíduo em crise como um fator que pode tanto colaborar para a resistência à negociação quanto favorecer intervenções, visto que o indivíduo em crise

suicida não tem certeza se é o momento de encerrar a própria vida. Assim, o negociador precisa apoiar a parte, no indivíduo em crise, que busca viver.

Dentre as táticas antiéticas relatadas em pesquisas sobre a negociação, estão: a) uso de mentiras; b) falsas promessas; e c) uso indevido das informações coletadas; (Robinson, Lewicki, & Donahue, 2000; Wood, 2008; Hancerli, 2008; Granello, 2010). Se o indivíduo descobrir que a comunicação não é passível de confiança, a interação estará em risco e o indivíduo pode utilizar esse fato como confirmação de suas crenças negativas a respeito de si e dos outros. Além dessas, ressaltam que desafiar o indivíduo a fazer algo pode funcionar de forma a apoiar o desejo contrário dos propósitos da negociação (McMains & Mullins, 2010; Wood, 2008).

Em síntese, a negociação com o indivíduo em crise deve: a) construir *rapport*; b) avaliar o potencial suicida; c) conseguir mais informação sobre o problema; d) apoiar a parte, no indivíduo em crise, que busca viver; e) auxiliar na resolução de problemas, concentrando a intervenção nos principais; f) verificar quais habilidades o indivíduo em crise já possui e trazê-las à consciência para aplicação; g) explorar alternativas, listando com o sujeito quais outras opções se apresentam além do autoextermínio; h) questionar empaticamente as crenças que aumentam o risco de suicídio, demonstrando que o paciente é capaz de superar aquela situação; i) tentar realizar um acordo de não suicídio; j) planejar um curso de ação concreto, incluindo contato com amigos e família; k) encaminhar imediatamente para o hospital (McMains & Mullins, 2010; Lanceley, 2003; Strentz, 2006; OMS, 2009; Greenstone, 2005; Wood, 2008).

Estratégias Relacionadas ao Contexto Físico-Ambiental

Uma das estratégias mais utilizadas na ação do bombeiro com um indivíduo em crise é a contenção física (OMS, 2009; Greenstone, 2005; McMains & Mullins, 2001).

Paes et al. (2009) definem a contenção física como técnica que "envolve o uso de dispositivos mecânicos ou manuais para limitar as ações do paciente, quando esse oferece perigo para si e para terceiros". Enfatizam que esta deve ser utilizada depois de esgotadas as possibilidades de acordo por interação verbal e de realizadas mudanças relacionadas ao ambiente externo que afetam o comportamento do paciente. Um planejamento tático precoce de contenção física é muitas vezes necessário para o melhor desfecho da situação e para a segurança de todos os envolvidos (Greenstone, 2005).

Lanceley (2003) aponta que a ação tática e de contenção física no manejo da crise suicida deve observar três critérios: deve-se preferir mais ação tática quanto menor seja o risco de ineficácia dessa ação, além de constatar a necessidade de ação no momento, e avaliar a aceitabilidade dessa ação de acordo com preceitos morais éticos e legais. Outras razões que esse autor levanta para o emprego de contenção física na cena de TAE são: o aumento da preocupação com a piora de uma condição médica, o momento oportuno para uma aproximação rápida e segura, o discernimento de que tomar uma ação seja menos arriscado do que manter a situação atual, a perturbação do funcionamento de trânsito ou rotinas de uma comunidade pela situação de crise e pressão da opinião pública para a resolução.

Entretanto, as ações referentes ao primeiro socorro na TAE não se resumem à contenção física. No momento de ocorrência de uma TAE, é necessário, primeiramente, limpar a cena de curiosos e manter a segurança dos presentes no local (OMS, 2009; Greenstone, 2005; McMains & Mullins, 2001). Familiares e amigos que permanecerem na cena, podem se tornar parte do problema, entrar em crise, manifestar comportamentos de risco, ou agir de modo prejudicial para o resgate (Greenstone, 2005). Contudo, quando não estão envolvidos na causa do problema, o contato com os familiares ou outros significativos torna-se útil para que possam fornecer informações,

inclusive sobre o quadro psicológico do indivíduo em TAE (McMains & Mullins, 2001).

Em suas diretrizes, Greenstone (2005) indica estratégias de aproximação (para vincular-se ao indivíduo com o objetivo de contê-lo fisicamente) com observação do timing e curso da situação. Este autor enfatiza a necessidade de um trabalho feito por uma equipe especializada no manejo de crises e na negociação para realizar um atendimento mais completo por divisão de tarefas. É indispensável identificar sinais e sintomas de transtornos mentais e de comportamento, bem como abuso de substância e se há acessos a meios letais na cena (McMains & Mullins, 2001; Strentz, 2006). Apesar da intenção em realizar uma imobilização do indivíduo em crise suicida, deve-se evitar movimentos bruscos ou tentar tocar no indivíduo, respeitando seu espaço pessoal (Greenstone, 2005).

Outras estratégias elencadas por Greenstone (2005) dizem respeito à atitude e postura do profissional socorrista: ser paciente e transmitir segurança e calma é fundamental. Se uma arma estiver presente, deve-se aconselhar que esta seja colocada no chão, sem direcionar a fala da intervenção para o objeto, e é necessário que o profissional proteja-se de possíveis disparos. É muito importante checar a especificidade do plano suicida e a letalidade do método já nos instantes iniciais. Quanto mais específico e letal o plano, maior a chance de um suicídio consumado. E, outrossim, é necessário reconhecer quando o indivíduo quer ser morto por policiais. Este modo de morte foi popularizado com a expressão “*suicide by cop*” (Greenstone, 2005; Lanceley, 2003; Strentz, 2006; McMains & Mullins, 2001).

As diretrizes para o contexto ambiental onde ocorre uma TAE ainda ressaltam que o socorrista deve conhecer e saber como acessar os serviços de saúde mental disponíveis em uma emergência e tomar medidas imediatas para garantir a condução do

indivíduo para uma avaliação psiquiátrica (OMS, 2009; Greenstone, 2005; McMains & Mullins, 2001). Se uma remoção para uma unidade de atendimento em saúde mental não se justifica, o foco torna-se remover os meios letais e certificar-se de que um membro da família ou outro significativo se responsabilize pela segurança do indivíduo e pelo encaminhamento para tratamento psicológico posterior (OMS, 2009).

No caso da TAE ter sido levada a termo, as diretrizes da OMS (2009) indicam que é preciso verificar os sinais vitais e, se apropriado, efetuar uma ressuscitação. Em sequência, torna-se imprescindível a condução para serviços emergenciais de saúde, e, se possível, informar quais substâncias ou outros meios foram utilizados na tentativa, bem como as quantidades ingeridas. Se o suicídio estiver consumado, as ações se concentram em estabelecer contato com familiares e amigos do falecido e sugerir encaminhamento para serviços de apoio psicológico, como grupos locais de sobreviventes (Freemouw et al., 1990).

CONCLUSÃO

Definir o primeiro socorro na TAE não é tarefa simples. As pesquisas mostram a grande importância do tema, porém também evidenciam a escassez de publicação de estudos específicos, principalmente sobre a ação no momento de ocorrência de uma TAE. Conhecer modelos de intervenção em crise, ainda que não sejam exatamente sobre o primeiro socorro em saúde mental, torna-se útil para pensar, como passo inicial, em possibilidades semelhantes de intervenção para a crise de autoextermínio aguda (Roberts, 2005).

Seja por uma ação por telefone ou por uma ação tática presencial, a finalidade do primeiro socorro em saúde mental é a condução do indivíduo em crise para um serviço

profissional especializado. Portanto, as informações dos estudos aqui citados sugerem a necessidade de boa articulação dos serviços de apoio. É importante priorizar uma transição de cuidados efetiva entre as várias instâncias do serviço público, seja na saúde ou segurança, associado ao socorro de um indivíduo em TAE.

Embora as diretrizes para estratégias em primeiro socorro em uma TAE sejam úteis, essas estratégias devem ser selecionadas segundo a particularidade de cada situação onde uma TAE se manifesta. É necessária flexibilidade ao aplicar as técnicas e considerar a profissão do socorrista, visto que algumas ações serão restritas a níveis de expertise cada vez maiores, como salvamento em água e ação no resgate de indivíduos prontos para saltar para a morte.

Em resumo, os estudos apresentados se concentram em duas estratégias básicas para os profissionais na TAE, como, por exemplo, os bombeiros: contenção física e técnicas de negociação (Greenstone, 2005; Lanceley, 2003; Strentz, 2006). Podem ser utilizadas, na intervenção de primeiro socorro, ações táticas apenas de contenção física, ou somente de negociação, ou uma combinação delas. Pelo o que foi discutido, nota-se que é demandada do profissional uma grande capacidade de se antecipar a possíveis problemas. Por isso, presume-se que a experiência própria e de colegas são importantes na atuação.

Esse artigo limitou-se a descrever as estratégias implementadas para interromper uma TAE. Entende-se que este conhecimento está diretamente relacionado ao aumento da efetividade das ações no momento desse socorro e no desenvolvimento de recursos para o treinamento dos profissionais socorristas.

REFERÊNCIAS

- Ajdacic-Gross, V., Weiss, M. G., Ring, M., Hepp, U., Bopp, M., Gutzwiller, F., & Rössler, W. (2008). Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bulletin of the World Health Organization*. September 2008, 86 (9)
- American Psychiatric Association (2003). *Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicide behavior*. Washington, DC: APA.
- Anderson, G. S., Gaetz, M., & Masse, J. (2011). First aid skill retention of first responders within the workplace. *Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. 2011, 19:11
- Arensman, E. & Kerkhof, A. (1996). Classification of attempted suicide: A review of empirical studies, 1963-1993. *Suicide & Life-Threatening Behavior*; Spring 1996; 26, 1
- Barber, M., Marzuk, P., Leon, A., Portera, L. (1998). Aborted suicide attempts: a new classification of suicidal behavior. *The American Journal of Psychiatry*; 155, 3.
- Bittner, J., Hawkins, M. L., Atteberry, L. R., Ferdinand, C. H. (2010). Impact of Traumatic Suicide Methods on a Level I Trauma Center. *The American Surgeon*; Feb 2010
- Buelens, M., Van De Woestyne, M., Mestdagh, S., Bouckenoghe, D. (2007). Methodological Issues in Negotiation Research: A State-of-the-Art-Review. *Springer Science+Business Media B.V. ProQuest*.
- Colucci, E., Kelly, C. M., Minas, H., Jorm, A. F., Nadera, D. (2010). Mental Health First Aid guidelines for helping a suicidal person: a Delphi consensus study in the Philippines. *International Journal of Mental Health Systems* 2010, 4:32
- Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1451/95 publicada no D.O.U. de 17.03.95 - Seção I - Página 3666.
- CVV - Centro de Valorização da Vida. História. Disponível em: <<http://www.cvv.org.br>> acessado em 15/01/2011.
- Dattilio, F. M. & Freeman, A. (2004). *Estratégias Cognitivo-Comportamentais de Intervenção em situações de crise*. Porto Alegre: Artmed.
- Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*; 1ª. Edição: Rio de Janeiro; Objetiva; 2001.
- Draper, J. (2007) Preventing suicide minute by minute. *Behavioral Healthcare*; Jun 2007; 27, 6; *Academic Research Library*, pg. 29
- Erickson, M. H. & Haley, J. (1985). The Body image. In J. Haley. *Conversations with Milton H. Erickson: Changing individuals*. New York: Triangle Press.

- Fleischmann, A., Bertolote, J. M., De Leo, D., Botega, N., Phillips, M., Sisask, M., ..., Wasserman, D. (2005). Characteristics of attempted suicides seen in emergency-care settings of general hospitals in eight low-and middle-income countries. *Psychological Medicine*, 2005, 35, 1467–1474. 2005 Cambridge University Press.
- Fleischmann, A., Bertolote, J. M., Wasserman, D., De Leo, D., Bolhari, J., Botega, N., ..., Thanh, H. T. T. (2008). Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bulletin of the World Health Organization* 2008;86:703–709.
- Fremouw, W.J., Perczel, M. & Ellis, T.E. (1990). *Suicide risk-assesment and response guidelines*. USA: Pergamon Press.
- Gilat, I. & Shahar, G. (2007). Emotional first aid for a suicide crisis: Comparison between telephonic hotline and internet. *Psychiatry* 70(1) Spring. ProQuest.
- Gonzalez Rey, F. (2007). *Psicoterapia, Subjetividade e Pós-Modernidade*. São Paulo: Thomsom
- Granello, D. H. (2010). A Suicide Crisis Intervention Model with 25 Practical Strategies for Implementation. *Journal of Mental Health Counseling*; Jul 2010; 32, 3; ProQuest pg. 218
- Greenstone, J. L. (2005). *The elements of police hostage and crisis negotiations: critical incidents and how to respond to them*. New York: The Haworth Press.
- Halderman, B. L., Eyman, J. R., Kerner, L. & Schlacks, B. (2009). A Paradigm for the Telephonic Assessment of Suicidal Ideation. *Suicide & Life - Threatening Behavior*; 39, 6; Academic Research Library pg. 639
- Hancerli, S. (2008). *Negotiation, communication and decision strategies used by hostage/Crisis negotiators*. ProQuest Dissertations and Theses: 2008; ProQuest
- James, R. K. (2008). *Crisis Intervention Strategies*. 6ª edição. Belmont, USA: Editora: Brooks/Cole.
- Johnson, M. (2006). *The Meaning of the Body*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kalafat J., Gould, M. S., Munfakh, J. L. H. & Kleinman, M. (2007a). An Evaluation of Crisis Hotline Outcomes: Part 1: Nonsuicidal Crisis Callers. *Suicide & Life - Threatening Behavior*; Academic Research Library, pg. 322.
- Kalafat J., Gould, M. S., Munfakh, J. L. H. & Kleinman, M. (2007b). An Evaluation of Crisis Hotline Outcomes: Part 2: Suicidal Callers. *Suicide & Life - Threatening Behavior*; Academic Research Library, pg. 338.
- Kitchener, B. A. & Jorm, A. F. (2002a) Mental health first aid training for the public: evaluation of effects on knowledge, attitudes and helping behavior. *BMC Psychiatry* 2002, 2:10 doi:10.1186/1471-244X-2-10

- Kitchener, B. A. & Jorm, A. F. (2002b) *Mental Health First Aid Manual*. ORYGEN Research Centre, University of Melbourne.
- Lanceley, F. J. (2003). *On-scene guide for crisis negotiators*. Flórida, EUA: CRC Press LCC.
- Li, M., Tost, L. P., & Wade-Benzoni, K. 2007. The dynamic interaction of context and negotiator effects: A review and commentary on current and emerging areas in negotiation. *International Journal of Conflict Management*; 2007; 18, 3/4; ProQuest. pg. 222
- McMains, M. J. & Mullins, W. C. (2010). *Crisis Negotiations: Managing Critical Incidents and Hostage Situations in Law Enforcement and Corrections*. Quarta Edição. New Providence, EUA: Matthew Bender & Company Inc.
- Mishara, B. L., Chagnon, F., Daigle, M. & Balan, B. (2007). Which Helper Behaviors and Intervention Styles are Related to Better Short-Term Outcomes in Telephone Crisis Intervention? Results from a silent monitoring study of calls to the U.S. 1-800-SUICIDE network. *Suicide & Life - Threatening Behavior*; Jun 2007; 37, 3; Academic Research Library, pg. 308
- Noesner, G. W. (1999). Negotiation concepts for commanders. *FBI Law Enforcement Bulletin*; Jan 1999; 68, 1; ProQuest pg. 6
- O'Carroll, P. W., Berman, A. L., Maris, R. W., Moscicki, E. K., Tanney, B. L., & Silverman, M. M. (1996). Beyond the Tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide & Life - Threatening Behavior*, 26, 237-252.
- OMS - Organização Mundial de Saúde (2000). *Preventing suicide: a resource for general physicians*. Genebra. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/media/en/56.pdf> acessado em 17/01/2011
- OMS - Organização Mundial de Saúde (2009). *Preventing Suicide: a resource for police, firefighters and other first line responders*. Genebra.
- Paes, M. R., Borba, L. O., Brusamarello, T., Guimarães, A. N. & Maftum, M. A. (2009). Contenção física em hospital psiquiátrico e a prática da enfermagem. *Revista Enfermagem. UERJ*, Rio de Janeiro, 2009 out/dez; 17(4):479-84.
- Prieto, D & Tavares, M (2005). Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: incidência, estressores e transtornos mentais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54(2), 146-154
- Rihmer & Rutz, 2009. Treatment of attempted suicide and suicidal patients in primary care. In Wasserman & Wasserman, 2009. *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*. Oxford University Press, USA.
- Roberts, A. R. (2005). *Crisis Intervention Handbook – Assessment, Treatment and Research*. Terceira edição. New York: Oxford University Press.

- Robinson, R. J., Lewicki, R. J & Donahue, E. M. (2000). Extending and testing a five factor model of ethical and unethical bargaining tactics: Introducing the SINS scale. *Journal of Organizational Behavior*, Vol. 21, No. 6, pp. 649-664
- Silverman, M. M. (2007) In This Issue. *Suicide & Life - Threatening Behavior*; 37, 3; Academic Research Library. pg. III
- Spicer, R. S. & Miller, T. R. (2000). Suicide Acts in 8 States: Incidence and Case Fatality Rates by Demographics and Method. *American Journal of Public Health*. Vol. 90, No. 12
- Stein, D. M.; Lambert, M. J. (1984). Telephone counseling and crisis intervention: A review. *American Journal of Community Psychology*, vol. 12, Nº 1
- Sterian, A. 2001. *Emergências Psiquiátricas: uma abordagem psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo
- Strentz, T. (2006). *Psychological Aspects of Crisis Negotiation*. Flórida, EUA: CRC Press LCC.
- Tavares, M. (no prelo). *O conceito de crise na clínica da intervenção em crise*.
- Tavares, M., Montenegro, B., & Prieto, D. (2004). Modelos de prevenção do suicídio: princípios e estratégias. In: Maluschke, G., Bucher-Maluschke, J., & Hermanns, K. *Direitos Humanos e violência: desabafos da ciência e da prática*. Fortaleza: Konrad Adenauer; 2004. p. 231-257.
- Van der Schalk, J., Beersma, B., Van Kleef, G. A. & De Dreu, C. K. W. 2010. The more (complex), the better? The influence of epistemic motivation on integrative bargaining in complex negotiation. *European Journal of Social Psychology* 40. 2 (Mar 2010): 355-365.
- Vaz, S. & Tavares, M. (2010). *Tentativas de Suicídio Clinicamente Graves e Método de Rorschach*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura. Universidade de Brasília.
- Wasserman D, (2001) *Suicide: An Unnecessary Death*. London: Martin Dunitz.
- Welch, S. S. (2001) A review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population. *Psychiatric services*. Março 2001. Vol. 52. Numero 3
- Wenzel, A., Brown, G. K., Beck, A. T. (2010). *Terapia cognitivo-comportamental para pacientes suicidas*. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- Werlang, B. G. & Botega, J. N. (2004). *Comportamento Suicida*. Porto Alegre: Artmed.
- Wood, F. R. (2008). *Relational communication in negotiation interaction*. ProQuest Dissertations and Theses: 2008; ProQuest

ARTIGO II:
**A EXPERIÊNCIA DE BOMBEIROS NO PRIMEIRO
SOCORRO DA TENTATIVA DE AUTOEXTERMÍNIO**

RESUMO

O comportamento de autoextermínio é considerado como um grave problema de saúde pública nacional e internacionalmente. Os profissionais que fazem o primeiro socorro no caso de problemas em saúde mental são policiais, bombeiros e outros profissionais que não são treinados adequadamente na identificação de sinais e sintomas de transtornos mentais e, por consequência, podem não saber qual a ação mais apropriada no que concerne ao comportamento suicida. O objetivo deste artigo é descrever, pela experiência profissional do bombeiro, como se caracteriza a prática do primeiro socorro na tentativa de suicídio. Realizou-se entrevistas com 15 bombeiros e os resultados indicam práticas relacionadas às fases desse socorro, desde o momento do acionamento do salvamento até o encaminhamento do paciente em crise para a rede de saúde. Contudo, devido ao fato dessa ação ser imprevisível, muitas decisões são tomadas na cena onde acontece a tentativa de suicídio. É possível afirmar que as concepções do bombeiro sobre a sua atuação, bem como as reações emocionais relativas ao ato suicida podem afetar o socorro prestado. A análise dos dados sugere que, apesar de grande segurança nas habilidades de contenção física, há necessidade, para o socorrista, de treinamento em estratégias de negociação com o indivíduo em crise suicida.

Palavras-chave: primeiro socorro, suicídio, tentativa de suicídio, emergência, intervenção em crise.

ABSTRACT

The behavior of suicide is considered a serious public health problem, both nationally and internationally. Professionals who do first aid in case of problems in mental health are police officers, firefighters and other professionals who are not adequately trained in identifying signs and symptoms of mental disorders and therefore may not know the most appropriate action in what concerns the suicidal behavior. The purpose of this article is to describe how to characterize the practice of first aid in a suicide attempt by the experience of the firefighter. Interviews were conducted with 15 firefighters and the results indicate practices related to the phases of rescue, from the moment of activation of the rescue until referring patients in crisis for the health network. However, due to the fact that action is unpredictable, many decisions are taken at the scene where a suicide attempt happens. We can say that the conceptions of the firefighter about his performance, as well as emotional reactions related to suicidal act may affect the rescue provided. Data analysis suggests that, despite great security skills of physical contention by rescuers, there is a need for training in negotiation strategies with the individual in suicidal crisis.

Keywords: first aid, suicide, suicide attempt, emergency, crisis intervention.

A EXPERIÊNCIA DE BOMBEIROS NO PRIMEIRO SOCORRO DA TENTATIVA DE AUTOEXTERMÍNIO

O comportamento de autoextermínio tem sido considerado como um grave problema de saúde pública internacionalmente pelo aumento dos casos de suicídio e danos sociais associados (OMS, 2000; Pietro & Tavares, 2005; Vaz & Tavares, 2010). Os dados relacionados ao suicídio consumado são reconhecidamente subestimados, embora sejam mais precisos do que os que dizem respeito às tentativas de autoextermínio (TAE) (Quental, 2008; Werlang & Botega, 2004).

A política pública brasileira criada para enfrentamento dessa situação considera o suicídio um grave problema de saúde pública também em território brasileiro, que afeta toda a sociedade e que pode ser prevenido. Essa política refere-se à portaria nº 1.876 de 14 de agosto de 2006, que cria as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio e que ressalta a “necessidade de organizar uma rede de atenção à saúde que garanta uma linha de cuidados integrais no manejo dos casos de tentativas de suicídio”. Ela propõe que sejam desenvolvidos projetos estratégicos efetivos e de qualidade na intervenção dos casos de TAE com vistas a reduzir o dano do agravo e melhorar o acesso dos pacientes ao atendimento especializado.

Como um problema de saúde pública, muitas instâncias sociais, como a rede de saúde e segurança, interagem para atuar em uma TAE. Muitos desses serviços possuem pouco treinamento no cuidado e intervenção de emergências psiquiátricas. Os profissionais que fazem a primeira intervenção no caso de problemas em saúde mental e emocional são, muitas vezes, policiais, bombeiros e outros serviços que não são treinados adequadamente na identificação de sinais e sintomas de transtornos mentais e, por consequência, podem não saber qual a ação mais apropriada no que concerne ao

comportamento suicida (OMS, 2009). Sendo assim, sua atuação diante dessa crise fica comprometida quando precisam atuar além das habituais técnicas que envolvem habilidades físicas.

Portela & Tavares (2012) indicam que o primeiro socorro na TAE define-se como:

[...] uma ação urgente e diretiva, presencial ou virtual, que implica uma contenção emergencial, de natureza emocional e/ou física, em situações de risco de morte por suicídio, a fim de conduzir o indivíduo para o tratamento mais adequado, transportado em condição de segurança e dando suporte à vida (Portela & Tavares, 2012).

Esses autores ressaltam a necessidade de treinamento adequado e articulação dessa ação inicial com uma rede de serviços, como por exemplo, na área da saúde e segurança da comunidade. Afirmam que do socorrista é demandado um repertório de habilidades táticas tanto físicas quanto de negociação, que sejam dirigidas à resolução dessa crise de natureza aguda. Um ponto enfatizado nessa revisão refere-se à grande responsabilidade colocada sobre e admitida pelo socorrista para que tenha o conhecimento sobre as condições que influenciam a utilização das estratégias adequadas e na capacidade de antecipar-se nessa atuação (Portela & Tavares, 2012). Portanto, devido à escassez de estudos sobre o tema, este estudo propõe-se como uma aplicação consequente daquela revisão.

Atualmente, os profissionais do Corpo de Bombeiros Militar são acionados imediatamente quando há necessidade de intervenção no caso de tentativas de autoextermínio na comunidade do Distrito Federal. Eles utilizam o Procedimento Operacional Padrão (POP) para atendimento de pacientes psiquiátricos (Anexo C). Esse

POP menciona o suicídio, mas não oferece informações nem considerações sobre condutas adequadas para o manejo e intervenção específicos na TAE.

Antes de aperfeiçoar modelos de intervenção, é preciso conhecer o contexto e a atuação profissional existente diante da TAE. Esse estudo exploratório atende a necessidade de identificar as decisões e estratégias adotadas nessa primeira abordagem do indivíduo em crise de autoextermínio. Isso é fundamental para propor ações efetivas, possivelmente em forma de protocolo ou modelos de intervenção. Tal protocolo específico poderia ser uma ferramenta para capacitação de quem lida diretamente com o problema.

Assim, o objetivo deste artigo é descrever como se caracteriza o primeiro socorro na TAE, na experiência do Corpo de Bombeiros do Distrito Federal – CBMDF, por uma análise dos relatos desses profissionais que tiveram em seu percurso a ocorrência desse tipo de socorro. O foco é tanto a identificação das estratégias úteis a esse primeiro socorro quanto uma reflexão sobre a experiência subjetiva no exercício desse atendimento. Por isso, interessa-nos também investigar como as concepções do bombeiro relativas ao suicídio influenciam no socorro que prestam na TAE e de que forma as emoções presentes na interação com o indivíduo suicida interferem nessa ação. Portanto, este estudo visa o detalhamento dessas informações, orientado pelas seguintes questões: Como se caracteriza o serviço de atendimento dos bombeiros no DF aos indivíduos na ocorrência de uma TAE? Como eles percebem o trabalho que fazem? Quais são as dificuldades associadas a esse tipo de intervenção?

MÉTODOS

Essa pesquisa, de característica exploratória e qualitativa, se inscreve na modalidade de estudo de caso (Minayo, 2010). Essa modalidade tornou-se útil ao

proporcionar estratégias para a descrição de um processo ou um evento, e possibilita analisar o contexto e as percepções sobre a situação, sem a meta de generalização para esta ou outras instituições que realizam o primeiro socorro na TAE (Creswell, 2010; Bell, 2008). A expectativa é construir bases empíricas para compor um roteiro de pesquisa mais estruturado sobre o tema. Esse estudo foi autorizado pelo CBMDF e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília - UnB.

A instituição onde ocorreu a coleta de dados foi o Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal - CBMDF, órgão vinculado à Secretaria de Estado de Segurança Pública do Distrito Federal, responsável por "executar ações de busca e salvamento de pessoas e seus bens" (Câmara Legislativa do Distrito Federal, 1993).

A seleção de participantes para a entrevista foi feita pelo comando do CBMDF. O critério demandado para a participação na pesquisa foi ter realizado pelo menos uma intervenção no primeiro socorro da TAE. Entre 15 indicados, treze entrevistados foram de cinco batalhões do CBMDF. Além do CBMDF, foi realizada uma entrevista que contou com a participação de dois bombeiros que estavam de plantão na Central Integrada de Atendimento e Despacho (CIADE) da Secretaria de Estado de Segurança Pública do Distrito Federal, a fim de identificar a tomada de decisão e estratégias utilizadas ao telefone, quando no acionamento do serviço de emergência para a TAE. Os 15 bombeiros indicados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e então participaram da entrevista semiestruturada. As entrevistas foram gravadas em áudio e realizadas nas dependências do CBMDF e da CIADE.

O perfil dos bombeiros participantes apresentou as seguintes características gerais: Sexo: 14 homens e 1 mulher; Idade: de 23 a 43 anos, média de 35 anos (Desvio-Padrão=6,3); Tempo de trabalho no CBMDF: de 3 a 24 anos, média de 14,93 anos

(DP=6,2); Experiência no atendimento a TAE: de 1 a “mais de vinte” atendimentos à TAE, segundo relato dos participantes, com média aproximada de 7 ocorrências por entrevistado.

Por tratar-se de um estudo exploratório, a entrevista semiestruturada (Minayo, 2010) foi o instrumento utilizado para avaliar os tópicos da pesquisa: acionamento do CBMDF no primeiro socorro da TAE; ações de socorro na TAE; concepções que intervêm no primeiro socorro; emoções suscitadas pelo primeiro socorro da TAE; dificuldades e problemas a uma ação efetiva nessa crise; e necessidades/carências para esse tipo de atendimento (Anexo B). O foco da entrevista incidiu sobre a experiência e os elementos de intervenção e interação presentes na abordagem do indivíduo em tentativa de suicídio pelo profissional do Corpo de Bombeiros. O tempo médio de realização das entrevistas foi de 21 minutos.

A realização das entrevistas ocorreu no espaço de um mês e meio, segundo a disponibilidade dos participantes, e foram realizadas por um único pesquisador, nas próprias dependências dos quartéis. O roteiro adotado para a realização das entrevistas obedeceu a seguinte sequência: 1) informações iniciais (apresentação do pesquisador e objetivos da pesquisa); 2) apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e solicitação da assinatura como anuência para participação na pesquisa e para gravação da entrevista em arquivo de áudio; e 3) introdução das questões centrais da pesquisa. Os arquivos em áudio do conteúdo das entrevistas foram transcritos e, posteriormente, apagados, como previsto no termo de consentimento.

Quanto à análise dos dados, após a transcrição das entrevistas procedeu-se o tratamento dos mesmos com o software ATLAS-ti 7 como suporte para a base da análise de conteúdo (Bardin, 1977/2010) referentes à atividade de atendimento no primeiro socorro à TAE. O objetivo foi identificar categorias, em núcleos de sentido,

presentes na fala dos entrevistados, com a finalidade de produzir inferências pelos indicadores e, assim, atender aos objetivos do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A primeira pergunta foi proposta no sentido de apreender as experiências dos bombeiros no primeiro socorro na TAE: “*Você poderia me contar suas experiências no atendimento do indivíduo em crise suicida?*”. O objetivo foi identificar as estratégias e tomadas de decisão no contato com o indivíduo em crise suicida desde o acionamento do CBMDF na CIADE até o encaminhamento para a rede de saúde. Dessa pergunta foi possível, também, extrair alguns casos nos quais os entrevistados realizaram o primeiro socorro na TAE. Apresentaremos primeiro o quadro geral dos casos relatados de primeiro socorro na TAE, seguido dos resultados da análise de conteúdo que estão reunidos em seis categorias, relacionadas aos tópicos de investigação que fundamentam o instrumento.

Quadro geral dos casos relatados de primeiro socorro na TAE

Os 15 entrevistados relataram 25 casos onde participaram no primeiro socorro na TAE. Os dados gerais sobre esses casos mostram que 17 deles foram TAEs realizadas por homens e 8 por mulheres; houve 22 ocorrências de primeiro socorro no momento de TAE e 3 casos em que a chegada dos bombeiros ocorreu após o indivíduo ter consumado o suicídio. Os métodos de suicídio extraídos do relato desses casos foram: salto de lugares altos (n=14), dos quais um foi associado à sufocação e afogamento no mesmo evento; cortes no corpo com instrumento (n= 4); enforcamento/sufocação (n=1); afogamento (n=1); queimadura (n=1); arma de fogo (n=1); jogar-se de frente a veículo em movimento (n=1); e casos não especificados (n=2).

Os problemas que incitaram à TAE presentes nos casos referem-se, em sua maioria, a problemas de relacionamento familiar (n=6) e conjugal (n=4). Outros problemas expostos (com ocorrência n=1) foram: perdas familiares e financeiras; desemprego; não aceitação familiar da própria orientação sexual; transtorno mental; abuso de substâncias; descoberta de ser soropositiva; e ser abandonado em cerimônia de casamento. Os fatores de risco, quando espontaneamente expostos nos casos de TAE relatados, foram: histórico de TAEs anteriores, abuso de substâncias psicoativas e presença de transtorno mental.

As estratégias evidentes nos casos narrados foram a negociação (n=12) e contenção física (n=10). Contudo, em alguns casos (n=2), houve a associação explícita de ambas estratégias na mesma ação de socorro. Outras estratégias incluídas nos relatos foram o salvamento aquático e técnicas de reanimação. Por fim, a maioria dos casos relatados teve desfecho positivo, sendo que apenas as ações onde a chegada dos bombeiros deu-se após algum tempo da TAE realizada (n=3) é que houve a constatação de morte.

Categorias de Análise

A seguir estão expostos os resultados obtidos e a discussão sobre as seis categorias de análise.

O Acionamento

Os bombeiros do Distrito Federal são acionados para o socorro através da CIADE, pelo número telefônico 193. Os atendentes da CIADE são bombeiros, policiais e civis de nível médio, todos treinados para esta atividade. Dois bombeiros de plantão foram entrevistados no local. O objetivo de incluir bombeiros da CIADE na pesquisa foi identificar o curso de ação institucional no primeiro socorro à TAE no acionamento do

CBMDF por uma chamada telefônica. Esses bombeiros afirmaram: “*Geralmente não é o indivíduo em crise que liga para a emergência. Muitas vezes são os familiares ou um amigo ou uma pessoa que está passando na hora*”. Portanto, é pouco frequente, na CIADE, a intervenção pelo telefone com o indivíduo em crise. No relato dos demais bombeiros entrevistados, que não trabalham na CIADE, confirmamos essa afirmação:

[...] a comunidade que viu ele lá em cima, dizendo que ia saltar [...] Aí chamaram o bombeiro”.

A própria família dele (nos chamou).

Os bombeiros na CIADE enfatizaram que apenas algumas ocorrências de TAE entram em contato com o CBMDF: “*Importante falar que nem toda tentativa liga pra gente*”. Na CIADE pode haver o despacho das chamadas telefônicas para outros segmentos de segurança, como a polícia, ou de saúde, como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Quando algum indivíduo entra em contato com o CBMDF, a ação nessa instância do atendimento caracteriza-se por: a) “*tentar acalmar a pessoa em crise, conversando com ela*”; b) “*saber a localização*” do indivíduo em TAE; e c) “*saber se tem alguém por perto*” dele. Ao fim da entrevista, ressaltaram que apenas enviam “*uma viatura se a pessoa persistir na ideia de se matar*”.

Os bombeiros na CIADE relataram duas principais dificuldades. A primeira se refere à ausência de campo específico para registro das ocorrências de TAE que tornam os dados imprecisos e não indicativos da magnitude do comportamento suicida no DF. Fleischmann et al (2005) discutem o prejuízo da falta de qualidade e padrão no registro das informações sobre a TAE para o desenvolvimento e a avaliação de serviços que tratam a crise suicida. Essa preocupação com o campo para registro, como é possível notar nos dados da entrevista, ocupa o plano principal na demanda dos entrevistados.

Outra dificuldade relatada se refere à quantidade de trotes nas ligações. Relataram, ao final da entrevista, que em 2011, até o dia 8 de dezembro, houve 1104

chamadas telefônicas por TAE no DF, atendidas na CIADE, das quais 54 foram chamadas de suicídio consumado (fonte: CIADE), o que demonstra que há uma taxa de três chamadas por dia a respeito de TAE ou suicídio consumado no DF. Pode-se entender que esses trotes criam transtornos para o atendimento dos casos reais de risco.

Apesar de relatadas de forma pouco específica e com baixa ocorrência pelos entrevistados, as estratégias dos bombeiros na CIADE se coadunam com o que é apresentado por James (2008) como diretrizes para a intervenção em crise por telefone. No entanto, esse autor enfatiza a necessidade de definir o problema de forma clara e buscar, por meio de perguntas, o histórico da crise já nesse primeiro contato. É frequente, tanto na literatura quanto nas falas dos socorristas na CIADE, a preocupação com a obtenção de informações sobre a situação de TAE de forma precisa e objetiva, tanto quanto possível (McMains & Mullins, 2001; James, 2008; Roberts, 2005; Lanceley, 2003), pois o planejamento da ação depende disso.

É importante também considerar que a chamada atendida por um bombeiro, que já esteve na realização de resgate e salvamento nas ruas, deveria aumentar a qualidade desse primeiro atendimento e o entendimento das necessidades de precisão para o repasse das informações para as equipes de salvamento. É admissível, entretanto, que a quantidade e o fluxo de atendimento na CIADE não favoreçam que as chamadas sobre TAE sejam encaminhadas exclusivamente para os bombeiros de plantão (ao supor que seriam tanto os primeiros quanto os mais capacitados a atender essas chamadas). Assim, é possível conjecturar que a qualidade do planejamento e, por consequência das estratégias, pode ficar menos precisa se o atendente não compartilhar da experiência das equipes de ação tática.

É imprescindível ressaltar o risco de enviar uma viatura de socorro apenas se o indivíduo em crise “*persistir na ideia de se matar*”. O despacho de uma equipe de

forma imediata para averiguar a ocorrência pode favorecer o salvamento, minimizando o risco de morte, mesmo que a avaliação cuidadosa do risco possa indicar que o despacho da viatura seja desnecessário (McMains & Mullins, 2001). Essa ação imediata privilegiaria a proteção face ao risco, enquanto uma decisão ponderada não for possível, pois, em uma situação urgente como essa, há mais incidência de atitudes impulsivas que compõem o risco na crise suicida e podem impedir uma atitude persistente a favor da vida (Greenstone, 2005; Lanceley, 2003). A retenção do envio de uma viatura pode parecer justificada tendo em vista os trotes telefônicos ou mesmo uma crença de economia de gastos institucionais, entretanto, é uma atitude que, de qualquer maneira, acentua as condições a favor do risco de suicídio.

Ainda nesse sentido, outra questão importante a ser discutida é sobre quais seriam os parâmetros de despacho das viaturas. Apreende-se, pelo relato desses bombeiros, que estes parâmetros não são nem compartilhados, nem conscientes, nem consistentes. A consequência é o prejuízo na comunicação com a rede de cuidados e na prestação do socorro aos mais necessitados, podendo aumentar os riscos ou provocando frustrações que se configuram como uma forma de desassistência.

Ações de socorro na TAE

Buscando identificar as estratégias consequentes ao acionamento na CIADE, foi perguntado também aos demais entrevistados: *Geralmente, o que vocês têm que fazer no atendimento a uma crise de suicídio?* Os dados possibilitaram a identificação de dois eixos-temáticos relacionados entre si: a sequência e as estratégias para o primeiro socorro na TAE.

A **sequência de atuação** no primeiro socorro na TAE, revelada pelo relato dos entrevistados, pode ser organizada em seis tópicos: deslocamento; aproximação;

avaliação; negociação; contenção física; e encaminhamento. Entretanto, a contenção e negociação estarão condicionadas à utilidade na situação específica de TAE, caso a caso. Assim, as estratégias do primeiro socorro tornam-se úteis e adequadas de acordo com cada ocasião dessa sequência.

Os dados revelam que o **deslocamento** para o local da TAE pode ser feito por viatura e, se necessário, ambulância ou outra equipe do CBMDF especializada. Greenstone (2005) defende, como uma oportunidade estratégica, o planejamento antecipado das ações pela equipe dos bombeiros enviados à ocorrência durante o deslocamento. Os bombeiros relatam diversas situações de planejamento desse tipo durante o deslocamento. Ao planejar, eles procuram dividir as tarefas por integrantes ou partes da equipe de resgate e salvamento, buscando prever procedimentos úteis e necessidades ao socorro, baseados nas informações recebidas da CIADE. Basicamente, um bombeiro torna-se encarregado de negociar com o indivíduo em crise e os outros serão responsáveis pelas outras ações, como a contenção física, isolamento e verificação da cena. Verbalizações representativas do que é feito nesse momento e da presença de trabalho em equipe são:

Primeiramente, quando a CIADE nos passa a informação, é saber se a pessoa está fazendo uso de qualquer tipo de armamento, arma de fogo, arma branca... se a pessoa ingere ou ingeriu algum medicamento específico ou controlado.

Mas eu nunca fiquei nesse ponto de negociar com o suicida. Sempre fui mais da parte de abordar o suicida, na equipe de abordagem do suicida.

Na **aproximação** da situação feita pelo bombeiro, o domínio da cena onde acontece a TAE é ressaltado por todos os entrevistados. Eles relatam que buscam “ficar atentos” aos detalhes da situação que possam ajudar ou prejudicar o socorro. A maioria relata que a chegada ao local deve ser, por exemplo, “com sirene desligada”, mantendo um ou poucos profissionais no campo de visão do indivíduo em crise e que o contato

inicial com o indivíduo deve ser realizado com cautela e sem movimentos bruscos. Deve ocorrer, também, o isolamento do local de curiosos e mesmo de familiares que possam prejudicar a ação, o que indica a necessidade de manter o trabalho em equipe durante toda ocorrência. Falas representativas do que ocorre na aproximação são:

O protocolo diz que quando estiver próximo do local, desliga tudo pra não chamar a atenção. Estabelecimento de viatura nunca visível da pessoa que está tentando o suicídio. Isolamento do local, tirar aquelas pessoas que ficam gritando: “Pula, Pula!” que ficam atrapalhando. Não colocar uma quantidade grande de bombeiros na visão do paciente pra ele não se sentir acuado. Dependendo do local que ele tá, a forma de abordagem com cautela, lento, sem movimentos bruscos pra não assustar...

Chegou, uma avaliação da cena, tudo o que oferece socorro pra nós ou dificuldade naquele socorro. [...] quando se refere à segurança da cena, eu tenho que ter uma precisão. Depois que eu tenho essa precisão, aí sim, eu vou ter contato com o paciente.

As atividades relatadas pelos bombeiros indicam que a **avaliação** da cena e do indivíduo ocorre durante toda a intervenção, desde o deslocamento, em consonância com Greenstone (2005) e Lanceley (2003). Contudo, depois das estratégias na aproximação ocorre um momento em que o aprofundamento do conhecimento sobre a cena e sobre o problema do indivíduo se torna mais focado e sistemático. Nesse momento, os entrevistados relatam obter informações importantes com os familiares ou com quem presencia o evento. Quando o socorrista mantém-se atento aos desdobramentos na situação pode utilizar as novas informações na dinâmica do processo de intervenção e propor estratégias adequadas que variam segundo o método de suicídio, as condições ambientais onde a TAE ocorre e segundo as condições mentais e de comportamento apresentadas pelo indivíduo em crise (McMains & Mullins, 2001; Strentz, 2006). Um excerto de um entrevistado demonstra a presença de processos de avaliação do caso:

Primeiro você tem que saber com o que você está lidando. Qual é o fator que desencadeou aquela atitude. Saber quem é a pessoa. Saber se é um paciente psiquiátrico. Se está num momento só de crise, se já tem histórico.

Apesar dos entrevistados relatarem, em sua maioria (n=12), o mesmo padrão de sequência de atuação, alguns (n=7) enfatizaram a oportunidade para a flexibilização do que pode ser feito. Duas falas representativas são:

A ação vai ser definida de acordo com o cenário que você tem. E com o tipo de paciente que você tem.

Nós temos uma técnica, mas cada ocorrência é diferente, com um detalhe diferente.

Essa flexibilidade na implementação das estratégias pode ser útil ao socorrista, visto que o atendimento a uma crise suicida é uma situação bastante imprevisível (Roberts, 2005; McMains & Mullins, 2010). Para propor ou revisar um protocolo de ação, é preciso considerar as nuances particulares de cada situação, pois as condições, atores e a relação nunca serão repetidos nas demais experiências de primeiro socorro da TAE. Porém, estar ciente da variação constante dessas condições, exige mais iniciativa e criatividade nas ações do profissional, o que eleva mais o nível de tensão sobre seu próprio desempenho.

Até agora avaliamos o acionamento, o deslocamento, a aproximação e a avaliação. A ocasião para uma tentativa de uma interação verbal com o indivíduo em crise, segundo relatos, surge após a avaliação da situação e a verificação da segurança de todos os envolvidos. Nesta interação, verifica-se a possibilidade de negociação. Em seguida, se necessário, iniciam técnicas para contenção física do indivíduo em crise suicida e, no final da sequência de ação, procedem o encaminhamento para o hospital.

Estes três primeiros tópicos da sequência de ação – deslocamento, aproximação e avaliação – foram expostos de forma generalizada, com rara variação e com pouca

discordância entre os entrevistados, pois afirmaram a mesma rotina. Apresentar o que é feito em uma sequência cria condições de uma visualização de processo e propicia uma orientação para formulações protocolares futuras.

Os entrevistados colocaram maior ênfase nas estratégias utilizadas no primeiro socorro à TAE que remetem à negociação e à contenção física. Uma fala dos entrevistados que explicita esse fato é: “*A gente divide em duas ações. Uma de tentar dissuadir [a pessoa] daquilo e a outra é ir por trás, escondido. Se a primeira não der certo, já parte pra segunda. Mas a ideia é sempre salvar a vida*”. Por isso, será colocada em destaque a apresentação e discussão de como os entrevistados efetuam essas estratégias.

A **negociação** como estratégia no primeiro socorro da TAE foi citada por todos os entrevistados. Contudo, sua ênfase e propósito variaram em alguns casos. No geral, as estratégias concernentes a esse eixo-temático foram: a) utilização de um membro da equipe para interação com o indivíduo em crise; b) estabelecimento de *rapport*, com demonstração de tranquilidade e confiança; c) utilização de perguntas abertas na aproximação com objetivo de entender as razões para o suicídio; d) conversa persuasiva, sem promessas nem mentiras; e) reenquadre e questionamento empático de crenças disfuncionais; f) resolução de problemas; e g) inclusão de pessoas com bom vínculo com o indivíduo. Constata-se, dessas falas, que essas estratégias muitas vezes ocorrem de forma sobreposta e concomitante. As falas representativas das estratégias na interação verbal em negociação são:

A partir do momento que você deixa essa pessoa falar e você consegue escutar ali e pegar os detalhes, aí sim, você consegue convencê-la a não fazer.

Eu conversei muito com ela pela porta e fui convencendo, convencendo, que chegou um ponto que eu estava sentado na cama do lado dela, batendo papo com ela.

Quando foi pedido que expusessem o conteúdo dessa interação utilizada nesse socorro, pôde-se averiguar que não há um padrão definido institucionalmente. Um entrevistado fez a seguinte afirmação: “*Não existe nenhuma instrução. O que a gente sabe é um bisu¹ que a gente pega com um e outro, mas somente o básico*”. As verbalizações representativas do conteúdo da interação com o indivíduo em TAE foram:

A gente foi falando coisas sobre a vida, que não valia a pena morrer, que a AIDS não tinha cura, mas tinha tratamento, que ela podia viver normalmente... Elogiando que era bonita, que era nova, que tinha muita coisa pela frente.

Falei que estava ali pra ajudá-la e que não pra agravar a situação dela. Pedi para ela contar o que tinha acontecido. Aí ela começou a contar e você se prende a um detalhe que ela contou.

Eu falei que por mais que ele tivesse passando por algum problema, alguma coisa grave, que nada justificava de acabar com a vida dele.

Aí quando a gente começa a conversar, só fala de coisa boa, incentiva a viver, mostra o lado bom da vida, aí eles vão cedendo e abre.

Eles têm muito medo de que vão presos e a gente tenta não falar isso. Que eles não vão presos, mas pro hospital conversar com um profissional pra saber o motivo real.

As experiências compartilhadas entre os bombeiros para realização da negociação têm desempenhado, como vemos nos dados obtidos, papel importante na atuação pela falta de treinamento específico para a interação com o suicida. Os dados revelam que a maioria vê a negociação como tática importante, mesmo que não sejam treinados para implementá-la. Apesar da maioria dos entrevistados (n=12) afirmar a prioridade da negociação no primeiro socorro à TAE, muitos (n=7) dos entrevistados, quando verbalizam o que realmente fazem, colocam a negociação em segundo plano e se concentram em processos de contenção física.

Uma possível explicação para essa divergência talvez esteja no fato de não serem treinados em habilidades de negociação, o que torna até mesmo arriscado

¹ Nota: *bisu é uma gíria utilizada com o mesmo sentido de “dica”

concentrar-se mais nessa estratégia do que nas habilidades táticas físico-corporais nas quais estão habituados e constantemente treinados. A este respeito, observou-se, em suas falas, a experiência de tensão e desejo de concluir a intervenção, garantindo precocemente a segurança do indivíduo em crise, e encerrando o tumulto a ele associado. Um exemplo dessa fala foi:

[...]a gente fica apreensivo querendo o fim daquilo logo.

E por último, pode-se pensar que a priorização da negociação sobre a contenção, enquanto as falas sobre a prática enfatizam a contenção, tenha sido derivada da influência do pesquisador-psicólogo no sentido de corresponder a uma expectativa desse tipo de pesquisador em resolver uma crise suicida pela comunicação. Neste caso, seria possível que, entre eles, a contenção seja de fato priorizada.

Quanto ao conteúdo das interações verbais, verificaram-se excertos que questionam as crenças do indivíduo em crise que o levam à ideação suicida. Pelo reenquadre, apoio e questionamento empático de crenças disfuncionais, os entrevistados podem alcançar a rendição pelo convencimento de outras alternativas para os problemas (Roberts, 2005; McMains & Mullins, 2010; Wenzel, Beck & Brown, 2010; Dattilio, 2004), favorecendo o salvamento e resgate do indivíduo em TAE. Nota-se, pelos relatos, que todas as estratégias na interação verbal são realizadas sem parâmetros sistematizados e validados pela pesquisa da área, tais como em Wood (2008) e Hancerli (2008). Apesar de haver verbalizações de apoio (“*Ver o que aconteceu e o que a gente pode fazer pra melhorar aquela situação*”), há raras ocasiões onde um tom confrontativo e de desqualificação da intenção de morrer esteve manifesto (“*perguntava: você quer morrer mesmo? Ele dizia: Quero! “Não acredito não*”). De acordo com McMains e Mullins (2010), o confronto inadequado das crenças do

indivíduo em crise, como observado em algumas falas, pode causar resistência e até impossibilitar o salvamento.

Apreende-se pelos depoimentos dos entrevistados que a **contenção física** é considerada no planejamento da ação desde o recebimento da chamada. Consiste, basicamente, em imobilização e amarração do indivíduo em crise. É uma atividade desenvolvida em equipe e sujeita ao contexto no qual ocorre a TAE. Alguns entrevistados nomeiam a contenção física de “*abordagem*” do indivíduo. Nas verbalizações das entrevistas verifica-se que a contenção física é considerada quando a negociação não é possível ou falha, quando há histórico de TAEs anteriores ou quando as condições mentais do indivíduo em crise são precárias. As verbalizações dos entrevistados sobre as condições para a contenção física são:

Lógico, têm aqueles que já estão com abalo psicológico e não respondem pelos atos. Aí é a hora que a gente tem que fazer a contenção mecânica mais pesada

Quando a gente identifica que já tem histórico de tentativa de suicídio, a gente já começa já planejando a contenção.

Para poder conter o indivíduo em crise, os bombeiros fazem uso de algumas técnicas para alcançá-lo, principalmente em altura e no salvamento aquático. São exemplos de técnicas descritas em algumas entrevistas: a descida como rapel; ancoragem em andar superior ao do indivíduo, com *pêndulo lateral*; e *judô aquático*. Comum aos relatos foi a ênfase em: a) ser uma ação rápida; b) surpreendente ao indivíduo em crise; c) feita como trabalho de equipe; e d) visando a segurança do socorrista pelo uso de equipamentos de proteção. Verbalizações representativas da ocorrência dessas técnicas foram:

A gente armou toda a cena, porque iam descer dois de rapel do apartamento de cima e a gente ia fazer a abordagem.

Não deixar o indivíduo notar a ação. Normalmente a gente vai, mas sempre na mesma direção, pra evitar que a pessoa ache que vai ser contida. E a gente começou a conversar com ela [...]

[o bombeiro no papel de negociador] informava pra mim e pro outro companheiro onde é que [o indivíduo em crise] estava na sacada lateral. Nós fizemos a ancoragem onde foi possível fazer a ancoragem em cima e, diferentemente do padrão que é adotado, a gente fez um pêndulo lateral que eu consegui alcançar e agarrar ele e imobilizá-lo.

Eu fico sabendo onde a vítima tá. Ele tenta negociar e, às vezes a vítima: “Que nada! Eu vou pular!” Quando fala que vai pular, ele só balança a cabeça e eu vou e me jogo, entro com as pernas segurando a vítima, dois bombeiros de uma vez.

Como trata-se de uma ação sujeita a variação, a flexibilização do uso de técnicas propicia, em algumas ocorrências, o imprevisto na estratégia. Seis entrevistados citaram ações que podem ser consideradas como não institucionais, mas criativas, com a meta definida de questionar pensamentos de autodestruição e proporcionar uma aproximação que vise uma contenção física. Dos relatos, pode-se extrair as seguintes falas representativas:

O convencimento foi fazer um cheque pra ele, dizendo que ia pagar a dívida dele. Ele concordou e desceu. Quando ele desceu, a gente já tinha um esquema montado. Fizemos a contenção

A negociação tava até indo bem. A gente deu a ideia de dar um copo d'água pra ele descer um pouco mais e poder abordar ele.

Eu já tive um caso que o cara tava na sacada da varanda, pra saltar pelado, dizendo que era Jesus Cristo e que ia voar. Aí eu concordei com ele e pedi pra ele me orientar espiritualmente. Ele desceu da sacada, sentou e começou a me orientar. Aí, quando ele começou a me orientar, os bombeiros vieram e prenderam ele (sic); fizeram a contenção.

No geral, os entrevistados apresentaram mais detalhadamente as especificidades das operações mais táticas e de ordem mais físico-corporais. Com segurança, expuseram o conhecimento de muitas táticas de resgate e salvamento, seja em terra ou na água, com muitos exemplos e conceitos referentes a elas. Pela quantidade de situações e pela constante requisição de suas habilidades físicas, o imprevisto em cena na situação de

risco de suicídio é algo muito comum e brevemente acordado entre a equipe de salvamento. Contudo, há um excerto de uma entrevista onde havia um bombeiro negociando enquanto um outro membro da equipe de “abordagem” surpreendeu a todos e conteve a pessoa em crise, sem uma sinalização para o restante da equipe.

Enfim, os resultados que mais respondem a questão central dizem respeito aos tipos de atividades implementadas no primeiro socorro e foram apresentadas nessa seção de ações no socorro à TAE. Por esses dados, torna-se visível o que é feito seguindo ou além de “protocolos” de ação. As ações são, portanto, diversificadas, incluindo atividades físico-corporais, de equipe ou coletivas e de interação verbal para apoio ou negociação. Nota-se um padrão consistente na fala dos entrevistados sobre as habilidades corporais, o que revela uma expectativa de desempenho esperado pela instituição e nenhum treinamento em habilidades para negociação.

Concepções que intervêm no primeiro socorro

Destacamos três concepções recorrentes nas falas referentes ao que o bombeiro percebe como sua imagem social, como percebe a prioridade de sua ação e como percebe o indivíduo em crise.

Os bombeiros relatam que sua imagem positiva perante a comunidade auxilia em sua intervenção profissional. Em alguns relatos, a farda do bombeiro permitiu que uma relação de ajuda fosse mais rapidamente estabelecida do que comparado à polícia, por exemplo:

A imagem do bombeiro são 80% da operação. Quando alguém vê o bombeiro já pensa no bonzinho, que vai me ajudar, ele não vai me bater, não vai me algemar, não vai me bater com o cassetete. Ele salva vida, então já dá uma acessibilidade maior.

Fardado como bombeiro fica muito mais fácil.

O entendimento do objetivo principal numa ação de primeiro socorro na TAE mais recorrente na fala de todos entrevistados foi salvar, preservar ou resgatar a vida do indivíduo em crise suicida. Ações de surpreender o indivíduo, não perder tempo e ser preciso quanto à segurança são critérios frequentemente observados nos discursos dos entrevistados. Apesar dessa concepção de objetivo ser frequente, as divergências concentram-se quanto às estratégias a serem utilizadas para alcançar esse objetivo. Para alguns entrevistados (n=7), o objetivo e a prioridade nessa ação é conter o indivíduo por imobilização física, muitas vezes utilizando a interação verbal com a intenção de distrair para possibilitar as táticas de contenção. Outros (n=5) expressaram a expectativa de que haja rendição do sujeito apenas pela negociação. Alguns trechos de depoimentos dos bombeiros entrevistados são representativos nessa categoria temática:

Só me preocupei em imobilizá-lo

[...] você tocar no assunto e conversar... tentar entretê-lo o máximo possível pra guarnição conter.

Mais distraindo a atenção dele pra gente chegar o operacional e fazer o socorro.

A ideia principal é que um tente distrair a vítima e os outros dois ou três vão tentar, se essa medida não der certo, já planejar a outra que é a contenção. Tentar impedir mesmo.

Independente do que estou vendo ou percebendo, minha ideia é salvar vida. Não me interessa a que custo.

Outro ponto importante acerca das concepções no atendimento à TAE é a percepção que o profissional faz do indivíduo em crise suicida. Os sujeitos em TAE são mais frequentemente vistos pelos entrevistados como desesperançados, de baixa capacidade de resolução de problemas, frágeis e com descontrole emocional. Em raras exceções, são percebidos como agressivos e ambivalentes. As falas representativas desse eixo-temático foram:

E dava pra perceber claramente que ele não conseguia tratar com esses problemas dele

Como o ser humano é frágil.

[...] a gente chega a uma conclusão que essa pessoa tem que ter um distúrbio muito grande pra tentar saltar de uma altura daquela e por nada, né?

Porque muitas vezes a gente vê que o suicida não quer fazer aquilo

Eu não sei se considero uma fraqueza ou uma coragem muito grande. Porque a pessoa tem que ser muito covarde pra se jogar e tem que ter muita coragem também.

Nessa percepção que o bombeiro tem do indivíduo suicida, pode-se averiguar a presença de mitos sobre o suicídio (Freemouw, Perczel & Ellis, 1990). O mito mais frequente (n=8) foi considerar o suicida como alguém que quer “aparecer”, “chamar atenção para si”. As verbalizações representativas desse tipo de percepção sobre o indivíduo são:

São pessoas que na verdade não estão querendo ceifar a própria vida, mas querendo chamar a atenção.

A grande maioria não quer se matar. Não têm nem noção do que é se matar. Na verdade, o que a vítima pretende é chamar atenção.

Mas a gente imagina assim: “Quando uma pessoa quer se matar, ela se mata”.

Os mitos sobre o suicídio mencionados nas entrevistas (“[ato] covarde”, por exemplo) assemelham-se às concepções leigas sobre o suicídio de acordo com Freemouw, Perczel & Ellis (1990). É aceitável supor que essas premissas leigas sobre o comportamento suicida são reflexo do fato de que o tema ainda é tabu para discussão em meio social. O profissional socorrista carece de informação e treinamento adequados para prevenção do suicídio, pois suas crenças distorcidas podem dificultar ou mesmo atuar contra o socorro.

Essas concepções atuam no primeiro socorro com o poder de influenciar a tomada de decisão e, conseqüentemente, a escolha das estratégias. Por exemplo, se o bombeiro acredita que a contenção física é a prioridade, pouca probabilidade haverá para a negociação, por exemplo. A interpretação que o bombeiro faz da situação do indivíduo pode modificar diretamente sua atitude e capacidade de empatia e prejudicar o salvamento e resgate. Entender a TAE como fingimento ou manipulação pode elicitar raiva no socorrista e, por consequência a retaliação na via contratransferencial, conforme proposto por Ouzouni & Nakakis (2009), Maltzberger & Goldblatt (1996) e Freemouw et al. (1990), podendo levar a desfechos drásticos.

Emoções suscitadas pelo primeiro socorro da TAE

Pela resposta à pergunta: “*O que você sentiu quando atendeu pessoas querendo acabar com a própria vida?*”, pode-se constatar a presença de três eixos-temáticos: a) emoções; b) comparações empáticas e c) sensações resultantes da ação. As emoções mais recorrentes, quando expressas nos relatos foram: a) tensão/ansiedade, na maioria dos relatos (n=10); b) raiva (n=4); c) compaixão (n=2); e d) frustração (n=3). Dois entrevistados relataram que procuram não sentir nada, o que sugere alguma negação (Laplanche & Pontalis, 1998). Os excertos mais representativos do eixo-temático “emoções” foram:

No começo a gente fica apreensivo e não sabe o que vai acontecer né?

Pra mim é uma das ocorrências que mais me causa apreensão, porque a gente sabe que pode chegar lá e a pessoa pode estar na iminência e: “O que eu vou fazer?” ou “Será que a minha argumentação vai conseguir tirar a pessoa daquela tentativa?”.

Não senti nada. Você fica meio nervoso porque o cara não quer ser salvo de jeito nenhum.

Eu procuro não sentir nada. Procuro não só com esse tipo de ocorrência, mas com qualquer outra.

Dois entrevistados relataram que, por empatia e identificação, compararam-se com o indivíduo em crise. As verbalizações sobre essa ocorrência foram:

A gente fatalmente faz um balanço da nossa vida, do quão privilegiado muitas vezes a gente é ou então do: “Nossa, que azar que eu tenho”.

Não me senti muito bem não. Comecei a comparar com minha vida, né?(...) Eu compartilhei da dor dele.

As sensações resultantes da ação, quando bem sucedidas, foram satisfação e alívio. A frustração aparece nos relatos quando o indivíduo mostrava não querer ser salvo, quando havia muitos obstáculos ao atendimento ou quando o evento resultou em morte. As falas representativas sobre essas sensações foram:

[...] quando a gente consegue tirar, foi uma das mais ‘recompensantes’, das que eu já tive na carreira, mesmo sendo uma ocorrência simples, rápida.

Fiquei impressionado com o que aconteceu hoje.

Porque é frustrante. Você vai lá pra salvar e não consegue.

Mesmo que dois entrevistados afirmaram não sentir nada sobre o atendimento a um suicida, no decorrer de suas falas é possível perceber que há um senso de vulnerabilidade ativado confirmado pela “apreensão”, ainda que seja para que “acabe logo”. A falta de preparo para a negociação e avaliação do quadro suscitam, na maioria dos entrevistados, crenças de incapacidade (“O que eu vou fazer?” ou “Será que a minha argumentação vai conseguir tirar a pessoa daquela tentativa?”). Ficar “meio nervoso” ao afirmar, contraditoriamente na sequência, que não sente “nada”, assim como “procuro não sentir nada” são evidências de processos de negação (Laplanche & Pontalis, 1998). Não é possível “não sentir”. É possível não ter consciência do que sente. Assim, o que eles parecem dizer é: “não posso (não me permito) ter sentido nada”.

Pelo exposto, a questão do manejo emocional, tanto de si quanto do indivíduo em crise merece atenção no treinamento desses profissionais do socorro. Das 25 intervenções narradas, foram 22 com sucesso no salvamento. Apesar do índice favorável de sucesso, pode-se perceber que não é tão fácil não entrar contato com conteúdos, afetos e conflitos internos mal elaborados de si. Como levantado por McMains & Mullins (2010), James (2008) e Roberts (2005), intervir na crise suicida aumenta a possibilidade de crises existenciais e até mesmo transtorno de estresse pós-traumático no socorrista. O conjunto das entrevistas evidencia a dificuldade dos entrevistados em lidar com as questões de morte e finitude sem se implicar ou sem reagir a elas. Os que relatam não sentirem nada podem estar mais vulneráveis a crises agudas na ocorrência de precipitadores não antecipados sem sinais precursores típicos que permitem identificação e apoio a tempo.

Dificuldades e problemas a uma ação efetiva nessa crise

Os fatores, citados pelos entrevistados, que dificultam as ações no primeiro socorro foram: a) os impedimentos físicos para a aproximação física ao indivíduo; b) a pressão do tempo que causa uma avaliação apressada; c) a inacessibilidade à negociação; d) a presença de transtorno mental; e) a presença de comportamentos agressivos; f) lidar com curiosos ou pessoas que contribuem para a crise presentes na cena; e g) quando o trabalho de equipe está descoordenado (dificuldade de comunicação e divergências de concepção de estratégias). Outro fator dessa categoria citado por três entrevistados refere-se ao problema do negociador realizar a comunicação com ameaças, mentiras e falsas promessas, o que prejudica uma negociação positiva. As falas representativas dessa categoria são:

A pessoa chegar falando alto. “Eu sou bombeiro e você vai ter que sair daí”, você não pode se impor, você tem que procurar ouvir o que a pessoa tem. A imposição faz com que a vítima fique mais nervosa e chegue a cometer o ato.

Gritar com a vítima. Ameaçar ela se ela não descer de lá a gente vai pegar, e vai conter, vai dar porrada, essas coisas. Esse tipo de ameaça. Por isso tem que ser o mais tranquilo com a vítima.

Além das dificuldades do contexto ambiental onde a TAE ocorre, os entrevistados focaram em condições para um bom vínculo entre socorrista e a pessoa em crise. Esse vínculo, como visto anteriormente, pode facilitar a negociação e um desfecho menos violento para o evento. Algumas atitudes prejudiciais relatadas remetem ao que é exposto na literatura como atitudes consideradas não éticas (Robinson, Lewicki, & Donahue, 2000; Wood, 2008; Hancerli, 2008; Granello, 2010) e houve raras ocasiões (n=3) em que foram identificadas na narrativa dos casos.

Necessidades/carências para o atendimento à TAE

Quando perguntados sobre o que poderia ser fornecido para que a ação se tornasse mais eficaz, os resultados foram bastante homogêneos; apenas dois entrevistados negaram a existência de necessidades ou carências para os profissionais ou a instituição na prestação ao primeiro socorro na TAE. A maioria, portanto, enfatizou a necessidade: a) de um especialista para a negociação com o indivíduo em TAE; b) de treinamento com técnicas psicológicas na negociação; c) de maior entendimento sobre o paciente suicida; d) de mais precisão no repasse das informações sobre a TAE, quando no momento do acionamento para viabilizar uma ação com melhor planejamento; e e) do estabelecimento de um protocolo específico para essa ação. São verbalizações representativas dessa categoria:

Deveriam providenciar um especialista pra esse tipo de negociação e qualificar mais a corporação pra esse tipo de ocorrência.

Porque a técnica, graças a Deus, a gente tá bem adiantado. Na técnica de contenção e resgate com utilização de técnica vertical. Agora, a parte de negociação, de tentar convencer ela, é que eu acho que a gente podia dar uma melhorada.

Um psicólogo passar o que a gente tem que conversar. O que a gente tem que fazer na situação do suicida. Pra conversar com ele, o que tem que falar.

Apesar da maioria desejar uma capacitação para o entendimento da crise suicida e da negociação, um entrevistado fez a seguinte ressalva: *“Esse trabalho não deveria ser ofício só de bombeiro. A Fundação Hospitalar (SES-DF) devia ter alguém preparado pra chegar junto com a gente nessas ocorrências”*. Apreende-se dos relatos que sob a responsabilidade do bombeiro está o manejo correto de habilidades técnicas, da relação com o indivíduo em crise e do contexto no qual se realiza as intervenções. É natural e esperado que haja o desejo nos entrevistados para que um profissional especialista em pacientes “psiquiátricos” e em negociação complemente as equipes de salvamento. Dos entrevistados, a maioria (n=12) apontou que o psicólogo seria esse especialista (*“devia ter um psicólogo de sobreaviso”*). Entretanto, há a questão da escassez de psicólogos habilitados para essa ação na emergência no serviço público do DF e o acionamento e deslocamento dessa equipe de psicólogos poderia não ocorrer em tempo hábil para intervir no primeiros socorro à TAE. Por isso, providenciar a capacitação e complementação de habilidades de negociação dos bombeiros seria uma demanda mais realista e viável para o CBMDF.

CONCLUSÃO

A descrição dos bombeiros sobre sua experiência no primeiro socorro à TAE permitiu a identificação da sequência de suas atividades. Apesar disso, a ampla variedade de situações e suas idiossincrasias tornam necessária a variação no uso das

estratégias (Portela & Tavares, 2012). Especificamente, há um marcado improvisado nas atividades relativas à interação verbal nesse socorro.

De forma geral, o que é relatado pelos bombeiros no DF condiz com o exposto na literatura internacional sobre as operações táticas ambientais de salvamento e de resgate (McMains & Mullins, 2010). Quando os entrevistados descrevem o que fazem no primeiro socorro ao suicida, apresentam homogeneidade intragrupo, o que remete ao conhecimento e cumprimento do Procedimento Operacional Padrão (POP) para pacientes psiquiátricos em geral (anexo C). Essa diretriz operacional apresenta-se semelhante ao que é utilizado nos EUA e corresponde ao que é proposto na literatura especializada para a ação na cena de crise (Greenstone, 2005, Lanceley, 2003, Wood, 2008; Hancerli, 2008). No entanto, há ausência de uma abordagem sistemática nesse POP no que se refere à negociação na TAE, como podemos conferir ao compará-lo com o modelo revisado de McMains e Mullins (2010). O que pode ser dito na negociação com um suicida vai depender da cena, do sujeito, do tempo e de outras condições (Portela & Tavares, 2012).

Também indicamos a necessidade de avaliação sistemática das ações realizadas no primeiro socorro à TAE. Estas são implementadas, como visto nos dados coletados, de forma técnica quando há demanda de intervenção no ambiente, mas sem uma forma planejada no caso das intervenções pela interação verbal com o indivíduo em crise. Sem uma avaliação do que é feito, não é possível reconhecer a carência no repertório de procedimentos e nem atestar se a efetividade está sendo realmente alcançada.

Além do aspecto crítico da natureza informal no contato verbal com o indivíduo em crise suicida, os resultados corroboram para enfatizar que as crenças sobre o suicídio são semelhantes às do senso comum. A expectativa inicial do pesquisador foi de que os bombeiros reproduzissem os mitos de profissionais de saúde mental e não da população

leiga, seguindo a distinção exposta por Freemouw et al. (1990), visto que trabalham associados aos serviços em saúde mental. Mas ao considerar a ausência de treinamento nesse campo, esses mitos de característica leiga tornam-se compreensíveis. Sabe-se que é possível modificar estas concepções pela obtenção de informação correta e reflexão com suporte técnico adequado.

Assim, a análise dos casos favoreceu a constatação da necessidade premente de capacitação e treinamento para que os bombeiros entendam mais sobre o risco de suicídio e sobre o processo que leva pessoas a esta condição. É necessário que desenvolvam habilidades com evidência empírica de efetividade para a negociação, a fim de diminuir os efeitos de concepções distorcidas sobre o fenômeno na intervenção. A ausência de treinamento em negociação contribui para que os bombeiros tornem-se mais ansiosos do que o necessário no atendimento à TAE.

Mesmo sendo pouco frequente, é igualmente indispensável o treinamento para a intervenção com indivíduo em crise por telefone, no momento de recebimento da chamada na CIADE. Seja o próprio indivíduo ou um familiar, o profissional que atende a chamada poderá oferecer uma primeira intervenção. Além disso, seria interessante divulgar para os serviços de atenção à saúde mental o padrão de acionamento e envio de viatura para socorro. Como estes profissionais com frequência fazem o primeiro contato para acionar uma intervenção com um paciente, isso poderia aumentar a eficiência no resgate, aumentar a satisfação e diminuir o estresse dos bombeiros que fazem a intervenção.

Considerando a natureza da tarefa, é difícil para o bombeiro prever o que fazer ou falar diante da TAE, assim como é difícil manejar suas emoções durante ou após uma intervenção ou perante a morte do indivíduo suicida. Por isso, torna-se fundamental um espaço para a ventilação da experiência pós-atendimento na TAE. Essa

atividade é referida na literatura internacional como *Debriefing Critical Incident Stress* (Greenstone, 2005; Roberts, 2005). A TAE costuma evocar reações ambivalentes nos cuidadores em saúde física e mental por se contrapor a valores institucionais e profissionais de salvamento de vidas (Ouzouni & Nakakis, 2009). Esse acolhimento da angústia e de reenquadre psicológico de uma perturbação pode reduzir sequelas psicológicas como o transtorno de estresse pós-traumático, tão comum nessa classe profissional (Monteiro et al, 2007). Considerando a elevação do risco de suicídio entre os próprios socorristas, assim como entre outras profissões de cuidadores (médicos, psicólogos, enfermeiros), este tipo de treinamento e ventilação após a experiência de estresse contribuiria para a redução dos riscos e o aumento da capacidade de enfrentamento, bem-estar e qualidade de vida.

Uma das limitações do estudo se refere ao fato do número restrito de entrevistados que compõe essa pesquisa exploratória. Também não foi possível a inclusão de outras instâncias que atuam com o primeiro socorro na TAE, como a polícia e o SAMU. Sugere-se, portanto, que sejam conduzidas pesquisas nessas instâncias e investigar de que forma elas podem interagir para aumentar a eficiência no atendimento ao problema. É também possível que existam diferenças importantes entre as ações desses grupos diferentes, pois são acionados em contextos diferentes, a depender a existência de armas, da necessidade de resgate e do método empregado na TAE.

Portanto, esse estudo torna-se uma introdução e ilustração da questão, admitindo uma agenda futura de pesquisa mais estruturada, com objetivo de maior aprofundamento das questões levantadas. São necessários estudos futuros sobre o treinamento em habilidades de negociação, considerando a realidade brasileira e do DF, no caso particular. Sugere-se também a pesquisa do efeito do comportamento não

verbal, das emoções do negociador, bem como das crenças e da realidade cultural na intervenção na TAE.

Na continuação dessa linha de pesquisa, será importante desenvolver um protocolo específico para o primeiro socorro à TAE pelos bombeiros, em parceria entre eles e profissionais especializados em intervenção em crise e prevenção do suicídio. Ao mesmo tempo é necessário desenvolver uma metodologia de treinamento, com uma implementação piloto, incluindo um teste de eficácia e eficiência desse protocolo junto ao CBMDF. Enfim, esses resultados colaboram para indicar a lacuna sobre a negociação no quadro das estratégias de primeiro socorro na crise de autoextermínio. Proporcionam também as recomendações para um treinamento do CBMDF segundo suas necessidades mais prementes.

REFERÊNCIAS

- Bardin, L. (2010) *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70
- Bell, J. (2008). *Projeto de pesquisa: guia para pesquisadores iniciantes em educação, saúde e ciências sociais*. Porto Alegre: Artmed.
- CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL. *Lei Orgânica do Distrito Federal*, de 08 de junho de 1993. Diário Oficial do Governo do Distrito Federal. Brasília, DF, 1993.
- Creswell, J. W. (2010). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Porto Alegre: Artmed, Bookman.
- Dattilio, F. M. & Freeman, A. (2004). *Estratégias Cognitivo-Comportamentais de Intervenção em situações de crise*. Porto Alegre: Artmed.
- Fleischmann, A., Bertolote, J. M., De Leo, D., Botega, N., Phillips, M., Sisask, M., ..., Wasserman, D. (2005). Characteristics of attempted suicides seen in emergency-care settings of general hospitals in eight low-and middle-income countries. *Psychological Medicine*, 2005, 35, 1467–1474. 2005 Cambridge University Press.
- Fremouw, W.J., Perczel, M. & Ellis, T.E. (1990). *Suicide risk-assesment and response guidelines*. USA: Pergamon Press.
- Greenstone, J. L. (2005). *The elements of police hostage and crisis negotiations: critical incidents and how to respond to them*. New York: The Haworth Press.
- Hancerli, S. (2008). *Negotiation, communication and decision strategies used by hostage/Crisis negotiators*. ProQuest Dissertations and Theses: 2008; ProQuest
- James, R. K. (2008). *Crisis Intervention Strategies*. 6ª edição. Belmont, USA: Editora: Brooks/Cole.
- Lanceley, F. J. (2003). *On-scene guide for crisis negotiators*. Flórida, EUA: CRC Press LCC.
- Laplanche, J & Pontalis, J. B. (1998). *Vocabulário de Psicanálise*. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Maltsberger, J. T (1996). Countertransference Hate in the Treatment of Suicidal Patients. In Maltsberger, J. T & Goldblatt, M. J., *Essential papers on suicide*. New York. University Press, NY
- McMains, M. J. & Mullins, W. C. (2010). *Crisis Negotiations: Managing Critical Incidents and Hostage Situations in Law Enforcement and Corrections*. Quarta Edição. New Providence, EUA: Matthew Bender & Company Inc.

- Minayo, M. C. S. (2010). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12ª ed. São Paulo: Hucitec.
- Monteiro, J. K., Maus, D., Machado, F. R., Pesenti, C., Bottega, D. & Carniel, L. B. (2007) *Bombeiros: Um Olhar Sobre a Qualidade de Vida no Trabalho*. *Psicologia Ciência e Profissão*, 2007, 27 (3), 554 – 565
- OMS - Organização Mundial de Saúde (2000). *Preventing suicide: a resource for general physicians*. Genebra. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/media/en/56.pdf> acessado em 17/01/2011
- OMS - Organização Mundial de Saúde (2009). *Preventing Suicide: a resource for police, firefighters and other first line responders*. Genebra.
- Ouzouni, C., Nakakis, K. (2009). Attitudes towards attempted suicide: the development of a measurement tool. *Health Science Journal*, 3(4), 222-31.
- Portela & Tavares, 2012. *O primeiro socorro na tentativa de suicídio*. Trabalho não publicado.
- Prieto, D & Tavares, M (2005). Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: incidência, estressores e transtornos mentais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54(2), 146-154
- Quental, I. A. (2008). Tentativas de Suicídio: Construindo dispositivos de prevenção um desafio para o SUS. Projeto Conviver, 2008. Disponível em: <<http://prevencaodosuicidio.ea.ufrgs.br/uploaded/Quental.pdf> > Acessado em 03/01/2011.
- Roberts, A. R. (2005). *Crisis Intervention Handbook – Assessment, Treatment and Research*. Terceira edição. New York: Oxford University Press.
- Robinson, R. J., Lewicki, R. J & Donahue, E. M. (2000). Extending and testing a five factor model of ethical and unethical bargaining tactics: Introducing the SINS scale. *Journal of Organizational Behavior*, Vol. 21, No. 6, pp. 649-664
- Strentz, T. (2006). *Psychological Aspects of Crisis Negotiation*. Flórida, EUA: CRC Press LCC.
- Tavares, M., Montenegro, B., & Prieto, D. (2004). Modelos de prevenção do suicídio: princípios e estratégias. In: Maluschke, G., Bucher-Maluschke, J., & Hermanns, K. *Direitos Humanos e violência: desabafos da ciência e da prática*. Fortaleza: Konrad Adenauer; 2004. p. 231-257.
- Vaz, S. & Tavares, M. (2010). *Tentativas de Suicídio Clinicamente Graves e Método de Rorschach*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura. Universidade de Brasília.
- Wenzel, A., Brown, G. K., Beck, A. T. (2010). *Terapia cognitivo-comportamental para pacientes suicidas*. Porto Alegre: Artmed, 2010.

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

Wood, F. R. (2008). *Relational communication in negotiation interaction*. ProQuest Dissertations and Theses: 2008; ProQuest

COMENTÁRIOS FINAIS

A experiência de construir um percurso como pesquisador e docente consistiu em um aprendizado muito rico. O contato com os alunos de graduação foi precioso e me indicou uma área de atuação profissional que desejo investir, pois as trocas foram muito proveitosas. Cada fase da presente pesquisa pôde me indicar interesses e desejos de investigação que afloraram em muitos sentidos, tanto para pesquisas futuras quanto para repensar o que tenho feito enquanto psicólogo clínico.

Na etapa da revisão de literatura pude rever conceitos e, portanto, aprofundá-los. Agir diante de um suicida em tentativa é um desafio instigante e poder ler e meditar sobre essa atuação foi essencial. Além de rever, pude tomar conhecimentos de estudos interessantes associados ao tema do suicídio e comprovar a escassez de pesquisas brasileiras sobre o tema, o que me fez querer avançar com alguma contribuição. Integrar resultados de estudos e caminhos anteriores para criar um conceito sobre o primeiro socorro na tentativa de autoextermínio foi estimulante. Igualmente estimulante foi aprender sobre uma atuação mais prática, em especial no que se refere à negociação, algo que agora julgo fundamental para quem trabalha em saúde mental.

Ao formular o instrumento e aplicá-lo na coleta de dados percebi as dificuldades que se apresentam diante da realidade de pesquisa, o que serviu para um amadurecimento pessoal e aumento na utilização de propostas de pesquisa cada vez mais realistas e viáveis. Conhecer os vários métodos de pesquisa em psicologia colaborou para aumentar minha capacidade de propor e pensar sobre os fenômenos relacionados ao campo da psicologia clínica.

Ouvir os bombeiros entrevistados foi de uma riqueza incomum. São profissionais cujos atos heroicos fazem parte do cotidiano e que se expõem a situações de grande estresse para salvar vidas. Chama atenção a falta de articulação da rede local

de saúde e de segurança no atendimento ao indivíduo em crise de saúde mental. No contato pessoal com esses profissionais foi identificada, entre outras, a carência dessa instituição no que diz respeito às técnicas que aprimorem a intervenção verbal na crise de suicídio e ao entendimento sobre o esse quadro psicopatológico. Há preocupação de que as medidas tomadas nesses casos sejam conduzidas de modo a atingir uma maior eficácia, reduzindo os casos de suicídios consumados. Por isso, realizar treinamento que os beneficie na contrapartida me incentiva a desenvolver essa proposta inicial.

A troca com o orientador foi de elevado aprendizado e aprimoramento, pois colaborou para que eu pudesse introjetar o processo de pensamento de um pesquisador experiente. Refletir sobre os dados obtidos, dar significado e ressignificar muitas vezes foi um caminho de desenvolvimento fundamental para meu eu pesquisador. Expressar meus pensamentos de uma forma cada vez mais concisa e ao mesmo tempo integrada foi um desafio muito importante. Portanto, no conjunto da experiência de mestrado, posso reconhecer em mim maior domínio de técnicas para intervir com pacientes em crise suicida. Reconheço também maior habilidade para transformar meus questionamentos da realidade em estudos que possam contribuir para o desenvolvimento da minha comunidade.

ANEXOS

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “*O primeiro socorro na tentativa de suicídio: decisões e estratégias de intervenção em crise*”, de responsabilidade de Carlos Eduardo da Silva Portela, aluno de mestrado da Universidade de Brasília. O objetivo é coletar informações, a fim de descrever o contexto atual de intervenção na crise e prevenção do suicídio no Distrito Federal. Assim, gostaria de consultá-lo(a) sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa.

A coleta de dados será realizada por meio de observação da prática na intervenção em crise e com entrevistas. É para estes procedimentos que você está sendo convidado a participar.

Gostaria de entender o seu trabalho e experiência no processo de atendimento do indivíduo em crise suicida. Identificar e descrever as decisões, dificuldades e estratégias adotadas na interação com o indivíduo em crise de autoextermínio é fundamental para propor ações efetivas e capacitar quem lida diretamente com o problema. Espera-se com esta pesquisa, poder contribuir para a elaboração de um modelo ou protocolo de atuação na tentativa de autoextermínio.

A observação da ação profissional será no ambiente de ocorrência da crise suicida e serão utilizados registros escritos feitos pelo pesquisador após essa ocorrência. As entrevistas serão gravadas em áudio e posteriormente serão transcritas. As informações extraídas tanto da observação quanto da entrevista serão mantidas em confidencialidade. Asseguro-lhe que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo(a). Assim, sua participação nessa pesquisa não implica em nenhum risco e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. Sua participação é livre de qualquer remuneração ou benefício. Portanto, você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa. Os dados provenientes de sua participação, tais como questionários, entrevistas, fitas de gravação ou filmagem, ficarão sob a guarda do pesquisador responsável pela pesquisa.

Os resultados desse estudo serão tornados públicos na forma de artigos científicos e de dissertação de mestrado, preservando-se a identidade dos envolvidos nos procedimentos da pesquisa. Contudo, haverá uma apresentação dos resultados da pesquisa para o CBMDF e participantes antes da divulgação para a comunidade científica.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode me contatar através do telefone (61) 8451-3152 ou pelo e-mail carlospsicologo@gmail.com

Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília - CEP/IH. As informações com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do e-mail do CEP/IH cep_ih@unb.br.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável pela pesquisa e a outra com o senhor(a).

Assinatura do(a) participante

Assinatura do pesquisador

Brasília, ____ de _____ de _____

ANEXO B - INSTRUMENTO: ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Roteiro de Entrevista com o profissional do Corpo de Bombeiros

Tópicos a serem abordados:

- Experiências vivenciadas:

Você poderia me contar suas experiências no atendimento do indivíduo em crise suicida? Quantas vezes você já atendeu a uma chamada dessas?

Qual o percurso de uma chamada de suicídio?

Geralmente, o que vocês têm que fazer no atendimento a uma crise de suicídio?
Passo a passo

O que foi importante na hora do atendimento?

O que você já disse a um suicida que ajudou no socorro?

- Sentimentos: “O que você sentiu no momento dessa intervenção?”

- Problemas: “O que foi difícil nessa situação?” O que não funciona?

- Resoluções: O que deveria ser providenciado para um trabalho mais efetivo para esse tipo de atendimento?

ANEXO C - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP (FONTE: CBMDF)

21.1 PACIENTE PSIQUIÁTRICO

- Dimensionamento da cena.
- Realize avaliação inicial e dirigida.
- 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.]
- Seja paciente, chame-o pelo nome, não faça movimentos bruscos que possam assustar o paciente, não use termos chulos nem tom de voz alta.
- Fale pausadamente, firme mantendo ligação com a realidade, não retruque em caso de agressão verbal.
- Nunca revide em caso de agressão física, nem agrida-o, contenha-o, se necessário.
- Lembre que o paciente psiquiátrico é imprevisível, não deixe ele convencê-lo de nada, nem ceda a pedidos deste. Neste caso tente desviar a atenção do paciente.
- 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.
- Encaminhe-o ao hospital, preferencialmente ao Hospital São Vicente de Paulo.

Situações de risco:

- Paciente fugitivo da justiça.
- Paciente com refém.
- Paciente armado.
- Paciente em curso de autoextermínio, crime e/ou destruição de patrimônio iminente.
- Agressividade extrema com risco de vida.

Observação:

Nestes casos deve-se solicitar apoio à Polícia Militar e escolta até o hospital.

- Crianças até 13 anos que apresentem distúrbios psicopatológicos e agudos
- Situações consideradas emergenciais para crianças até 13 anos que apresentem distúrbios psicopatológicos graves e agudos, que caracterizem uma situação de crise:

- tentativa de suicídio;
- condutas agressivas e anti-sociais severas;
- abuso físico e sexual graves;
- transtorno severo de ansiedade (crises de pânico, stress, pós-traumático, etc.);
- manifestações psicóticas agudas;
- abuso de drogas (intoxicação e abstinência);
- transtornos dissociativos (conversivos);
- graves transtornos alimentares e do sono.

Observação:

Em caso de crianças até 13 anos transporte-as, preferencialmente ao hospital com referência no atendimento psiquiátrico infantil, acompanhada com um familiar ou responsável.