



FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO
Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho
Especialização em Gestão, Proteção e Defesa Civil.

RICHELMY MURTA PINTO

POSVENÇÃO AO SUICÍDIO PARA MILITARES DO CORPO DE BOMBEIROS
MILITAR DE MINAS GERAIS:
Estudo e proposta de Programa Institucional.

BELO HORIZONTE

2020

RICHELMY MURTA PINTO

**POSVENÇÃO AO SUICÍDIO PARA MILITARES DO CORPO DE BOMBEIROS
MILITAR DE MINAS GERAIS:
Estudo e proposta de Programa Institucional.**

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização em Gestão, Proteção e Defesa Civil - CEGEDEC da Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho da Fundação João Pinheiro, em parceria com o Corpo de Bombeiros Militares de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gestão, Proteção e Defesa Civil. Orientador: Tenente-Coronel BM Júlio César Tóffoli.

BELO HORIZONTE

2020

Pinto, Richelmy Murta.
659p Posvenção ao suicídio para militares do Corpo de Bombeiros
Militar de Minas Gerais [manuscrito] : estudo e proposta de
Programa Institucional / Richelmy Murta Pinto. – 2020.
[13], 57 f. : il.

Monografia de conclusão de Curso (Especialização em
Gestão, Proteção e Defesa Civil) – Fundação João Pinheiro,
Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, 2020.

Orientador: Júlio César Tóffoli

Bibliografia: f. 68-70

1. Suicídio. 2. Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais
(CBMMG). 3. Trauma psicológico. 4. Atenção à saúde. I. Tóffoli,
Júlio César. II. Título.

CDU 364.277

RICHELMY MURTA PINTO

**POSVENÇÃO AO SUICÍDIO PARA MILITARES DO CORPO DE BOMBEIROS
MILITAR DE MINAS GERAIS:
Estudo e proposta de Programa Institucional.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Gestão, Proteção e Defesa Civil - CEGEDEC da Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho da Fundação João Pinheiro, em parceria com o Corpo de Bombeiros Militares de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do grau de título de Especialista em Gestão, Proteção e Defesa Civil.

Aprovado em 27 de novembro de 2020.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Tenente-Coronel BM Júlio César Tóffoli.

**Avaliador: Cel BM Eduardo Ângelo Gomes da Silva
CBMMG**

**Avaliadora: Prof. Rosania Rodrigues de Sousa
Fundação João Pinheiro**

Agradeço à Coronel BM Andréia Geraldo Batista por acreditar na importância deste trabalho e por me incentivar na busca de uma melhor versão.

Agradeço à Dona Sueli e ao senhor Chiquinho, meus sogros, pelas orações a mim direcionadas. Deus sabe o quanto foram importantes para mim e me fizeram ser resiliente!

Agradeço à minha querida mãe, Fátima, e às minhas irmãs Richelly e Michelly, que sempre depositaram em mim confiança e sempre me incentivaram, especialmente neste ano de 2020. Esta conquista, também devo a vocês!

Agradeço à minha filha Karol Murta pela paciência e por compreender minhas ausências durante os momentos do curso. Logo, estaremos na apresentação da sua monografia!

Claro, agradeço a você, Thaís Campos, minha querida noiva (por enquanto!) por todo apoio incondicional que deu a mim durante todo este processo, nos altos e baixos. Sua presença e apoio permitiram a conclusão de todo este trabalho.

A você, meu saudoso pai, infelizmente não poderá estar fisicamente comemorando esta vitória conosco, pois Deus o escolheu para estar com Ele antes. Meu pai, Solon Conceição Pinto, você sempre apoiou meus estudos e a ti dedico o resultado deste trabalho. Obrigado por tudo que fez por mim!

Agradeço ao meu orientador, Tenente-Coronel Tóffoli, a confiança, o incentivo e todo o apoio oferecido.

Por fim, agradeço a Deus por ter colocado todas essas pessoas em minha vida e por ter me dado esta oportunidade.

*“Quando os ventos de mudança sopram,
umas pessoas levantam barreiras, outras
constroem moinhos de vento.”*

Érico Veríssimo

RESUMO

Este estudo objetivou apresentar uma proposta de Programa de Posvenção para militares do CBMMG que presenciaram suicídio, em intercorrências, para prevenir os riscos de autoextermínio e Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT), após este tipo de incidente. Para alcance deste objetivo conceituou-se o trauma psicológico, relacionando-o ao TEPT; descrevendo o suicídio e a posvenção como eventuais desdobramentos após um incidente crítico. Pesquisou-se possível programa de posvenção adequado ao CBMMG. Analisou-se a exposição dos militares aos eventos de suicídio, bem como se relacionaram os possíveis traumas psicológicos com atribuições da corporação. Foi utilizado como método a revisão bibliográfica sobre questões ligadas a trauma psicológico, prevenção e tratamento ao TEPT, suicídio e posvenção. A partir da análise de dados foi possível perceber que vivenciar incidentes críticos (como dano ou prejuízo físico ou psíquico, catástrofes ou presenciar suicídios) tem o potencial de gerar transtornos que podem tornar-se comórbidos a outras doenças psiquiátricas. O TEA e o TEPT, por exemplo, são grandes preditores para o suicídio; porém, o incidente crítico pode ser um fator precipitante para indivíduos vulneráveis que tenham diferentes fatores predisponentes ao suicídio. Enfim, por meio de todo o estudo realizado, confirmou-se que a proposta de Programa de Posvenção fundamentada no *Critical Incident Stress Management (CISM)* – modelo de gestão de estresse em incidentes críticos – extraído de material específico da Secretaria Nacional de Segurança Pública, seria útil e viável para prevenção ao suicídio e TEPT daqueles militares afetados diretamente por um suicídio.

Palavras-Chave: Posvenção, Transtorno do Estresse Pós-Traumático, Risco de suicídio em bombeiros.

ABSTRACT

This study aimed to present a proposal for a Program of Intervention for military personnel of CBMMG who witness suicide, in intercurrences, to prevent the risks of self-extermination and Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) after this type of incident. To achieve this goal, psychological trauma was conceptualized by relating it to PTSD, describing suicide and postvention as possible consequences after a critical incident; a possible research program suitable for CBMMG was researched; the exposure of the military to suicide events was analyzed as well as possible psychological traumas were related to the attributions of the corporation. The bibliographic review on issues related to psychological trauma, prevention and treatment of PTSD, suicide and postvention was used as a method. From the data analysis, it was possible to realize that experiencing critical incidents (such as physical or psychological damage or damage, catastrophes or witnessing suicides) has the potential to generate disorders that can become comorbid to other psychiatric illnesses. ASD and PTSD, for example, are major predictors of suicide. However, the critical incident can be a precipitating factor for vulnerable individuals who have different factors predisposing to suicide. Anyway, through the whole study, it was confirmed that the proposal for a Program of Support based on Critical Incident Stress Management (CISM) - model of stress management in critical incidents - extracted from specific material of the National Secretariat of Public Security, it would be useful and feasible for preventing suicide and PTSD for those military personnel directly affected by suicide.

Keywords: Postvention, Posttraumatic Stress Disorder, Risk of suicide in firefighters.

LISTA DE SIGLAS

AAS	Assessoria de Assistência à Saúde
APH	Atendimento Pré-hospitalar
CBMMG	Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais
CISM	<i>Critical Incident Stress Management</i>
DIAO	Diretriz Integrada de Ações e Operações
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
MJSP	Ministério da Justiça e Segurança Pública
NAIS	Núcleo de Atenção Integral à Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
RIC	Registro do Incidente Crítico
SENASP	Secretaria Nacional de Segurança Pública
SNC	Sistema Nervoso Central
TDM	Transtorno Depressivo Maior
TEA	Transtorno do Estresse Agudo
TEPT	Transtorno do Estresse Pós-traumático
WHO	World Health Organization

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Características da ocorrência de casos de violência autoprovocada notificados entre jovens de 15 a 29 anos (masculino).....	24
Figura 2	Características da ocorrência de casos de violência autoprovocada notificados entre jovens de 15 a 29 anos (feminino).....	24
Figura 3	Características dos óbitos por suicídio entre indivíduos de 15 a 29 anos (masculino).....	25
Figura 4	Características dos óbitos por suicídio entre indivíduos de 15 a 29 Anos (feminino).....	26
Figura 5	Autópsia psicológica de suicidas.....	28
Figura 6	Distribuição de ocorrências de busca e salvamento no CBMMG (2015-2020).....	36
Figura 7	Distribuição de ocorrências de APH (2015 2020).....	36
Figura 8	Distribuição de ocorrências de Salvamento de Suicida/S03.015 (2015 - 2020).....	37
Figura 9	Distribuição de ocorrências de Vítima de Suicídio (tentativa) – APH Trauma/V03.021 (2015 – 2020).....	38
Figura 10	Distribuição de ocorrências de Vítima de Suicídio (tentativa) – APH Clínico /V01.024 (2015 – 2020).....	38
Figura 11	Distribuição de ocorrências de Autoextermínio – suicídio consumado/03.100 (2015-2020).....	39
Figura 12	Distribuição mensal de ocorrências de Autoextermínio (suicídio consumado) /A03.100 em 2020.....	39
Figura 13	Distribuição de ocorrências de APH – Trauma em 2020.....	40

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Notificações por lesão autoprovocada no Brasil (2011 – 2016).....	23
Gráfico 2	Taxa de suicídio no Brasil (2011 –2015).....	24
Gráfico 3	Evolução estatística das ocorrências totais do CBMMG (2015 - 2019).....	35
Gráfico 4	Distribuição das ocorrências do CBMMG por grupos de natureza (2015 – 2020).....	41
Gráfico 5	Evolução estatística das ocorrências de Tentativas de Suicídio/ Suicídio no CBMMG (2015 -2020).....	42
Gráfico 6	Proporção de ocorrências de Tentativas de Suicídio/Suicídio no CBMMG (2015-2020).....	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Relação de risco de suicídio e comorbidades no TEPT.....	22
Tabela 2	Frequência de comportamento suicida conforme transtorno psiquiátrico.....	29
Tabela 3	Licenças por transtornos mentais e comportamentais no CBMMG 2015-2020.....	44
Tabela 4	Frequência de comportamento suicida conforme transtorno psiquiátrico.....	46
Tabela 5	Licenças por transtornos mentais e comportamentais no CBMMG 2015 – 2020.....	46

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Exemplos e fatores de Risco para o suicídio conforme variáveis.....	26
Quadro 2	Exemplos de alguns transtornos relacionados ao suicídio.....	28
Quadro 3	Relação de motores de busca utilizados na pesquisa.....	33
Quadro 4	Principais características do <i>defusing</i> e do <i>debriefing</i> psicológico....	50
Quadro 5	Descrição das fases da sessão do <i>debriefing</i> psicológico.....	58
Quadro 6	Descrição das fases da sessão do <i>defusing</i>	61

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	19
2.1	Compreendendo o trauma psicológico e o TEPT.....	19
2.2	Compreendendo o suicídio e a posvenção.....	22
3	METODOLOGIA.....	32
4	DISCUSSÃO E RESULTADOS.....	35
4.1	A exposição ao suicídio por militares do CBMMG.....	35
4.2	Os traumas psicológicos e a atividade do CBMMG.....	43
4.3	A ligação entre posvenção e prevenção ao TEPT.....	48
4.4	Programa de Saúde Ocupacional Bombeiro Militar – PSOBM.....	49
4.5	Proposta de Programa de Posvenção.....	52
4.5.1	Finalidade do programa.....	52
4.5.2	Objetivo do programa.....	52
4.5.3	Atribuições da Assessoria de Assistência à Saúde – AAS.....	52
4.5.4	Atribuições do Núcleo de Atenção Integral à Saúde – NAIS.....	53
4.5.5	Equipes técnicas de prevenção e tratamento do TEPT.....	54
4.5.6	Procedimentos de intervenção.....	55
4.5.7	O <i>debriefing</i> psicológico como primeira opção.....	56
4.5.8	O <i>defusing</i> como segunda opção.....	59
4.5.9	Entrevista de triagem e hipótese diagnóstica.....	62
4.5.10	Elaboração de relatório técnico.....	62
4.5.11	Encaminhamentos.....	63
4.5.12	Alimentação do banco de dados.....	63
4.5.13	Procedimentos de intervenção para tratamento ao TEPT.....	63
4.5.14	Educação continuada como prevenção ao TEPT/Suicídio.....	64
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
	REFERÊNCIAS.....	68
	APÊNDICE.....	71

1 INTRODUÇÃO

Uma das preocupações de saúde pública e que está afetando todo o mundo é o fenômeno do suicídio e seus desdobramentos. Pessoas de todas as classes sociais, por razões diversas, praticam o autoextermínio cujas causas são multifatoriais. Em situações de tentativas de suicídio, profissionais de serviços públicos de emergências, como policiais, guardas municipais, médicos, enfermeiros, socorristas e bombeiros militares são acionados com o intuito de prestar um atendimento profissional, cessar tal intento e preservar vidas. Dada a conjunção de vulnerabilidades biológicas, psíquicas e sociais, algumas dessas pessoas em sofrimento chegam a consumir o autoextermínio diante destes profissionais que atuam na missão de preservá-las.

Devido à exposição a esse tipo de cenário, de acordo com Ministério da Justiça e Segurança Pública - MJSP (2019), em diferentes países, como nos Estados Unidos, há uma preocupação e atenção oferecida aos profissionais após eventos traumáticos como ocorrências relacionadas a confrontos com uso de armas de fogo, óbitos, suicídios ou grandes tragédias com riscos à integridade física ou psíquica do profissional.

Especificamente sobre ocorrências que envolvem suicídio, segundo Quevedo e Izquierdo (2020), a posvenção reúne estratégias que visam amenizar o sofrimento de pessoas impactadas por este evento, como parentes, amigos e profissionais de saúde que vivenciaram esse tipo de morte específica. Torna-se importante frisar que neste tipo específico de ocorrência, impactos psicológicos podem ocorrer no sujeito que presencia a ação suicida, logo medidas posventivas seriam formas de atenção a profissionais de emergência que estiveram na cena durante o ocorrido e que manifestaram reflexos em sua saúde.

Segundo a Constituição Estadual de Minas Gerais e a sua regulamentação dada pela Lei Complementar Nº 54/1999:

Art. 3º - Compete ao Corpo de Bombeiro Militar:

I - coordenar e executar as ações de defesa civil, proteção e socorrimto públicos, prevenção e combate a incêndio, perícias de incêndio e explosão em locais de sinistro, busca e salvamento;

Assim, os militares do Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais (CBMMG) podem ser expostos a eventos críticos que envolvam suicídio, pois as ações de busca e salvamento são uma das competências institucionais do CBMMG.

Dados estatísticos demonstram que um considerável número de pessoas busca o autoextermínio em Minas Gerais. Em matéria jornalística do jornal O Tempo¹, em 2017, chegou-se à conclusão de que no estado haveria uma média de três casos de suicídio por dia. Nesse cenário, o CBMMG, cumprindo suas atribuições legais é acionado para diversos tipos de situações; e eventualmente seus profissionais deparam-se com cenários que podem fugir do controle, presenciando situações de um suicídio consumado durante o atendimento.

No CBMMG, ocorrências de salvamento que envolvem tentativas de suicídio têm alta incidência de estresse pois reúnem de um lado alguém com grave sofrimento psicológico, que deseja ceifar a própria vida a qualquer custo; e do outro, profissionais dedicados e comprometidos, com alto nível de atenção com fito a dissuadir o tentante². Em casos extremos, alguns suicídios ocorrem diante da equipe de bombeiros. Dada à intensidade deste sofrimento psicológico, além da frustração e autocobrança profissional; diferentes efeitos psíquicos são resultantes deste evento traumático para os socorristas, o que pode originar tanto um TEPT, quanto ideações suicidas. Sendo assim, buscou-se reunir e analisar informações com o propósito de responder ao seguinte problema de pesquisa: a aplicação de um programa de prevenção ao TEPT adaptado auxilia na posvenção para bombeiros militares do CBMMG que presenciaram um autoextermínio?

O presente estudo teve como objetivo geral apresentar uma proposta de Programa de Posvenção para militares do CBMMG que presenciam suicídio em ocorrências para prevenir os riscos de autoextermínio e TEPT nestes profissionais após este tipo de incidente.

Além disso, os objetivos específicos foram:

- a) Apresentar uma compreensão sobre o trauma psicológico e sua relação com o TEPT;

¹<https://www.otempo.com.br/cidades/minas-gerais-tem-media-de-tres-casos-de-suicidio-por-dia-1.2025485>

² Pessoa que busca o autoextermínio.

- b) Descrever os aspectos do suicídio e a posvenção como possível desdobramento de um incidente crítico;
- c) Pesquisar uma forma de constituir um Programa de Posvenção, que contribua para prevenir riscos de autoextermínio e TEPT aos militares após presenciarem um incidente crítico de suicídio;
- d) Analisar a exposição dos militares ao suicídio;
- e) Correlacionar os traumas psicológicos com as atribuições do CBMMG;

Presenciar um incidente crítico como um suicídio pode expor o militar do CBMMG a reações emocionais intensas e variáveis como TEA, TEPT e até mesmo risco de autoextermínio. Assim, essa pesquisa justifica-se pela necessidade de uma padronização profilática de saúde mental, por meio da proposta de um Programa de Posvenção ao Suicídio no CBMMG, com intuito de assistir aos bombeiros expostos ao suicídio, a fim de prevenir tais transtornos ou atenuá-los.

Para o desenvolvimento do presente trabalho foram utilizadas pesquisas bibliográficas em banco de dados constantes em diferentes motores de busca. Foram utilizados livros, manuais, cartilhas, artigos, dissertações e teses. As palavras-chaves, bem como os operadores booleanos estão listados no capítulo de metodologia. Realizou-se então uma pesquisa de natureza básica, com objetivos exploratório e descritivos para se conhecer e descrever incidentes críticos relacionados a ocorrências de suicídio registradas pelo CBMMG. Por meio de uma abordagem qualitativa e com técnica de pesquisa bibliográfica. Teve-se uma melhor compreensão sobre o tema, bem como foi realizada uma proposta de Programa de Posvenção para o CBMMG.

Este trabalho de conclusão de curso é composto por cinco capítulos, contando com introdução e considerações finais, apresentando-se no segundo capítulo a revisão de literatura, com exposição dos aspectos gerais sobre suicídio e as estatísticas de ocorrências envolvendo o autoextermínio atendidas pelo CBMMG. Também foram revisadas bases conceituais do trauma psicológico, sua origem e os possíveis transtornos a ele relacionados, além de se revisar literaturas referentes ao conceito de posvenção e seus destinatários – os chamados sobreviventes. No terceiro capítulo são descritos os métodos e instrumentos empregados para a realização desta

pesquisa científica. O quarto capítulo apresenta e analisa os resultados da pesquisa do presente estudo, levando por fim, a conclusão evidenciada durante toda a elaboração da pesquisa.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Algumas informações serão apresentadas neste tópico com a finalidade de melhor compreender o Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT), como se dá a reação emocional a incidentes críticos, sua relação com o suicídio e com a posvenção.

2.1 Compreendendo o trauma psicológico e o TEPT

De acordo com Santos (2017), trauma psicológico é uma sobrecarga psíquica reativa a algum evento impactante que afeta o indivíduo cognitivamente e emocionalmente, desencadeando desordem em sua estrutura intrapessoal e interpessoal. Em complemento, conforme apresentado no DSM-5 (2013), o trauma psicológico é um sofrimento decorrente de uma exposição a um evento traumático que carrega sintomas de ansiedade, medo, externalizações de raiva, agressividade ou sintomas dissociativos.

Descritos ainda no DSM-5 (2013), os eventos traumáticos são acontecimentos ou situações que trazem risco real à integridade física, incluindo a morte. No mesmo sentido, de acordo com o MJSP (2019), os eventos traumáticos denominados incidentes críticos são acontecimentos de alta carga emocional que ameaçam de forma considerável a própria vida e a segurança de terceiros e que pode desencadear sofrimento psíquico incomum.

O MJSP (2019) descreve também a diferença entre eventos traumáticos e outros estressores. Para especificar mais tal diferença, tem-se o parágrafo a seguir:

Os eventos traumáticos são claramente diferentes dos estressores muito dolorosos que constituem as vicissitudes normais da vida, como divórcio, falha, rejeição, doença grave, reveses financeiros e afins. Esta dicotomização entre estressores traumáticos e estressores não traumáticos se baseou na suposição de que embora a maioria dos indivíduos tenha a capacidade de enfrentar estresse comum, suas capacidades adaptativas provavelmente são superadas quando confrontados com um estressor muito traumático. (MJSP, 2019, p.16)

Por sua vez, Fenichel (2005) assegura que os efeitos do trauma ocorrem quando a experiência do incidente crítico excede a capacidade de resposta do indivíduo. Fica claro então, que o evento estressor sobrecarrega as defesas

psicológicas do indivíduo e seus mecanismos de enfrentamento são excedidos. Logo, há certos tipos de estímulos tão esmagadoramente intensos que podem desencadear efeitos traumáticos na maioria das pessoas, conforme verificado:

Um evento estressor pode ser pensado como um incidente crítico que tem o potencial de conduzir a uma resposta de crise em muitos indivíduos, sendo um evento fora da escala usual de experiência e desafios com os quais um indivíduo é capaz de lidar, com potencial de levar a uma condição de crise por sobrecarga das defesas psicológicas e mecanismos de enfrentamento usuais do indivíduo. (MJSP, 2019, p.16).

Cabe salientar que, para ocorrer um impacto traumático, um sujeito pode vivenciá-lo diretamente (ele próprio experimenta) ou presencia um incidente crítico. “O vivenciar ou testemunhar um incidente crítico pode provocar reações emocionais intensas que interferem na capacidade de funcionar adequadamente”. (MJSP, 2019, p. 14).

Em relação às respostas emocionais decorrentes do incidente crítico, de acordo com Gregio (2005), o trauma psicológico pode ser um elo para outros transtornos severos e crônicos como Transtorno do Estresse Agudo (TEA), Transtorno do Estresse Pós-traumático (TEPT), além de depressão, transtorno de ansiedade generalizada, dependência de substâncias, transtorno do pânico e até suicídio.

O sofrimento psicológico imediatamente após uma exposição a um incidente crítico, portanto, pode ter consequências bem variáveis. Para Quevedo e Carvalho (2014), fica claro que o TEA é uma reação patológica de indivíduos que tiveram contato com algum evento traumático com duração de até um mês. A marca essencial desse transtorno “é o desenvolvimento de sintomas típicos que duram de três dias a um mês após a exposição a um ou mais eventos traumáticos.” (DSM-5, 2013, p. 281).

O TEA se manifesta de diferentes formas, como:

A apresentação clínica do transtorno de estresse agudo pode variar de acordo com o indivíduo, mas em geral envolve uma resposta de ansiedade que inclui alguma forma de revivência ou reatividade ao evento traumático. Em alguns indivíduos, um quadro dissociativo ou de distanciamento pode predominar, embora essas pessoas também apresentem geralmente forte reatividade emocional ou fisiológica em resposta a lembranças do trauma. Em outros indivíduos, pode haver uma resposta de raiva intensa na qual a reatividade é caracterizada por respostas irritadiças ou possivelmente agressivas. É preciso que o quadro sintomático pleno esteja presente por pelo menos três dias, depois do evento traumático, e o diagnóstico só pode ser feito até um mês depois do evento. Sintomas que ocorrem imediatamente

depois do evento, mas cedem em menos de três dias, não atenderiam os critérios de transtorno de estresse agudo. (DSM-5, 2013, p. 282).

Conforme MJSP (2019), tal como o TEA, o TEPT surge necessariamente a partir de um trauma e esta variável é condição fundamental para um diagnóstico diferencial. Além disso, estes autores relembram que “o TEPT não pode ser diagnosticado até que se tenha passado pelo menos um mês da ocorrência do estressor traumático.” (MJSP, 2019, p. 16).

De acordo com o DSM-5 (2013), o TEPT inclui sintomas intrusivos (lembranças angustiantes, reações dissociativas – flashbacks – ou reações fisiológicas intensas); evitação de estímulos associados ao incidente crítico; alterações negativas nas cognições e no humor (como crenças ou expectativas negativas, estado emocional negativo, sentimentos de distanciamento e alienação); alterações marcantes na excitação (como comportamento irritadiço, surtos de raiva, comportamento autodestrutivo, perturbação do sono) entre outros.

Uma vez surgido o TEPT, o transtorno pode vir a provocar outros distúrbios psíquicos comórbidos, como afirma Gregio:

Em uma importante pesquisa epidemiológica com a população norte americana em 1995, a qual tem sido utilizada como referência nos estudos atuais sobre TEPT, verifica que 88,3% dos homens e 79% das mulheres desenvolviam distúrbios secundários, o que indica um alto índice de comorbidade psiquiátrica: alto risco para o desenvolvimento de depressão, ansiedade generalizada, fobia, pânico e abuso de substâncias químicas. Os estudos apontam ainda uma alta correlação entre TEPT e ideação suicida e suicídio. (GREGIO, 2005, p. 34)

Para Stern et al. (2016), pacientes com TEPT têm de 3 a 5 vezes mais ideação suicida e de 3 a 6 vezes mais risco de tentar suicídio, se comparado àqueles que não desenvolvem este transtorno. O DSM-5 (2013) também expõe uma relação entre este transtorno e o suicídio:

O TEPT está associado a ideação suicida e tentativas de suicídio, e a presença do transtorno pode indicar quais indivíduos com essa ideação acabam elaborando um plano de suicídio ou de fato tentam cometer suicídio. (DSM-5, 2013, p. 278).

De acordo com Stern et al. (2016), havendo comorbidades ao TEPT como Transtorno Depressivo Maior (TDM) ou dependência química diversa, o risco desses pacientes tentarem suicídio aumenta conforme apresentado na TAB. 1 a seguir.

Tabela 1: Relação de risco de suicídio e comorbidades no TEPT.

RISCO DE SUICÍDIO NO TEPT	
Transtorno/Comorbidade	Risco
TEPT exclusivo	17%
TEPT + Depressão	26%
TEPT + Depressão + Dependência Química	32%

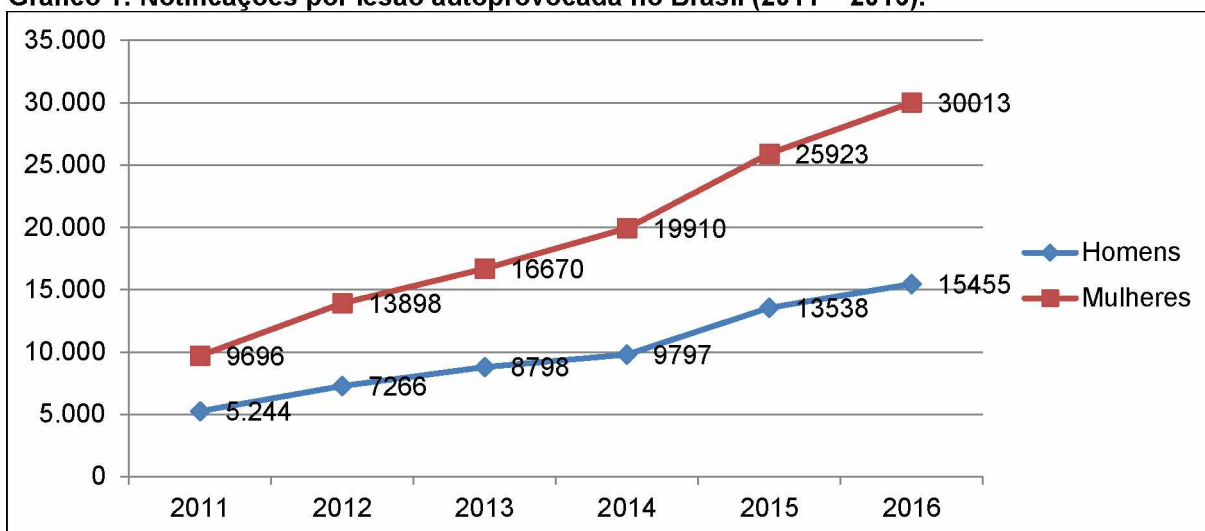
Fonte: Elaborado pelo Autor, 2020.

2.2 Compreendendo o suicídio e a posvenção

O suicídio é um fenômeno global que preocupa os gestores de saúde pública cujas origens do referido evento se perdem nas brumas do tempo da humanidade. Conforme cartilha da Associação Brasileira de Psiquiatria (2014), o suicídio é uma ação deliberadamente efetuada pelo próprio sujeito com a intenção de provocar sua morte utilizando-se de métodos que acredita ser letal. Juntamente com o autoextermínio, a ideação suicida e as tentativas de suicídio formam o chamado comportamento suicida.

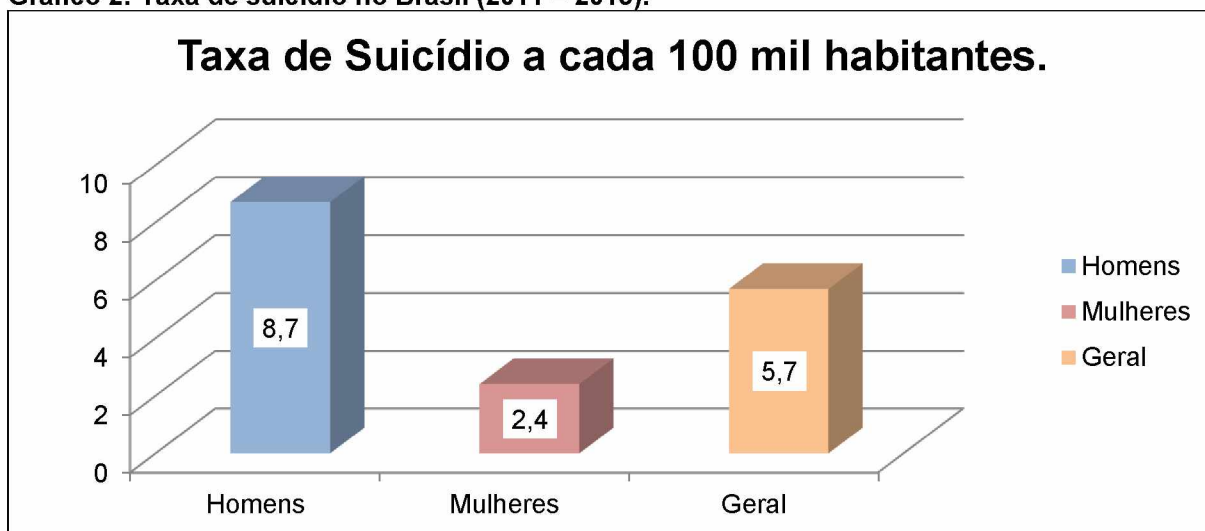
Dados estatísticos revelam que o suicídio representa um agravo de saúde pública sendo que sua prevalência é percebida pelos serviços de emergência, tanto na área de saúde quanto de segurança. Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2014), estima-se que mais de 800 mil pessoas se suicidam anualmente sendo que, a cada adulto que se suicida, outros 20 tiveram uma tentativa.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), de 2011 a 2016, houve um total de 176.226 notificações de lesão autoprovocada no Brasil, conforme evolução apresentada no GRAF. 1, sendo que destas, 48.204 (27,4%) eram casos de tentativa de suicídio.

Gráfico 1: Notificações por lesão autoprovocada no Brasil (2011 – 2016).

Fonte: Sinan/Ministério da Saúde (2017).

Por outro lado, ainda conforme a mesma fonte, houve um total de 55.649 óbitos por suicídio no período de 2011 a 2015, resultando, conforme GRAF. 2, numa taxa média de 5,7 suicídios para cada 100 mil habitantes em 2015.

Gráfico 2: Taxa de suicídio no Brasil (2011 – 2015).

Fonte: Sinan/Ministério da Saúde (2017).

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2017), ilustrado na FIG. 1, dentre os homens entre 15 e 20 anos, o método mais utilizado para tentativas de suicídio seria o envenenamento (41,6%) seguido de uso de objetos perfurocortantes (19,9%) e enforcamento (13%), conforme a seguir:

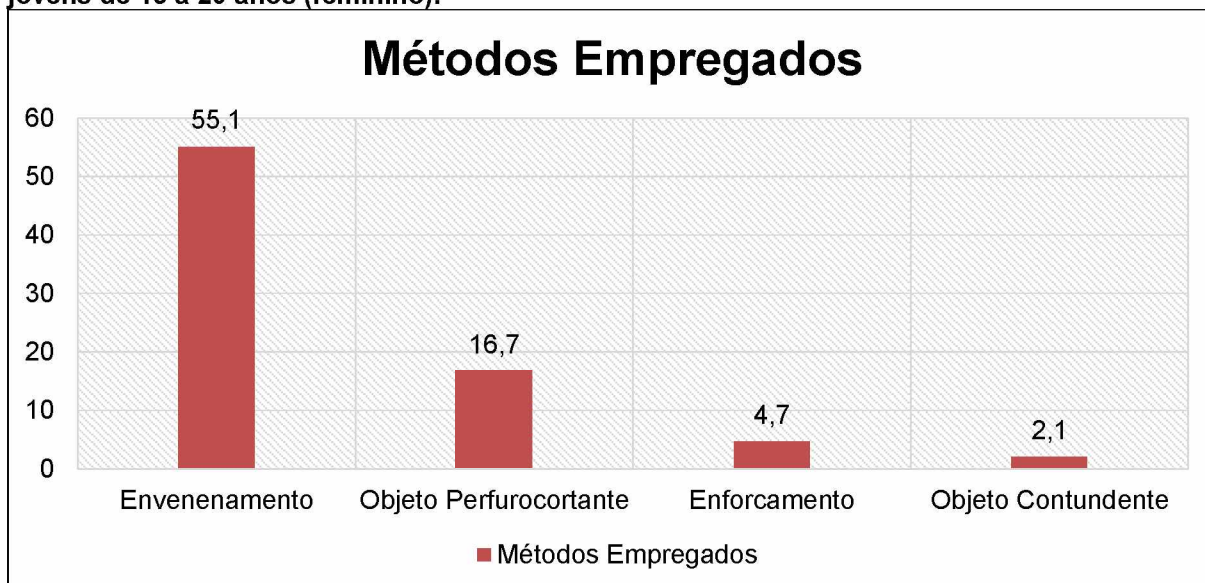
Figura 1: Características da ocorrência de casos de violência autoprovocada notificados entre jovens de 15 a 29 anos (masculino).



Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2017).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2017), ilustrado na FIG. 2, dentre as mulheres entre 15 e 20 anos, o método mais utilizado para tentativas de suicídio também seria o envenenamento (55,1%), em maior frequência se comparadas aos homens, seguido do uso de objetos perfurocortantes (16,7%) e enforcamento (4,7%), conforme a figura a seguir:

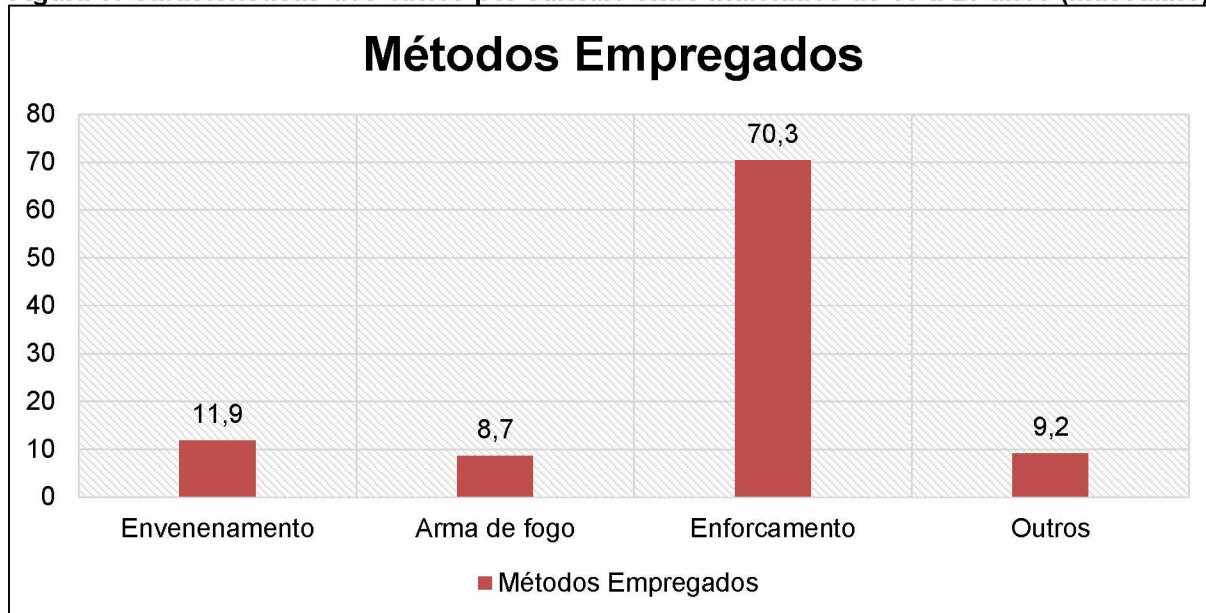
Figura 2: Características da ocorrência de casos de violência autoprovocada notificados entre jovens de 15 a 29 anos (feminino).



Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2017).

Percebe-se mudanças significativas quando se verificam os métodos mais empregados para suicídio consumado. Conforme o Ministério da Saúde (Brasil, 2017), ilustrado na FIG. 3, dentre os homens entre 15 e 20 anos, o método mais utilizado para o suicídio seria o enforcamento (70,3%), seguido de envenenamento (11,9%) e arma de fogo³ (8,7%), conforme a seguir:

Figura 3: Características dos óbitos por suicídio entre indivíduos de 15 a 29 anos (masculino).



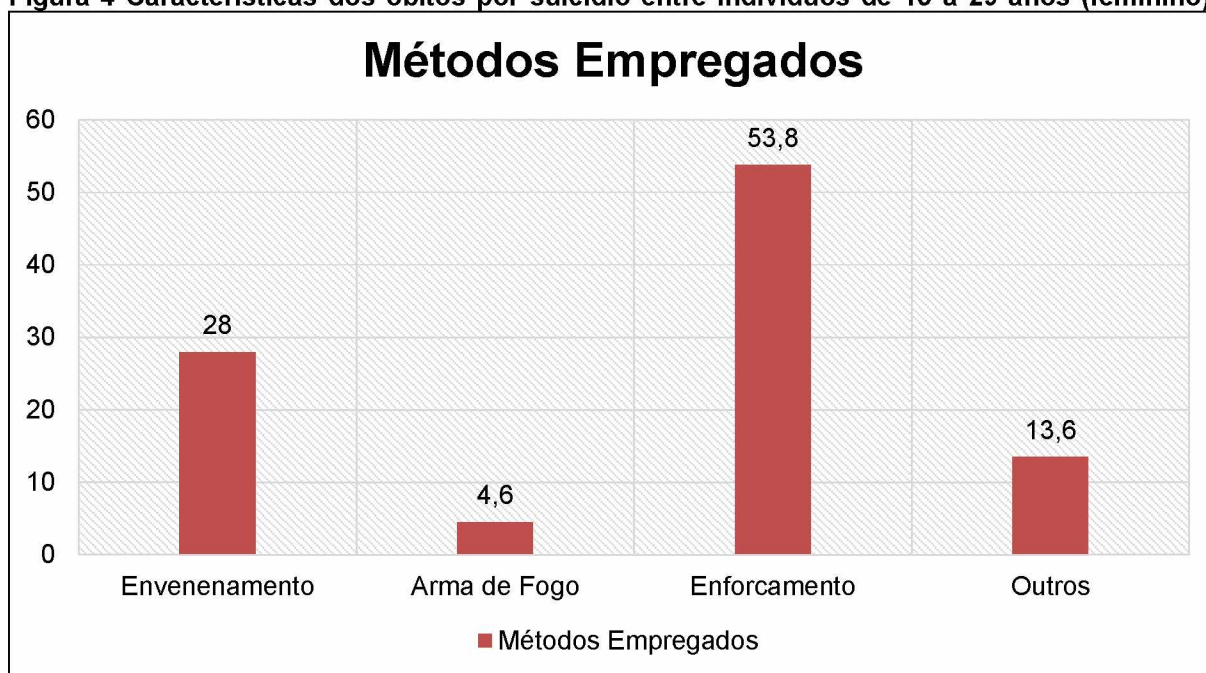
Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2017).

Por sua vez, Conforme o Ministério da Saúde (Brasil, 2017), ilustrado na FIG. 4, dentre as mulheres entre 15 e 20 anos, o método mais utilizado para o suicídio também seria o enforcamento (53,8%) mesmo que em menor quantidade se comparadas ao grupo de homens, seguido de envenenamento (28%) e arma de fogo⁴ (4,6%), conforme a seguir:

³ O campo "Outros" reúnem diferentes métodos, como precipitação de altura, eletrocussão, afogamento, entre outros, sendo que, isoladamente, não superam o emprego de armas de fogo.

⁴ O campo "Outros" reúnem diferentes métodos, como precipitação de altura, eletrocussão, afogamento, entre outros, sendo que, isoladamente, não superam o emprego de armas de fogo.

Figura 4 Características dos óbitos por suicídio entre indivíduos de 15 a 29 anos (feminino).



Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2017).

A causa do suicídio é multifatorial e pode reunir tais variáveis nos chamados fatores de risco (conjunto de variáveis que impulsiona o sujeito ao suicídio). Botega (2015) afirma que estas variáveis sofrem influência da genética, do contexto histórico e familiar, dos componentes culturais e socioeconômicos, dos transtornos mentais e dos traços de personalidades do sujeito, entre outros, conforme Quadro 1.

QUADRO 1 – Exemplos e fatores de Risco para o suicídio conforme variáveis.

Variável	Características
Fatores Sócio demográficos	Sexo masculino; adultos jovens (19 a 49 anos); Estados civis viúvo, divorciado ou solteiro; etc.
Transtornos Mentais	Depressão; transtorno afetivo-bipolar; abuso/dependência de álcool e outras drogas; esquizofrenia, transtornos de personalidade; Comorbidade; história familiar de doença mental; ideação ou plano suicida; tentativa de suicídio progressa; história familiar de suicídio;
Fatores Psicossociais	Abuso físico ou sexual; instabilidade familiar; ausência de apoio social; isolamento social; perda afetiva recente ou outro acontecimento estressante; desemprego; violência doméstica; desesperança, desamparo; ansiedade intensa; vergonha, humilhação, baixa autoestima; desesperança; labilidade do humor, perfeccionismo;

Outros

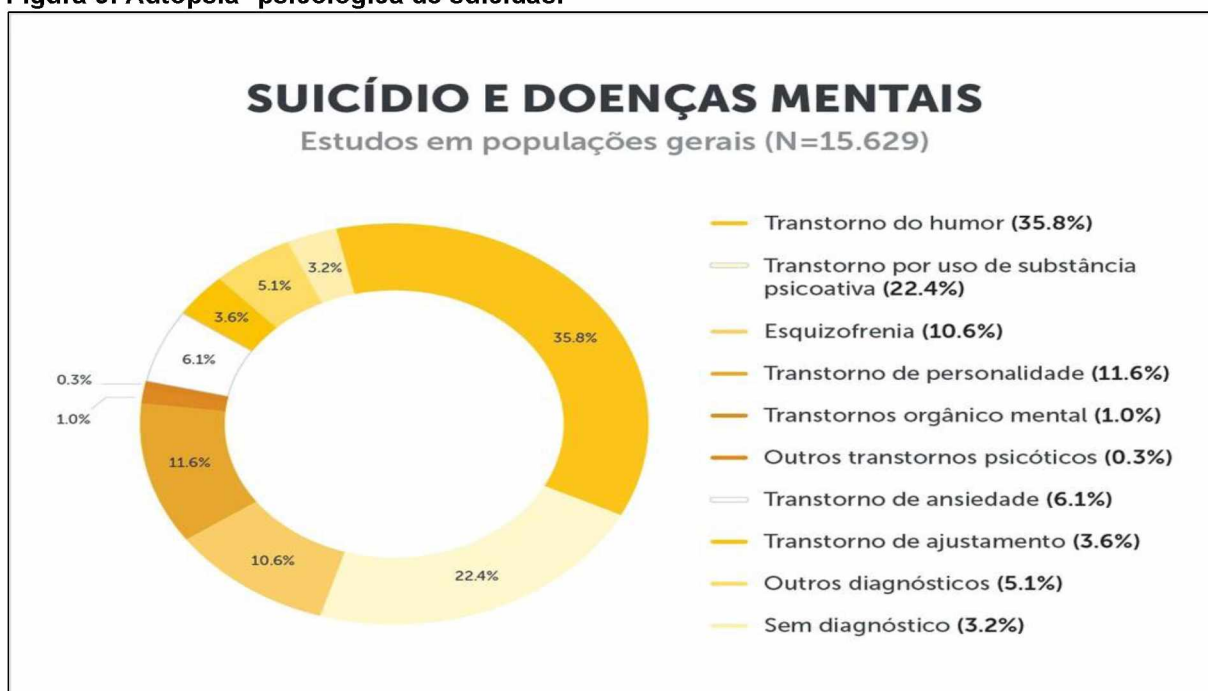
Acesso a meios letais (armas de fogo, venenos); Estados confusionais orgânicos; Falta de adesão a tratamento, agravamento ou recorrência de doenças preexistentes; Relação terapêutica frágil ou instável;

Fonte: Botega (2015, p.87).

Botega (2015) desmembra os fatores de risco em predisponentes – aqueles que acompanham a biografia do sujeito já há algum tempo (transtornos mentais, abuso de drogas, tentativas de suicídio prévias de suicídio, alcoolismo, presença de suicídio na família, etc.) – e precipitantes, que funcionam como gatilhos para a tentativa atual (luto ou perda traumática, separação conjugal, desemprego, conflito amoroso, derrocada financeira, etc.).

Dentre os fatores predisponentes, os transtornos mentais representam grandes preditivos para o suicídio, pois influenciam diretamente na percepção disfuncional. Para Botega (2015, p. 33), “a presença de um transtorno psiquiátrico [com frequência, depressão] costuma ser identificada em mais de 90% dos casos de suicídio.” Conforme mencionado pelo autor, alterações cognitivas severas por conta dos transtornos podem desencadear a intencionalidade e o comportamento suicida, sendo que as comumente envolvidas estão ilustradas na FIG. 5.

Figura 5: Autópsia⁵ psicológica de suicidas.



Fonte: ABP (2014)

Nota: "Suicídio: informando para prevenir", cartilha publicada pelo Conselho Federal de Medicina e Associação Brasileira de Psiquiatria.

O Quadro 2 expõe alguns transtornos relacionados ao suicídio incluídos, de acordo com o DSM-5 (2013):

Quadro 2 – Exemplos de alguns transtornos relacionados ao suicídio.

Grupo de Transtorno	Alguns exemplos
Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos	<i>Transtorno da Personalidade Esquizotípica; Transtorno Psicótico Breve; Esquizofrenia.</i>
Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados Transtornos Depressivos	<i>Transtorno Bipolar Tipo I; Transtorno Bipolar Tipo II; Transtorno Ciclotímico.</i>
Transtornos depressivos	<i>Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor; Transtorno Depressivo Maior; Transtorno Depressivo Persistente (Distímia).</i>
Transtornos de Ansiedade	<i>Transtorno de Ansiedade de Separação; Fobia Específica; Transtorno de Ansiedade Social (Fobia Social); Transtorno de Pânico; Transtorno de Ansiedade Generalizada.</i>

⁵ Rastreamento das doenças psiquiátricas de um suicida. Prontuários psiquiátricos e psicoterápicos são utilizados para coleta de informações.

Transtornos Relacionados a Trauma e a Estressores	<i>Transtorno de Estresse Pós-traumático; Transtorno de Estresse Agudo.</i>
Transtornos Relacionados a Substâncias	<i>Intoxicação por Álcool; Abstinência de Álcool; Transtorno por uso de Cannabis; Intoxicação por Cannabis; Abstinência de Cannabis; Transtorno por Uso de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos.</i>
Transtornos da Personalidade	<i>Transtorno da personalidade paranoide; Esquizoide, Esquizotípica; Antissocial; Borderline; Histriônica; Narcisista; Evitativa; Dependente; Obsessivo-compulsiva.</i>

Fonte: DSM-5 (2013).

Em relação ao suicídio, tal como apresentado na TAB. 2, de acordo com um estudo de metanálise de Santos et al. (2009), a depressão teve uma frequência de 13% a 53,8%; a dependência de álcool, 17,5% a 35,9%; o transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) de 10,73% a 27,1%; a esquizofrenia de 4,8% a 9,3% e o Transtorno de Personalidade Antissocial de 5,4% a 20,6%. Claro que não se trata de reduzir o suicídio a uma causa biológica, pois fatores externos como uma rede de proteção e acolhimento ou ausência dessa rede influencia no comportamento suicida.

Tabela 2: Frequência de comportamento suicida conforme transtorno psiquiátrico.

TRANSTORNO MENTAL E SUICÍDIO

Tipo de Transtorno	Frequência
Depressão	13% a 53,8%
Dependência de álcool	17,5% a 35,9%
TEPT	10,73% a 27,1%
Esquizofrenia	4,8% a 9,3%
Transtorno de Personalidade Antissocial	5,4% a 20,6%

Fonte: Santos et al. (2009).

Nota: Extraído do artigo "Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil".

Marback e Pelisoli (2014, p. 123), corroboram a importância dos transtornos mentais no comportamento conforme exposto:

Assim, 90% das pessoas que morreram por suicídio apresentavam algum transtorno mental. O risco de suicídio varia de acordo com o transtorno mental, sendo associado mais comumente à depressão e aos transtornos por

uso de álcool. O risco de suicídio é estimado em 4% dos pacientes com transtornos do humor; 5% em pessoas com esquizofrenia; 7% em dependentes de álcool; e 8% em pessoas com transtorno bipolar. Quando há comorbidade, o risco de suicídio aumenta, isto é, pessoas que apresentam mais de um transtorno mental têm riscos significativamente mais altos.

O autor deixa claro nesta citação que riscos de suicídio variam conforme o transtorno mental prévio no indivíduo. Transtornos de humor (depressão, transtorno afetivo-bipolar, etc.), dependências químicas (álcool ou drogas), transtornos de personalidade (*borderline*, antissocial, etc.), transtornos psicóticos (transtorno psicótico breve, esquizofrenia, etc.) ou transtornos reativos a eventos traumáticos (como transtorno do estresse pós-traumático, etc.) são os principais distúrbios relacionados com o autoextermínio.

Correlacionando-se o TEPT com o suicídio, como apresentado no MJSP (2019), no DSM (2013), em Stern et al. (2016) e em Botega (2015), há dois possíveis mecanismos por meio dos quais a exposição a um incidente crítico pode motivar um suicídio. Primeiro: indivíduos com algum fator de risco predisponente (como alguns dos listados no Quadro 1) podem reconhecer o incidente crítico como um fator precipitante para o suicídio. Segundo: como descrito, pessoas que se expõem a um incidente crítico podem desenvolver TEPT e este por si só já é um preditivo para tentativas de suicídio. (SANTOS et al. 2009; MJSP, 2019 e DSM, 2013).

Em resumo, pessoas que vivenciaram um evento crítico têm risco maior de cometer suicídio, seja por possuírem fatores de risco predisponentes, seja por desenvolverem TEPT. Caso este incidente crítico seja especificamente um suicídio testemunhado, este evento poderá deflagrar o suicídio naqueles que se sentiram afetados e, a estas pessoas específicas, convencionou-se chamá-las de “sobreviventes”. Assim, sobreviventes “são pessoas que perderam alguém significativo por suicídio ou qualquer pessoa que teve sua vida afetada ou mudada por causa dessa morte.” (ANDRIESSEN; KRYSINKA, 2012, apud SCAVACINI, 2018, p. 46).

Considerando-se o risco de suicídio para este grupo intitulado sobreviventes, pensou-se em um conjunto de medidas preventivas chamadas posvenção. Para Scavacini (2018), a posvenção poderia ser conceituada como um conjunto de ações, atividades, intervenções, suporte e assistência àqueles afetados por um suicídio e que seria importante para a saúde mental dessas pessoas. A

posvenção então ajudaria pessoas cujas vidas foram impactadas por um suicídio a continuarem seguindo suas vidas de forma mais funcional.

As ações posventivas, então, reúnem diferentes atividades que se combinam em assistência psicossocial e prevenção ao suicídio, como exposto a seguir:

Os serviços de posvenção podem ter uma perspectiva clínica ou de saúde pública, focando nas necessidades psicossociais dos sobreviventes e na prevenção de suicídios com atividades, tais como, aconselhamento, psicoterapia, atividades de suporte, intensificação da conscientização do tema, criação de campanhas socioeducativas, desenvolvimento das práticas e promoção da saúde mental em atividades de assistência prática, assessoria jurídica e financeira, limpeza do local do suicídio (se em casa), informações gerais, entre outras (Wilson & Clark, 2005 apud Scavacini, 2018, p. 50).

3 METODOLOGIA

De acordo com Fonseca (2012), a pesquisa é uma atividade que tem como objetivo a solução de problemas utilizando-se dos rigores do método científico; e que parte de uma dúvida ou problema a ser resolvido, gerando conhecimento e descoberta sobre determinado assunto.

Segundo Oliveira (2018), a natureza da pesquisa pode ser básica – que utiliza análise de obras diversas, sem necessidade de ir a campo – ou aplicada, que exige investigação empírica; ou seja, requer comprovação dos resultados com intervenção da realidade. Devido à finalidade deste trabalho, usou-se a pesquisa básica.

Conforme Leão (2019), quanto aos objetivos de pesquisa, elas podem ser do tipo exploratória, descritiva ou explicativa. A pesquisa exploratória objetiva obter maiores informações sobre o assunto investigado ainda pouco conhecido ou pouco estudado. Já a descritiva tem como objetivo descrever fatos ou fenômenos, tais como existem buscando-se descrição, classificação, análise e interpretação deles. Por fim, a explicativa, que busca conhecer de forma bem mais aprofundada os fatores determinantes de um evento.

Para o desenvolvimento deste estudo, delineou-se um modelo de pesquisa que permitisse o alcance dos objetivos da pesquisa de forma efetiva, sendo então, classificada como descritivo-exploratória. Essa modalidade de investigação permitiu a exploração de diferentes assuntos afins aos objetivos previstos por meio de uma vasta fonte bibliográfica, bem como descrever os processos encontrados.

Devido à busca de um entendimento sobre percepções subjetivas ante a exposição a eventos traumáticos bem como o uso de revisão bibliográfica, foi utilizada a abordagem qualitativa para analisar os conteúdos coletados das fontes exploradas. Nesse sentido, tem-se o tipo de raciocínio hipotético-dedutivo, pois se partiu de uma hipótese-problema (presenciar suicídio como fonte de trauma psicológico), com dedução de consequências (transtornos relacionados ao trauma, luto traumático, perda traumática) conforme citado anteriormente, e encontrar possíveis soluções para o problema (posvenção).

Quanto aos procedimentos técnicos, notou-se a pesquisa bibliográfica como a metodologia mais viável para este estudo, tendo como fonte de dados

diferentes livros, teses, dissertações, artigos científicos, bem como normativos internos e o anuário de ocorrências do CBMMG (EMBM2 e EBM3) na busca de se examinar a importância da posvenção para os bombeiros militares.

A pesquisa neste estudo teve como palavras-chaves “eventos traumáticos”, “incidente crítico”, “trauma psicológico”, “transtorno do estresse agudo”, “transtorno do estresse pós-traumático” relacionadas com os termos “suicídio” e “posvenção” utilizando-se operadores lógicos booleanos (AND, OR e NOT). A lista de ferramentas de busca de fontes para essa pesquisa foi conforme Quadro 3 a seguir:

Quadro 3 – Relação de motores de busca utilizados na pesquisa.

Ferramenta
SCIELO
DIALNET
WORLDWIDESCIENCE
SPRINGER LINK
REFSEEK
JURN
MICROSOFT ACADEMIC
EMBM3/CBMMG/POWER BI

Fonte: Elaborado pelo Autor, Ano, 2020.

Foram definidos os seguintes critérios de inclusão de trabalhos: trabalhos publicados e disponíveis integralmente ou parcialmente em bases de dados científicas ou em versões impressas; trabalhos publicados entre 1996 e 2020 e trabalhos que abordavam suicídio, posvenção, trauma psicológico, perda traumática, TEA, TEPT, luto traumático.

A população do estudo foi composta por literatura relacionada ao tema de estudo, a qual está presente nos bancos de dados dos seguintes motores de busca: SCIELO, DIALNET, WORLDWIDESCIENCE, SPRINGER LINK, REFSEEK, JURN, MICROSOFT ACADEMIC e EBM3/CBMMG/POWER BI. Já em relação à amostragem; as fontes foram selecionadas a partir da variável de interesse, totalizando 25 fontes de dados. A seleção foi feita com base em leitura criteriosa dos livros, manuais, dados estatísticos, cartilhas, artigos, teses e dissertações nas bases

de dados, sendo selecionada apenas a literatura que atendia aos critérios de inclusão definidos neste estudo. Foram incluídas apenas as publicações que responderam à questão do estudo, publicadas entre 1996 a 2020, no idioma português, tendo todos os tipos de delineamentos metodológicos foram aceitos.

A pesquisa possui um grau de confiabilidade baseado na autoridade e relevância dos autores escolhidos, uma vez que a apresentação dos resultados tem como base 7 livros de literatura considerada referência para o tema proposto. É importante destacar também como autores principais João Quevedo e Ivan Izquierdo (posvenção), Otto Fenichel (trauma), Eric J. e Stern et al. (impacto do trauma), J. William Worden (funde luto e trauma), Neury J. Botega (posvenção), Benjamin Sadok, Virgínia Sadok; João Quevedo e André Carvalho (transtornos relacionados ao trauma), MJSP (Programa de Prevenção e Tratamento de TEPT). Muitos outros autores também estão presentes para reforçar o pensamento dos autores principais.

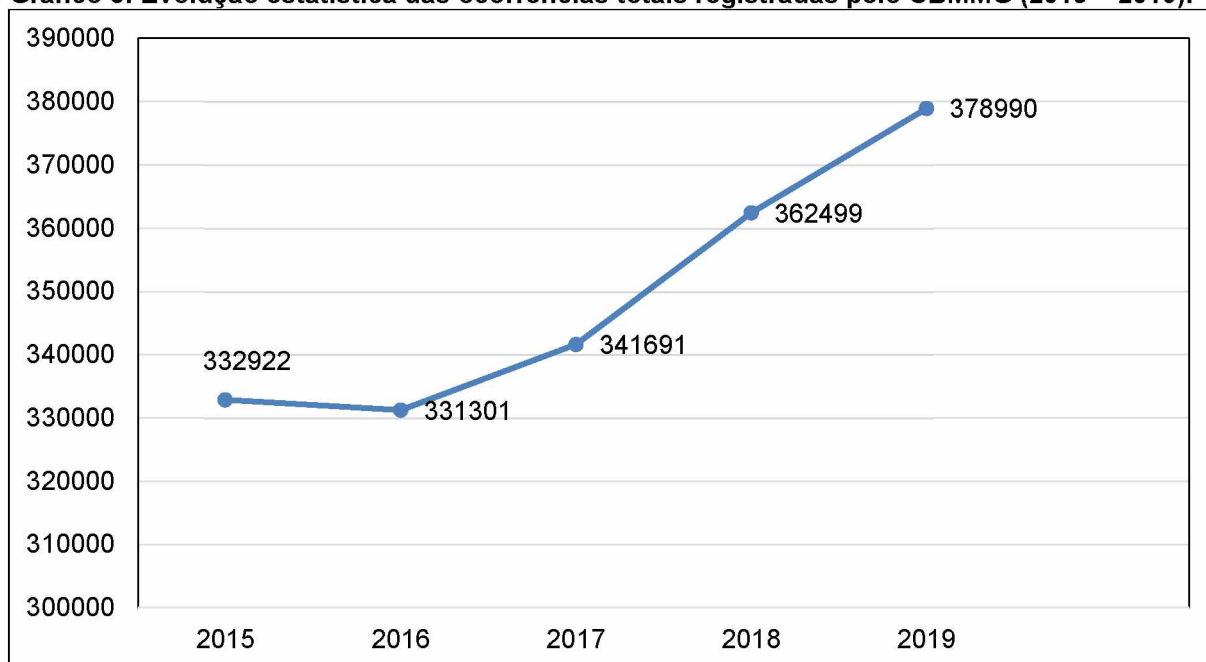
4 DISCUSSÃO E RESULTADOS

Neste tópico, os conceitos e teorias relacionados ao TEPT, ao comportamento suicida e à posvenção ao suicídio são apresentadas e correlacionados à atividade de bombeiros militares no CBMMG que atuam em incidentes críticos de suicídio. Assim, é possível compreender o potencial impacto na saúde mental dos militares decorrente deste tipo específico de ocorrência e, em resposta, identificar um possível programa de prevenção/posvenção.

4.1 A exposição ao suicídio por militares do CBMMG

Conforme ilustrado no GRAF. 3, o número de ocorrências atendidas pelo CBMMG tem aumentado de forma geral em todas as suas naturezas, o que demonstra uma ampla capacidade de resposta à sociedade mineira ante a prevenção, mitigação e resposta a sinistros diversos.

Gráfico 3: Evolução estatística das ocorrências totais registradas pelo CBMMG (2015 – 2019).



Fonte: Anuário do CINDS/EMBM2 – CBMMG (2018, 2019 e 2020 até Ago20).

A FIG.6 apresenta o quantitativo de ocorrências de busca e salvamento, ocorrências que demandam dos militares expertise, técnicas e táticas especiais para a resolução da emergência, englobando salvamento em altura, salvamento terrestre

típico, salvamento terrestre em acidentes automobilísticos com vítimas, e salvamento aquático e mergulho autônomo, por exemplo.

Figura 6: Distribuição de ocorrências de busca e salvamento registradas pelo CBMMG (2015 – 2020).

29.984		29.069		36.346		43.473		181.728					
Total 2020		Mínima Histórica		Média Histórica		Máxima Histórica		Acumulado					
Ano	janeiro	fevereiro	março	abril	maio	junho	julho	agosto	setembro	outubro	novembro	dezembro	Total
2015	2.554	2.543	2.723	2.404	2.048	1.611	1.808	1.990	2.343	2.457	3.291	3.297	29.069
2016	3.233	3.056	2.884	2.455	2.069	1.878	1.926	2.532	2.630	3.102	3.087	3.758	32.610
2017	3.462	2.967	3.223	2.585	2.465	2.163	2.032	2.524	2.455	3.654	3.479	3.741	34.750
2018	4.233	3.685	4.150	3.057	2.626	2.279	2.626	3.211	3.223	4.151	3.966	4.619	41.826
2019	4.607	4.088	4.225	3.647	3.061	2.592	2.578	2.827	3.024	4.062	4.151	4.611	43.473
Total	18.089	16.339	17.205	14.148	12.269	10.523	10.970	13.084	13.675	17.426	17.974	20.026	181.728
Valor Hist.	janeiro	fevereiro	março	abril	maio	junho	julho	agosto	setembro	outubro	novembro	dezembro	
Máximo	4.607	4.088	4.225	3.647	3.061	2.592	2.626	3.211	3.223	4.151	4.151	4.619	
Média	3.618	3.268	3.441	2.830	2.454	2.105	2.194	2.617	2.735	3.485	3.595	4.005	
Mínimo	2.554	2.543	2.723	2.404	2.048	1.611	1.808	1.990	2.343	2.457	3.087	3.297	

Fonte: EMBM3/CBMMG.

Já a FIG.7 apresenta o quantitativo de ocorrências de atendimento pré-hospitalar (APH), ocorrências que envolvem emergências médicas diversas, como vítimas de mal súbito, intoxicação exógena, parturientes em trabalho de parto, vítimas com politraumatismo, hemorragias, quedas de altura e paradas cardiorrespiratórias, por exemplo.

Figura 7: Distribuição de ocorrências de APH (2015 – 2020).

60.208		88.714		96.907		101.908		484.533					
Total 2020		Mínima Histórica		Média Histórica		Máxima Histórica		Acumulado					
Ano	janeiro	fevereiro	março	abril	maio	junho	julho	agosto	setembro	outubro	novembro	dezembro	Total
2015	8.612	6.869	7.885	8.049	8.767	8.470	8.943	8.444	7.899	8.371	8.046	7.627	97.982
2016	6.885	6.852	7.455	7.530	7.965	7.776	7.831	7.296	7.083	7.562	7.076	7.403	88.714
2017	7.141	7.201	8.189	8.149	8.584	8.246	8.602	8.719	7.597	8.058	7.822	8.424	96.732
2018	8.200	7.741	8.693	8.580	9.099	8.712	8.444	8.181	8.341	8.826	8.316	8.775	101.908
2019	8.607	8.193	9.322	9.026	8.947	7.957	7.990	7.562	7.551	7.875	7.845	8.322	99.197
Total	39.445	36.856	41.544	41.334	43.362	41.161	41.810	40.202	38.471	40.692	39.105	40.551	484.533
Valor Hist.	janeiro	fevereiro	março	abril	maio	junho	julho	agosto	setembro	outubro	novembro	dezembro	
Máximo	8.612	8.193	9.322	9.026	9.099	8.712	8.943	8.719	8.341	8.826	8.316	8.775	
Média	7.889	7.371	8.309	8.267	8.672	8.232	8.362	8.040	7.694	8.138	7.821	8.110	
Mínimo	6.885	6.852	7.455	7.530	7.965	7.776	7.831	7.296	7.083	7.562	7.076	7.403	

Fonte: EMBM3/CBMMG (2020).

Por meio da FIG.8 verifica-se a distribuição de ocorrências envolvendo especificamente salvamento em altura para ocorrências de tentativas de suicídio, ou seja, quando o tentante (aquele que busca o autoextermínio) escolhe o local da tentativa fora da cota zero⁶, como sacadas de prédios, telhados de casas, torres, árvores, etc.

Figura 8: Distribuição de ocorrências de Salvamento de Suicida/S03.015 (2015 – 2020).

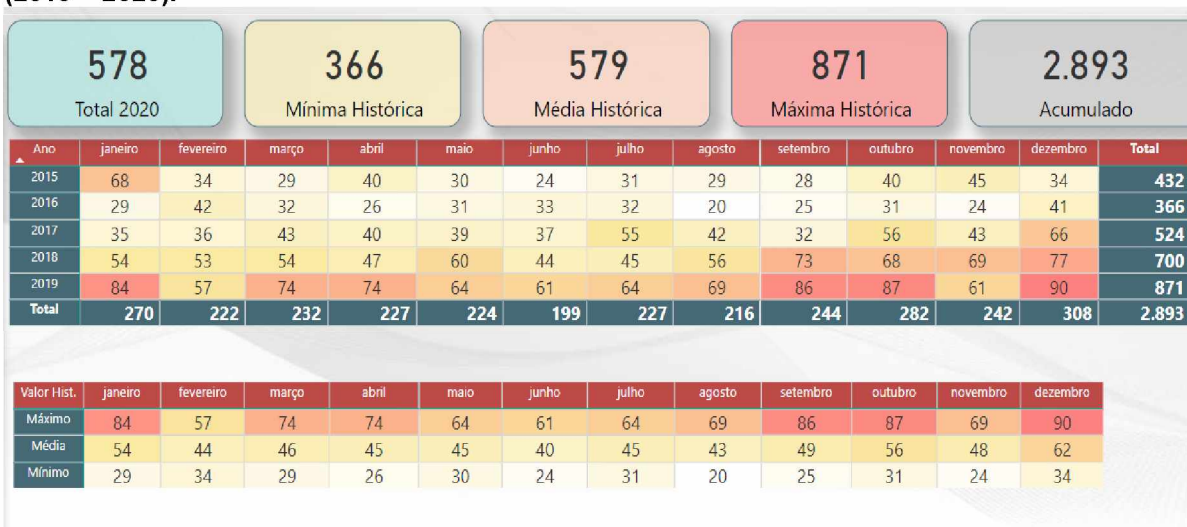
216		117		182		297		908					
Total 2020		Mínima Histórica		Média Histórica		Máxima Histórica		Acumulado					
Ano	janeiro	fevereiro	março	abril	maio	junho	julho	agosto	setembro	outubro	novembro	dezembro	Total
2015	11	11	15	12	9	10	10	8	13	5	10	8	122
2016	11	4	12	8	8	6	7	14	16	11	15	8	120
2017	10	8	7	6	12	9	7	15	9	17	7	10	117
2018	15	20	24	20	23	16	20	19	26	16	26	27	252
2019	31	19	22	23	18	29	21	25	23	27	32	27	297
Total	78	62	80	69	70	70	65	81	87	76	90	80	908
Valor Hist.	janeiro	fevereiro	março	abril	maio	junho	julho	agosto	setembro	outubro	novembro	dezembro	
Máximo	31	20	24	23	23	29	21	25	26	27	32	27	
Média	16	12	16	14	14	14	13	16	17	15	18	16	
Mínimo	10	4	7	6	8	6	7	8	9	5	7	8	

Fonte: EMBM3/CBMMG (2020).

A FIG.9 ilustra a distribuição de ocorrências envolvendo tentativas de suicídio cujo método empregado possa causar (ou tenha causado) lesões musculoesqueléticas ou hemorragias, com risco a integridade física do tentante, como precipitação de altura, uso de objetos incisivos, corto-contusos, enforcamento, ou por meio de descarga elétrica, por exemplo.

⁶ Não estão no nível do solo.

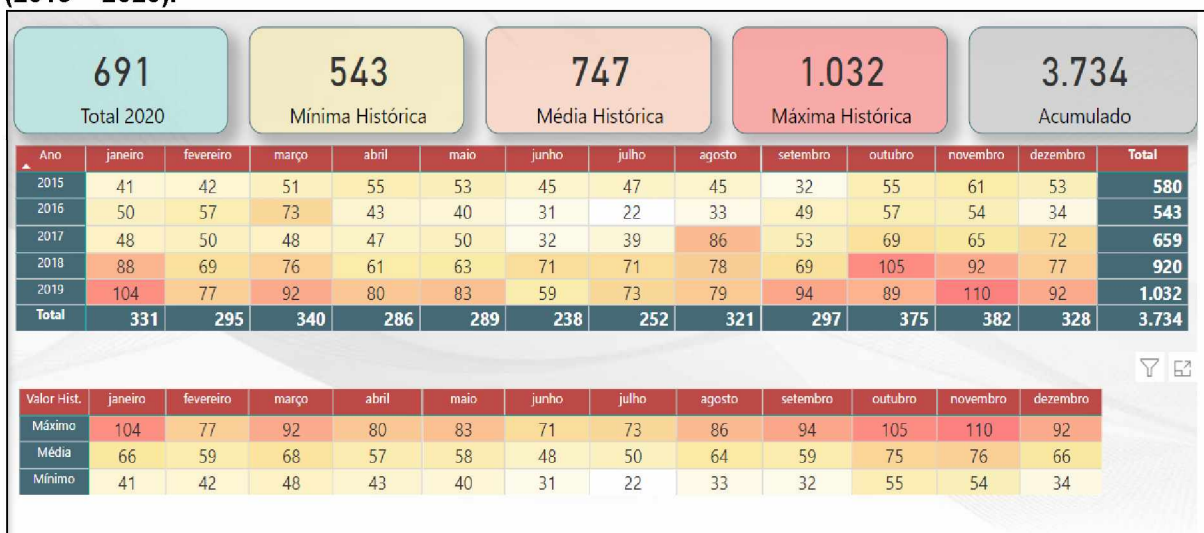
Figura 9: Distribuição de ocorrências de Vítima de Suicídio (tentativa) – APH Trauma/V03.021 (2015 – 2020).



Fonte: EMBM3/CBMMG (2020).

A FIG.10 ilustra a distribuição de ocorrências envolvendo tentativas de suicídio cujo método empregado envolva intoxicação exógena, como pesticidas, medicamentos psicoativos, drogas perturbadoras do Sistema Nervoso Central (SNC), drogas depressoras do SNC e drogas estimulantes do SNC, por exemplo.

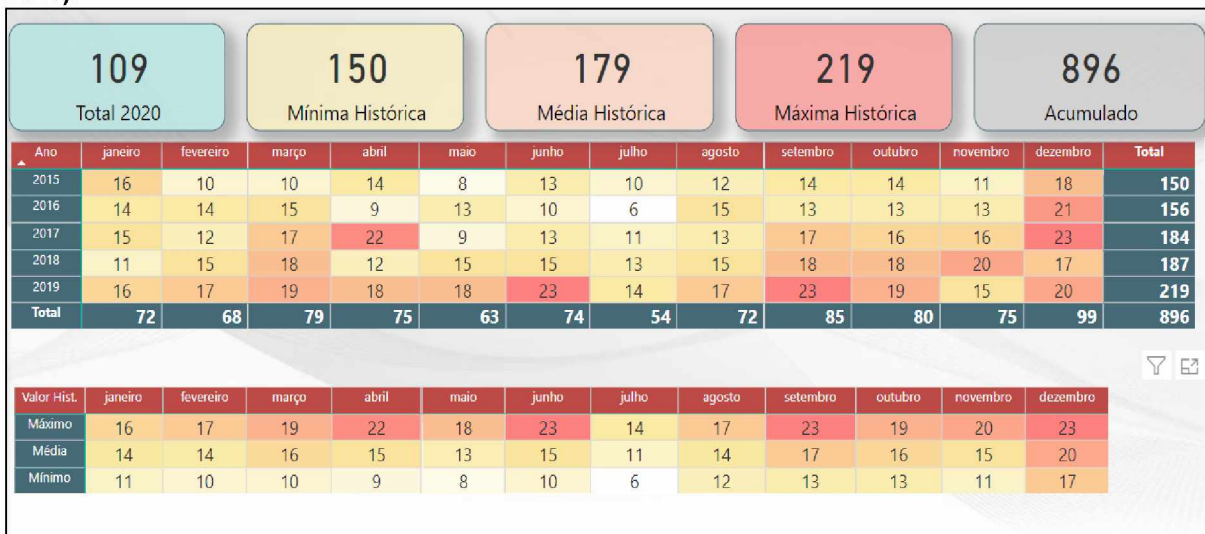
Figura 10: Distribuição de ocorrências de Vítima de Suicídio (tentativa) – APH Clínico /V01.024 (2015 – 2020).



Fonte: EMBM3/CBMMG (2020).

A FIG.11 ilustra a distribuição de ocorrências envolvendo suicídio consumado por diferentes métodos, apresentando uma média histórica anual de 179 ocorrências desta natureza.

Figura 11: Distribuição de ocorrências de Autoextermínio – suicídio consumado/03.100 (2015 – 2020).



Fonte: EMBM3/CBMMG (2020).

Já a FIG.12 expõe a relação de ocorrências de suicídio consumado de forma mensal, com comparativo entre as os valores mensais máximos, mínimos e média histórica mensal em paralelo aos dados relativos ao ano de 2020 (há picos históricos em julho, setembro e dezembro).

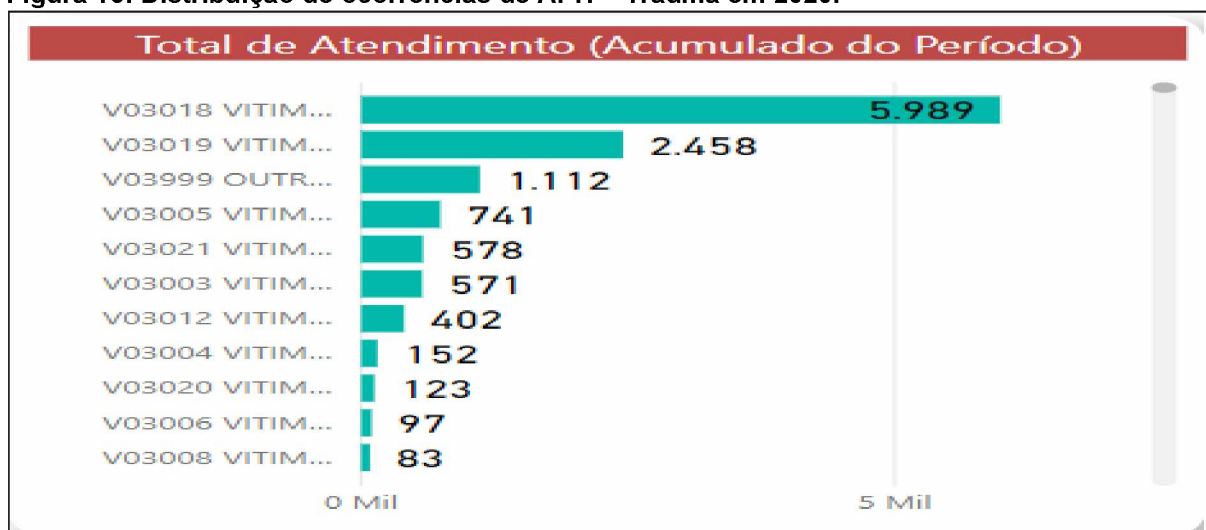
Figura 12: Distribuição mensal de ocorrências de Autoextermínio (suicídio consumado) /A03.100 em 2020.



Fonte: EMBM3/CBMMG (2020).

A FIG. 13 apresenta as ocorrências de APH (Atendimento Pré-Hospitalar) Trauma atendidas no ano de 2020⁷ em ordem decrescente. Verifica-se que ocorrências que envolvem Vítima de tentativa no subgrupo (V03.021⁸) estão em 5ª posição.

Figura 13: Distribuição de ocorrências de APH – Trauma em 2020.



Fonte: EMBM3/CBMMG (2020).

Conforme a Lei Complementar nº 54/1999 de Minas Gerais, dentre as competências do CBMMG, tem-se:

Art. 3º - Compete ao Corpo de Bombeiro Militar:

I - **Coordenar e executar as ações de defesa civil, proteção e socorrimto públicos**, prevenção e combate a incêndio, perícias de incêndio e explosão em locais de sinistro, busca e salvamento; (Vide art. 2º da Lei nº 14.130, de 19/12/2001.) (LEI COMPLEMENTAR 54, MINAS GERAIS, 1999, p. 1, grifo nosso).

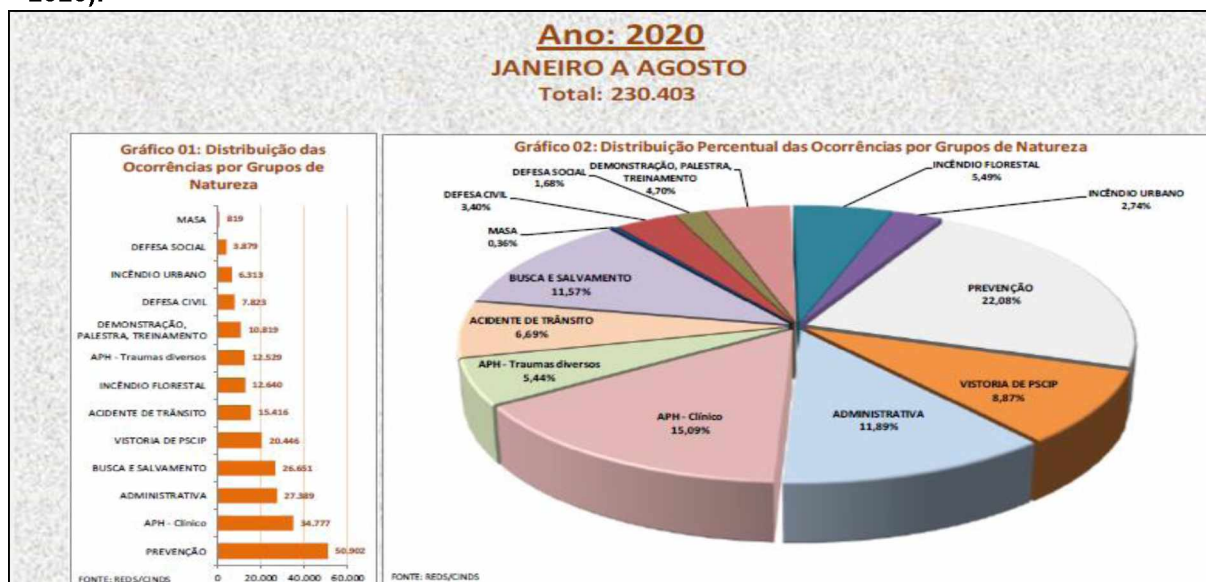
Dentro deste grupo de atribuições institucionais (proteção e socorrimto público), encontram-se as ocorrências de atendimento pré-hospitalar (APH) e de salvamento, além disso, as ocorrências que envolvem comportamento suicida estão inseridas neste grupo. Por meio do GRAF. 4, referente à distribuição do quantitativo

⁷ Ocorrências atendidas de 01Jan20 a 31Ago20.

⁸ Vítima de Suicídio (tentativa) – APH Trauma.

de ocorrências atendidas pela corporação no ano de 2020⁹ é possível perceber a representatividade desta modalidade de ocorrências como um todo.

Gráfico 4: Distribuição das ocorrências registradas pelo CBMMG por grupos de natureza (2015 – 2020).



Fonte: Anuário do CINDS/EMBM2 (2018, 2019 e 2020 até Ago20).

O somatório de ocorrências de busca e salvamento, de APH clínico (emergências pré-hospitalares sem lesões físicas traumáticas) e de APH traumas diversos (emergências pré-hospitalares com lesões físicas traumáticas) representam 32,1% das 230.403 ocorrências atendidas no ano de 2020 (até agosto). Ou seja, conforme mencionado pelo legislador, as missões institucionais de socorrimento público como um todo são materializadas por tais números globais e, por sua vez, a atribuição de busca e salvamento (que inclui APH) são realizadas pelos militares do CBMMG. Estes acompanham em pelo menos cerca de um terço das ocorrências atendidas.

A Diretriz Integrada de Ações e Operações (DIAO, 2005) do Sistema de Defesa Social do Estado de Minas Gerais padroniza a nomenclatura e codificação de ocorrências diversas dos órgãos de segurança pública do Estado. Dentro das ocorrências do CBMMG relativas ao comportamento suicida, estão tipificadas as ocorrências de *Salvamento de Suicida* (operações que exigem a intervenção do CBMMG com uso de técnicas e equipamentos específicos de resgate vertical.); *Vítima*

⁹ Até o mês de agosto de 2020.

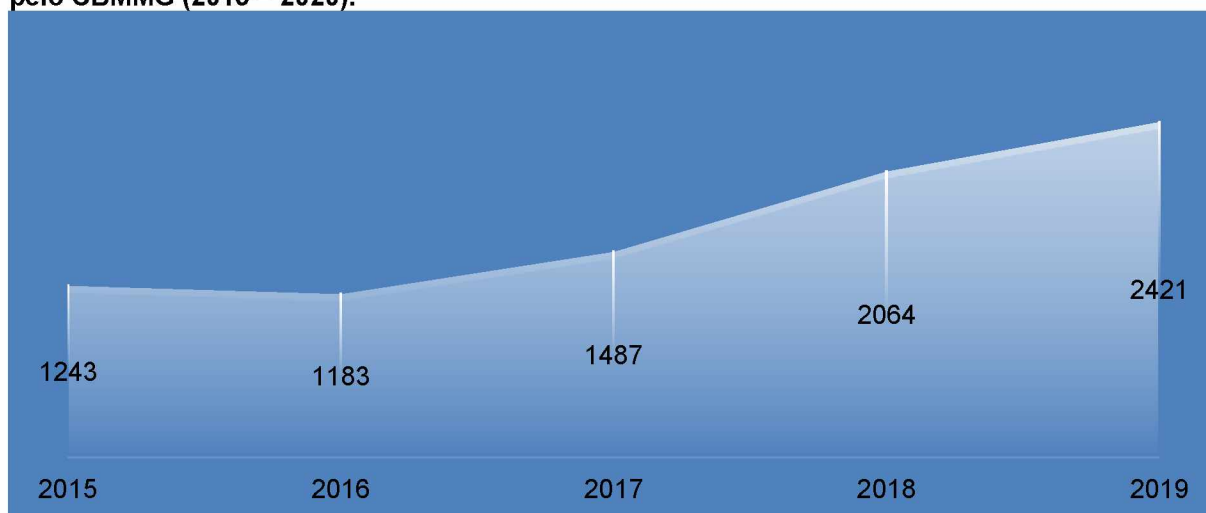
de suicídio (tentativa) – APH trauma (por meios traumáticos os mais diversos), *Vítima de Suicídio (Tentativa) – APH Clínico* além de *Autoextermínio* (suicídio).

É preciso ir mais além sobre o que de fato é tipificado como ocorrência de pessoas com o comportamento suicida. É possível que, quando da chegada das equipes no local, influenciados por poucas informações ou ausência de testemunhas, situações que poderiam ser classificadas como tentativas de suicídio (como intoxicação exógena) ou suicídio consumado (afogamento, por exemplo) são categorizadas em outra tipificação, conforme DIAO.

É importante reconhecer que as estatísticas podem estar submensuradas. O que importa, no entanto, é verificar se os militares do CBMMG apresentam boas condições emocionais de atenderem ocorrências de ameaça a vida e se estas são de fato atribuições institucionais.

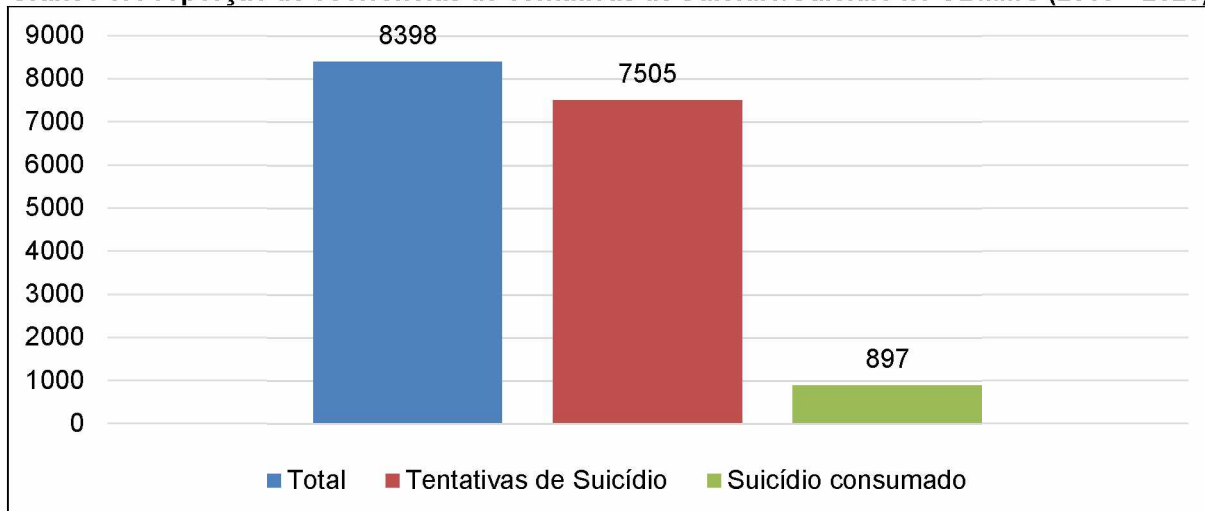
Especificamente sobre suicídio, os dados estatísticos do CINDS/EMBM2 (2020), mostram que entre 2015 (1243 chamados) e 2019 (2421 chamados) ocorreu um aumento de 94,77% (GRAF. 5) (8.398 ocorrências acumuladas no período).

Gráfico 5: Evolução estatística das ocorrências de Tentativas de Suicídio/Suicídio atendidas pelo CBMMG (2015 – 2020).



Fonte: Anuário do CINDS/EMBM2 (2018, 2019 e 2020 até Ago20).

Ainda em acordo com o CINDS/EMBM2, a frequência de suicídios consumados (testemunhados ou não) representam 10,39% da amostra (897 casos), conforme GRAF. 6 a seguir:

Gráfico 6: Proporção de ocorrências de Tentativas de Suicídio/Suicídio no CBMMG (2015 – 2020).

Fonte: Anuário do CINDS/EMBM2 (2018, 2019 e 2020 até Ago20).

De acordo com os dados, torna-se evidente que o CBMMG tem cumprido seu papel institucional de socorrimento público conforme o parágrafo a seguir:

Art. 142 – A Polícia Militar e o Corpo de Bombeiros Militar, forças públicas estaduais, são órgãos permanentes, organizados com base na hierarquia e na disciplina militares e comandados, preferencialmente, por oficial da ativa do último posto, competindo:

(...)

II – ao Corpo de Bombeiros Militar, a coordenação e a execução de ações de defesa civil, a prevenção e combate a incêndio, perícias de incêndio, busca e salvamento e estabelecimento de normas relativas à segurança das pessoas e de seus bens contra incêndio ou qualquer tipo de catástrofe; (CONSTITUIÇÃO, MINAS GERAIS, 1989, p. 117)

A função dos militares do CBMMG é alicerçada por diferentes mecanismos legislativos, sendo inclusive demandados de forma crescente pela sociedade. É indiscutível o fato que bombeiros militares da corporação estão expondo-se e atuando excessivamente em ocorrências extremas nas tentativas de suicídio e de suicídio consumado.

4.2 Os traumas psicológicos e a atividade do CBMMG

De acordo com a Assessoria de Assistência à Saúde (AAS) do CBMMG, conforme dados da TAB. 3, em 2018 houve 158 militares licenciados¹⁰ por motivos de saúde mental/comportamental, 215 em 2019 e 114 em 2020, sendo que a taxa de

¹⁰ Militares afastados integralmente das atividades administrativas ou operacionais.

licença por esta natureza oscilou entre 2,03% e 3,73% da tropa. Este tipo de absenteísmo pode ter sido provocado ou intensificado por fatores do ambiente de trabalho e, eventualmente, por exposição crônica/aguda a eventos estressores.

Tabela 3 – Licenças por transtornos mentais e comportamentais no CBMMG 2015 – 2020.

Ano	Efetivo do CBMMG	Efetivo Licenciado		Dias de licença Total anual
		n	%	
2018	5715	158	2,76	2433
2019	5764	215	3,73	3384
2020	5627	114	2,03	1477

Fonte: AAS/CBMMG (2020).

Nota: dados de 2020 computados de 01Jan20 a 30Jun20.

Conforme descrito, eventos traumáticos podem desencadear traumas psicológicos primários que, por sua vez, podem desencadear transtornos psiquiátricos secundários; e ambos causarem sofrimento exigindo intervenção. A exposição dos bombeiros militares a diferentes eventos traumáticos aumenta muito as chances de diagnósticos de doença mental. Os dados quantitativos de ocorrências de tentativas de suicídio/suicídio atendidas pelo CBMMG cresceram (94,77%) desde 2015 (GRAF.5), expandindo também as possibilidades de doenças mentais nos membros da corporação.

Descrito no DSM-5 (2013), eventos traumáticos são situações/acontecimentos com risco real que atenta contra a integridade física do sujeito, incluindo morte. Já o trauma psicológico, ainda conforme tal manual de diagnóstico, é o resultante psíquico manifesto por diferentes sintomas aversivos em sujeitos expostos a um incidente crítico, cujos mecanismos de proteção psicológicas foram rompidos. Torna-se imperioso mencionar que o trauma psicológico pode ser deflagrado tanto em sujeitos que se expõem diretamente a um evento traumático quanto naqueles que presenciam.

Conforme MJSP (2019, p. 14), tem-se:

Na Segurança Pública, operações especiais com dano ou prejuízo físico ou psíquico (próprio ou de terceiros), catástrofes, presenciar suicídios ou ter envolvimento próximos de pessoas que cometeram suicídio são alguns exemplos de incidentes críticos.

Incidentes críticos que resultem em presenciar um suicídio, por exemplo podem desencadear, conforme Quevedo e Carvalho (2014) e Grégio (2005), uma série de transtornos mentais severos e crônicos. Transtorno do Estresse Agudo, Transtorno do Estresse Pós-traumático, Depressão, Transtorno de Ansiedade Generalizada, Dependência de Substâncias, Transtorno do Pânico e até risco de suicídio são alguns dos possíveis distúrbios gerados ou potencializados pelo impacto do evento traumático.

Uma vez que o trauma surge, uma pluralidade de comorbidades podem vir a se manifestar sendo que cada uma delas apresenta um conjunto de sinais e sintomas disfuncionais próprios. Não cabe aqui o uso de determinismo psicopatológico de que distúrbios mentais obrigatoriamente são desenvolvidos no pós evento. Dependerá então dos fatores predisponentes do militar que vivencia a cena, de que forma o evento foi apresentado, bem como a rede de suporte oferecida imediatamente após a experiência.

Um dos possíveis transtornos que pode apresentar sintomas já nos primeiros três meses após o incidente crítico é o TEA e o TEPT. Tal como descrito por Stern et al. (2016), estes representam aumento significativo de ideação/tentativas de suicídio. O TEPT guarda uma certa relação com o TEA, sendo que boa parte daqueles que desenvolvem o TEA podem também desenvolver o TEPT e com ele seus efeitos.

Essa dinâmica evolutiva é bem evidente quando se compara grupos distintos expostos a mesmos estressores, sendo que grupo específicos, como de bombeiros têm maior predisposição como se verifica a seguir:

Apesar de grupos distintos terem níveis diferentes de exposição a eventos traumáticos, a probabilidade condicional de desenvolver TEPT depois de um nível semelhante de exposição também pode variar entre os grupos culturais. As taxas de TEPT são maiores entre veteranos de guerra e outros cuja ocupação aumente o risco de exposição traumática (p. ex., policiais, **bombeiros**, socorristas). (DSM, 2013, p. 276, grifo nosso)

Fatores predisponentes na rotina dos militares são influenciados durante exposição a eventos traumáticos. De acordo com Lima, Assunção e Barreto (2015), há uma prevalência de 6,9%, de casos prováveis TEPT em uma amostra de 794 bombeiros militares que atuam na cidade de Belo Horizonte – MG, conforme descrito na TAB. 4. No entanto, quando observa-se por faixa etária, os militares entre 25 anos e 29 anos apresentam uma prevalência de 9,7%. A possibilidade de cometer suicídio

em virtude do TEPT é considerável, tal como exposto pelos autores, influenciados pelo chamado “*Efeito Werther*”¹¹, em que uma exposição de um suicídio pode vir a deflagrar outros por imitação.

Tabela 4: Frequência de comportamento suicida conforme transtorno psiquiátrico.

PREVALÊNCIA DE POSSÍVEIS TEPT	
Faixa etária	Percentual
25-29	9,7%
30-39	7,3%
40-50	8,5%
Geral	6,9%

Fonte: Lima, Assunção e Barreto (2015).

Nota: Extraído do artigo “Prevalência de depressão em bombeiros”.

Para uma comparação entre o TEPT (Transtorno de Estresse Pós-Traumático) na amostra de bombeiros militares descrita anteriormente e amostras da prevalência de TEPT em outros diferentes serviços de emergências no mundo, são apresentados alguns exemplos (TAB.5) ilustrados a seguir:

Tabela 5: Frequência de comportamento suicida conforme transtorno psiquiátrico.

Autores, ano e local	Amostra	Prevalência (TEPT)	Principais resultados: fatores associados ao TEPT
Bryant & Guthrie (2007) ¹⁹ , Austrália	Bombeiros (n = 52)	12% da amostra	Autoavaliação (self)
Heirichs et al. (2005) ²³ , Alemanha	Bombeiros (n=43)	TEPT: 16,3% TEPT subclínico: 18,6%	Personalidade (hostilidade) e autoeficácia

¹¹ Fenômeno alusivo ao livro “Sofrimento do jovem Werther” escrito por Johann Wolfgang von Goethe escrito no ano de 1774. No romance, o protagonista comete suicídio e a leitura de tal livro supostamente estimulou o suicídio de muitos leitores. O pesquisador David Phillips, em 1974, denominou “*Efeito Werther*” o fenômeno em que um suicídio pode estimular o suicídio de outras pessoas.

Bryant & Guthrie (2005) ²⁰ , Austrália	Bombeiros (n=82)	Nenhum caso	Autoavaliação (self)
Guthrie & Bryant (2005) ²¹ , Austrália	Bombeiros (n=35)	Nenhum caso	Uso de álcool e resistência galvânica da pele
Slotjje et al. (2008) ²⁴ , Holanda	Bombeiros (n=559) Policiais (n=1489)	Bombeiros expostos: 5,4% Bombeiros não expostos: 2,6%	Nenhum
Witteveen et al. (2007) ²⁵ , Holanda	Bombeiros (n=559) Policiais (n=1489)	Bombeiros expostos: 3% Bombeiros não expostos: 0%	Idade e estado civil, exposição à eventos traumáticos ocupacionais (desastre aéreo) e eventos de vida estressantes
Huizink et al. (2006) ²⁶ , Holanda	Bombeiros (n=528) Policiais (n=1468)	Bombeiros expostos: 5,4% Bombeiros não-expostos: 2,6%	Nenhum
van der Velden et al. (2006) ²⁷ , Holanda	Bombeiros (n=771)	16,2% momento 1 4,8% momento 2	Exposição a eventos traumáticos ocupacionais (incêndio)
Hagh-Shenas et al. (2005) ²⁸ , Iran	Bombeiros (n= 36) Cruz Vermelha (n=18) Voluntários (n=100)	Bombeiros: 2,8% Cruz Vermelha: 5% Voluntários: 34%	Formação profissional
Mitani (2008) ³⁰ , Japão	Bombeiros (n=157)	22% da amostra	Autopercepção da saúde, sintomas de estresse, exposição a eventos traumáticos ocupacionais e não-ocupacionais e suporte social
Berger et al. (2007) ³¹ , Brasil	Bombeiros (n= 234)	TEPT: 5,6% TEPT subclínico: 15%	Problemas físicos e emocionais (autorrelato), consultas médicas e qualidade de vida
Chen et al. (2007) ³² , Taiwan	Bombeiros (n=410)	Critérios B, C e D: 15,9% Critério completo: 10,5%	Depressão, problemas físicos, exposição a eventos traumáticos e estresse no trabalho.
Del Ben et al. (2006) ³³ , EUA	Bombeiros (n=131)	IES - Critério IES: 22% PCL - Critérios B, C e D: 8% PCL Critério completo: 6%	Histórico de tratamento psicológico, idade de início da carreira (bombeiro) e exposição a eventos traumáticos ocupacionais
Bennett et al. (2005) ¹⁵ , Inglaterra	Pessoal de ambulância (n=617)	15% homens 23% mulheres	Exposição a eventos traumáticos ocupacionais, anos de experiência profissional e estresse no trabalho.

Fonte: Lima, Assunção e Barreto (2015).

Nota: Extraído do artigo "Prevalência de depressão em bombeiros".

Chegou-se à conclusão de que bombeiros militares que presenciaram um suicídio, de acordo com sua saúde mental, das condições do ato em si e os recursos de suporte pós evento, podem desenvolver um trauma. Caso haja este efeito traumático, suas manifestações podem incluir transtornos afins ao estresse, depressão, ansiedade, pânico, dependências e inclusive ideação/tentativa de suicídio. Muito se fala da hora de ouro, em que as intervenções imediatas, logo após o sinistro, podem contribuir de maneira mais pronunciada na atenuação dos efeitos traumáticos ou mesmo evitá-los.

4.3 A ligação entre posvenção e prevenção ao TEPT

Testemunhar um evento como um suicídio em uma ocorrência, pode gerar reações emocionais intensas. Como dito anteriormente, tanto o TEA quanto o TEPT podem desencadear ideação suicida, tentativas de suicídio, e tendência a comorbidades com outros transtornos psicológicos (DSM-V, 2013).

Conforme literatura apresentada e discutida, tornam-se necessárias medidas que busquem melhorar a saúde mental destes sobreviventes militares, as quais se denominam Posvenção. A Posvenção é um conjunto de medidas de acolhimento, avaliação, suporte e intervenção a sobreviventes que se expuseram a ao suicídio e foram afetados por ele. Tais ações visam não somente prevenir o surgimento de transtornos graves, mas também mitigar seu sofrimento logo no pós sinistro.

As intervenções preventivas para TEA/TEPT, aplicáveis a pessoas que se expõem a qualquer tipo de incidente crítico de caráter generalista, são também extremamente úteis para Posvenção. Assim, para a proposição do programa de Posvenção para o CBMMG, torna-se importante a inserção de instrumentos preventivos ao TEA/TEPT.

Considerando que o Caderno Técnico de Tratamento do Transtorno do Estresse Pós-traumático (Ministério da Justiça e Segurança Pública) apresenta um modelo padrão de intervenções preventivas para o transtorno, seria conveniente que no Programa de Posvenção ao Suicídio sejam feitas as devidas adaptações à realidade do CBMMG.

De acordo com o proposto pelo Caderno Técnico de Tratamento do TEPT do MJSP (2019), segue o modelo *Critical Incident Stress Management - CISM*: que é um dos modelos mais modernos e eficientes no suporte a este tipo de transtorno e se aplica à Posvenção:

A abordagem CISM é considerada um dos mais abrangentes programas de prevenção de TEPT e foi projetada para mitigar o sofrimento psicológico agudo associado à crise psicológica que pode surgir a partir de atos violentos e para evitar ou atenuar a intensidade das sequelas pós-traumáticas adversas. A natureza programática de multicomponentes CISM está emergindo como um padrão internacional de atendimento e variações do modelo CISM foram adotadas e normatizadas por numerosas organizações e diversificadas em uma ampla variedade de locais de trabalho, incluindo a Força Aérea dos Estados Unidos (*United States Air force - USAF*); a Administração de Aviação Federal (*Federal Aviation Administration - FAA*); a Guarda Costeira dos Estados Unidos; o Serviço Secreto dos Estados Unidos (*Federal Bureau of Investigation - FBI*); o Serviço Americano de Álcool, Tabaco e Armas de Fogo (*The U.S. Bureau of Alcohol, Tobacco and Firearms - ATF*); a Associação dos Pilotos Comerciais (ALPA); a Polícia Nacional Sueca; a Associação Islandesa de Equipes de Resgate; a Marinha e o Exército Australianos; o Departamento de Saúde Mental de Massachusetts; dentre outros. (MJSP, 2019, p. 36).

Este modelo pressupõe que as ações de prevenção ao transtorno devem ser realizadas de forma imediata para que seus efeitos salutaros possam alcançar maior rendimento. Dentre as intervenções imediatas, existem as técnicas do *Defusing* e do *Debriefing* psicológico, conforme descrito no caderno técnico do MJSP (2019):

A técnica do *defusing* é também chamada de sessão inicial de desativação, descompressão ou desarmamento. Trata-se de uma intervenção grupal, com duração entre 20 minutos a 1 hora, realizada logo após o evento traumático, sendo ideal dentro das primeiras 3 horas após o evento ou até 24 horas após a ocorrência do incidente crítico. É proposto para grupos pequenos e útil quando um *debriefing* completo não pode ser fornecido, como, por exemplo, no caso de um incidente crítico prolongado. O *defusing* pode ser considerado uma entrevista breve, em que não são abordados aspectos emocionais profundos, e possibilita às pessoas que vivenciaram um evento traumático uma oportunidade para se expressarem rapidamente até que tenham possibilidade de analisar mais profundamente sua experiência. (MJSP, 2013, p. 39).

Já o *Debriefing* psicológico pode ser conceituado da seguinte forma:

Os objetivos do *debriefing* são semelhantes aos dos procedimentos de intervenção em crise, tentando impedir respostas mal adaptativas aos incidentes críticos e utilizando o formato de grupo em oposição à intervenção individual. Técnicas de *debriefing* procuram restaurar o domínio pessoal razoável, a rede de apoio e cuidado de pessoas próximas e o sentido de vida

das vítimas, exercendo a função de estabilizar a situação e proporcionar alívio sintomático. (MJSP, 2013, p. 40).

Há momentos mais indicados para o *defusing* e *outro mais adequados ao Debriefing* psicológico, conforme se observa no Quadro 4 a seguir:

Quadro 4: Principais características do *defusing* e do *debriefing* psicológico.

<i>Defusing</i>	<i>Debriefing psicológico</i>
<p>Realizada nas primeiras 3 horas ou até 24 horas após o incidente crítico; Sessão única com duração entre 20 minutos a 1 hora; Lida com reações ao evento em curto prazo; Menos estruturada e mais informal; Objetivo geral: enfrentamento de reações a curto prazo; Objetivos específicos: reduzir a intensidade das reações imediatas; normalizar a experiência; restabelecer rede social do grupo; educar o grupo sobre reações potenciais de estresse; estabelecer expectativas positivas sobre os resultados; avaliar o grupo com relação às necessidades adicionais.</p>	<p>Realizada nos dias subsequentes ao incidente crítico; Sessão única com duração média de 3 horas; Lida com reações ao evento em médio e longo prazo; Mais estruturada e formal; Objetivo geral: integração das vivências traumáticas relativas ao evento traumático; Objetivos específicos: reduzir o impacto do incidente crítico, prevenir a fase crônica do TEPT e evitar o seu desenvolvimento; facilitar a expressão dos sentimentos e emoções em grupo relacionadas à experiência traumática; propiciar informação com relação ao manejo de estresse; avaliar a necessidade de acompanhamento.</p>

Fonte: MJSP (2019, p. 39)

Nota: adaptação extraída do caderno técnico de tratamento do Transtorno do Estresse Pós-traumático.

4.4 Programa de Saúde Ocupacional Bombeiro Militar – PSOBM

A Resolução nº 640, de 15 de outubro de 2015, estabelece o Programa de Saúde Ocupacional Bombeiro Militar (PSOBM) no CBMMG. Por meio dele, é previsto monitoramento da saúde ocupacional da tropa, possibilitando trabalhos preventivos além de rastreio e diagnóstico precoce em relação à saúde do trabalhador, conforme o art. 2:

Art. 2º - O PSOBM compreende a identificação e o controle de riscos relacionados à execução das atividades de bombeiro militar, através da realização bienal obrigatória da avaliação de saúde nas áreas médica, odontológica e psicológica, com a finalidade de identificação precoce de possíveis agravos à saúde, bem como a adoção de medidas técnicas e administrativas que impeçam ou reduzam a progressão de alterações já identificadas. (Res. Nr 640/15 – CBMMG).

De acordo com o PSOBM, a cada dois anos a tropa é avaliada de forma multidisciplinar (consulta médica, consulta odontológica e avaliação psicológica). O foco deste processo avaliativo é o diagnóstico precoce e prevenção ao desenvolvimento de diferentes doenças relacionadas às atividades profissionais.

Em relação à avaliação psicológica, os profissionais são submetidos a uma testagem inicial por meio de diferentes instrumentos (anamnese estruturada¹², SRQ-20¹³, PCL-C¹⁴, AUDIT¹⁵) e conforme os resultados encontrados, o militar é direcionado para avaliações psicológicas complementares e/ou para psicoterapia.

Embora tal programa de saúde represente um importante marco na prevenção e tratamento de diferentes doenças e transtornos, dado a sua sazonalidade, seus efeitos podem não ser suficientes em caso de posvenção. Isso porque conforme verificado, as ações preventivas ao TEPT por exemplo, são mais eficazes quando aplicadas próximo da ocorrência do evento crítico (hora de ouro).

Medidas de Posvenção que objetivam mitigar ou evitar um sofrimento psicológico maior, (que incluem TEA, TEPT, risco de suicídio, entre outros agravos mentais), devem ser oferecidas em caráter agudo ao bombeiro militar que lida com suicídio na sua ocorrência. Sendo assim, embora paliativo o PSOBM não seria efetivo para posvenção, pois suas intervenções poderiam ser tardias, ocorrendo meses ou anos após o incidente crítico.

Esta nova proposta alinha-se ao Plano de Comando do CBMMG em sua 3ª Edição, regulamentado pela Resolução Nº 866, de 05 de Setembro de 2019, podendo estar presente em seu Eixo Suporte 4 (Comunicação Institucional) no Programa de Valorização Institucional, conforme a seguir:

Paralelamente a essa premissa, o eixo envolve a valorização do público interno, convergindo ações de estímulo e capacitação, fazendo com que esteja alinhado com a missão e objetivos da Corporação, enxergando a necessidade e importância da comunicação para a construção do conhecimento, levando a decisões mais acertadas, uma vez que o sucesso da Corporação está centrado na satisfação de seus integrantes (Res. 866/10, p.81).

¹² Questionário com sequência de perguntas já montadas em que o respondente escreve suas respostas. Este tem o objetivo de coletar informações pregressas relativas à saúde do profissional.

¹³ O *Self-Report Questionnaire* (SRQ-20) é um questionário autoaplicável que avalia o sofrimento mental.

¹⁴ O *Posttraumatic Stress Disorder Checklist* (PCL-C) é uma escala com o objetivo de avaliar a experiência/vivência a um acontecimento potencialmente traumático e diagnosticar a TEPT.

¹⁵ O AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test é um instrumento de avaliação importante para a adequada triagem e diagnóstico de Problemas ligados ao álcool.

4.5 Proposta de Programa de Posvenção

A seguir será apresentada uma proposta de intervenção posventiva ao CBMMG tendo como base o “*Protocolo de Intervenção em Incidentes Críticos para Prevenção e Tratamento do TEPT na Segurança Pública*”, constante no Caderno Técnico de Tratamento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático – TEPT DO Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP, 2019, p. 127 – 146). Para tal, houve algumas adaptações deste modelo para abranger e comportar a posvenção, bem como adequações a características do CBMMG.

4.5.1 Finalidade do programa

Promoção de saúde mental para os militares do CBMMG, reduzindo a morbidade decorrente do estresse agudo e pós-traumático nestes profissionais (incluindo comportamento suicida) em virtude da exposição a suicídio.

4.5.2 Objetivo do programa

Normatização e padronização de procedimentos posventivos por meio de ações de prevenção e eventual tratamento aos profissionais do CBMMG envolvidos em incidentes críticos relacionados a suicídio.

4.5.3 Atribuições da Assessoria de Assistência à Saúde – AAS¹⁶.

A AAS – CBMMG será responsável por fomentar a implantação de todos os procedimentos previstos neste Programa, por meio das seguintes atribuições:

- a) Fazer cumprir os procedimentos propostos no Programa;
- b) Coordenar, articular, orientar e monitorar as atividades realizadas pelas equipes técnicas de prevenção e de tratamento do TEPT/ Posvenção ao Suicídio;

¹⁶ Adaptação de MJSP (2019, p. 128).

- c) Desenvolver estratégias de implementação das ações propostas no Programa a fim de alcançar os profissionais do CBMMG da capital e do interior do estado de Minas Gerais;
- d) Realizar reuniões sistemáticas com todas as equipes a fim de padronizar o atendimento e os procedimentos prescritos no Programa;
- e) Criar e promover a capacitação das equipes técnicas de prevenção e tratamento do TEPT, com o propósito de atender a todos os profissionais do CBMMG em tempo hábil;
- f) Planejar educação continuada para prevenção e gerenciamento do estresse e TEPT/ Prevenção e posvenção ao suicídio;
- g) Alimentar banco de dados específico na instituição para sistematização dos registros das atividades relativas ao Programa de Intervenção para fins de avaliação de resultados, consolidação de estatísticas, tomada de decisão de estratégias de ação e fonte de pesquisa para novas demandas;
- h) Mapear as causas das Licenças para Tratamento de Saúde (LTS) relacionado a incidentes críticos na corporação;
- i) Levantar dados sobre os incidentes críticos mais frequentes e de maior impacto nos profissionais do CBMMG;
- j) Levantar os custos da instituição em função de LTS e inatividade por transtornos psicológicos em relação ao custo da prevenção e tratamento do TEPT/Posvenção;

4.5.4 Atribuições do Núcleo de Atenção Integral à Saúde – NAIS¹⁷

- a) Levantar informações sobre a ocorrência de incidentes críticos envolvendo suicídio;
- b) Requisitar o preenchimento do Registro do Incidente Crítico (RIC) pelos profissionais envolvidos no incidente crítico envolvendo suicídio;
- c) Avaliar o teor do RIC e encaminhar à equipe técnica de prevenção para realizar o atendimento imediato;

¹⁷ Adaptação de MJSP (2019, p. 129).

- d) Informar, respeitando os preceitos éticos de garantia de privacidade e sigilo do paciente, o seu comandante, chefe ou diretor sobre os encaminhamentos necessário sem cada caso;

4.5.5 Equipes técnicas de prevenção e tratamento do TEPT¹⁸

Caso haja o *debriefing* psicológico, as equipes técnicas de prevenção devem ser compostas por equipes multiprofissionais, contendo pelo menos um psicólogo, além dos pares de suporte para a intervenção precoce. Os pares de suporte compõem o pessoal de apoio especificamente para este processo ou são militares pertencentes ao mesmo círculo¹⁹ militar dos participantes. Os mesmos partilham também algo semelhante com os membros, auxiliando na condução do *debriefing*. Eles têm o propósito de aumentar a credibilidade da equipe e prover legitimidade em termos da cultura de um trabalho específico.

As equipes técnicas são compostas necessariamente por pelo menos um psicólogo ou psiquiatra, que deverá realizar o atendimento psicoterapêutico. Caso não haja estes profissionais na Unidade, será realizado encaminhamento para um profissional da rede de conveniados.

As equipes técnicas de prevenção ficarão responsáveis pela realização das técnicas de intervenção precoce, propostas no Programa, e as equipes técnicas de tratamento realizarão as intervenções psicoterapêuticas. É dever dos profissionais das equipes técnicas de prevenção e tratamento do TEPT/Posvenção, respeitar o sigilo profissional a fim de proteger, por meio da confidencialidade, a intimidade das pessoas, grupos ou instituições a que tenham acesso no exercício profissional. Os relatórios técnicos elaborados pelas equipes não poderão ser disponibilizados para profissionais que não sejam da área de saúde.

¹⁸ Adaptação de MJSP (2019, p. 130).

¹⁹ Para composição do grupo de pares, é interessante que estes militares tenham a mesma patente dos envolvidos. Por exemplo, se o afetado é um cabo, outros cabos treinados participam do grupo.

4.5.6 Procedimentos de intervenção²⁰

As técnicas de intervenção precoce visam minimizar o impacto do efeito traumático por meio de intervenção imediata, buscando a diminuição da prevalência do estresse e evitando a instauração do TEPT e/ou outros distúrbios nos militares do CBMMG.

- a) Primeiro procedimento: notificação imediata do incidente crítico.

Sempre que houver o surgimento de um incidente crítico envolvendo ocorrências de suicídio durante uma ocorrência, o CBU/ Chefe de Ala da unidade de referência deverá realizar notificação imediata para a equipe técnica de prevenção do TEPT/ Posvenção da Unidade.

- b) Segundo procedimento: preenchimento do Registro do Incidente Crítico - RIC.

Preferencialmente, o CBU/Chefe de ala dos militares envolvidos no incidente crítico deverá preencher o Registro do Incidente Crítico (RIC), documento que contém as informações detalhadas sobre o evento traumático (Apêndice).

- c) Terceiro procedimento: aplicação de técnicas de intervenção precoce.

Após a análise do conteúdo do RIC, a equipe técnica de prevenção do TEPT/ Posvenção deverá entrar em contato com os envolvidos e aplicar as técnicas de intervenção precoce propostas neste Programa. Sugere-se uma intervenção precoce que compreenda duas etapas: primeira etapa - o *debriefing* psicológico como primeira opção ou o *defusing*, no caso de incidentes de longa duração que inviabilizem a realização do *debriefing* no intervalo em que ele é considerado benéfico; segunda etapa - a entrevista de triagem e hipótese diagnóstica.

²⁰ Adaptação de MJSP (2019, p. 130).

4.5.7 O *debriefing* psicológico como primeira opção²¹

Proposto como primeira opção para a primeira etapa de intervenção para Prevenção do TEPT/Posvenção remete-se a uma adaptação da técnica *Critical Incident Stress Debriefing* - CISD ao CBMMG. Trata-se de uma intervenção precoce em grupo, de caráter preventivo imediato após incidentes críticos (perda traumática por suicídio), a ser aplicada ao grupo de militares do CBMMG envolvidos nesta mesma ocorrência.

Seguem os objetivos da aplicação da técnica do *debriefing* psicológico:

- a) Atender de forma imediata a todos os militares do CBMMG envolvidos em ocorrências em que houve um suicídio, partindo-se do pressuposto de que todos expostos a um incidente crítico estão em risco de uma reação de TEA ou TEPT;
- b) Reduzir o impacto do incidente crítico baixando a tensão psicoemocional para minimizar os sintomas agudos;
- c) Ativar o processo de integração das ocorrências traumáticas;
- d) Prevenir a fase crônica do TEPT e evitar o seu desenvolvimento, facilitando o processo de recuperação do militares envolvidos no incidente;
- e) Facilitar a expressão dos sentimentos e emoções em grupo relacionados à experiência traumática vivida com o propósito de reordená-la cognitivamente de forma mais adaptativa;
- f) Fornecer informações básicas sobre manejo de estresse.

Seguem as orientações sobre a aplicação da técnica do *debriefing* psicológico:

- a) Realizar a intervenção no prazo máximo de 72 horas após a participação na ocorrência em que teve suicídio, referencialmente nas primeiras 24 horas após o ocorrido por meio de uma reunião grupal com todos os profissionais

²¹ Adaptação de MJSP (2019, p. 131).

- envolvidos no incidente – poderá ser realizada por videoconferência, se não houver equipe de intervenção disponível na localidade;
- b) Não produzir um novo trauma, sendo necessária uma boa administração da sessão de *debriefing*, a fim de permitir a expressão dos sentimentos e emoções;
 - c) Não desativar a evitação ou negação de emoções difíceis de controlar, pois este é um mecanismo de defesa útil, talvez uma necessidade de sobrevivência psíquica;
 - d) A sessão do *debriefing* psicológico deve ser realizada por no mínimo dois e no máximo quatro membros da equipe técnica de prevenção, sendo um membro da equipe para cada cinco a sete participantes do grupo;
 - e) A equipe mínima para a sessão de *debriefing* deve ser de duas pessoas, mesmo com o menor dos grupos e deve ter sido treinada com relação aos procedimentos do *debriefing* psicológico de acordo com os padrões aqui estabelecidos;
 - f) Um dos componentes da equipe do *debriefing* deverá ser um profissional de saúde mental (coordenador ou facilitador do grupo), sendo os demais pares de suporte, todos devidamente treinados na técnica;
 - g) O profissional de saúde mental deverá avaliar a necessidade de participação do chefe da equipe ou da missão envolvido no incidente crítico de suicídio;
 - h) O profissional coordenador do grupo deve ser capaz de delinear objetivos, gerir o tempo, facilitar o processo e evitar o aparecimento de processos destrutivos, devendo estar familiarizado com o trabalho em grupo, detendo conhecimento adequado sobre as reações de estresse, de TEPT, de prevenção ao suicídio, dentre outros;
 - i) A sessão deve durar em torno de 3 a 4 horas, onde será feita uma “revisão” do evento estressor;
 - j) Deve-se avaliar o estado emocional dos membros do grupo após o *debriefing* e, caso necessário, encaminhar pessoas mais comprometidas emocionalmente para acompanhamento individual;
 - k) Realizar apenas uma sessão de *debriefing* (mais de uma sessão pode tornar o indivíduo vulnerável a reações significativas de estresse), a qual deve ser

seguida da entrevista de triagem e hipótese diagnóstica ou de outra estratégia de intervenção precoce escolhida pelo CBMMG.

O Quadro 5 descreve sugestão sobre quais atividades podem ser realizadas por sessão no debriefing psicológico:

Quadro 5 – Descrição das fases da sessão do *debriefing* psicológico.

FASES DA SESSÃO DO *DEBRIEFING* PSICOLÓGICO

<p>Primeira fase – “Introdução”</p>	<p>Os membros da equipe técnica se apresentam ao grupo e descrevem o processo, explicando o que vai acontecer durante a sessão e esclarecendo quaisquer dúvidas dos participantes, os quais também devem se apresentar. Os membros da equipe apresentam as diretrizes para a condução do debriefing e estimulam os participantes a se envolverem ativamente no processo. Deve-se enfatizar a confidencialidade e o sigilo envolvidos no processo. Estabelecer bom contato nesse primeiro momento da sessão para que as outras etapas fluam de forma satisfatória, o que pode facilitar o surgimento das áreas problemáticas e a participação ativa dos membros do grupo;</p>
<p>Segunda fase – “Descrição do Evento”</p>	<p>Os participantes são solicitados a descreverem o que aconteceu durante o evento estressor, sem necessidade de muitos detalhes. Esta etapa ajuda os participantes a começarem a falar por ser mais fácil verbalizar sobre o que aconteceu antes de descrever como o evento os impactou, o que ajuda a reduzir a ansiedade do momento;</p>
<p>Terceira fase – “Descrição do Pensamento”</p>	<p>Etapa de transição do domínio cognitivo ao domínio afetivo. O psicólogo pede aos participantes para descreverem seus pensamentos durante o incidente crítico antes de serem confrontados diretamente com o conteúdo emocional doloroso por ser mais fácil falar dos próprios pensamentos do momento do evento do que focalizar imediatamente sobre os aspectos mais dolorosos do evento. Os participantes começam a falar sobre os acontecimentos com certo grau de distanciamento para reduzir reações defensivas de enfrentamento. Esta etapa torna-se um veículo para a próxima, em que reações emocionais serão compartilhadas;</p>
<p>Quarta fase – “Reação Emocional”:</p>	<p>O foco muda para as respostas emocionais dos participantes durante o evento, o que eles estão experimentando atualmente e o significado que atribuem a essas experiências. Esse momento se concentra no impacto do evento sobre os participantes em que emoções como raiva, frustração, tristeza, sentimento de perda, confusão interna e outras normalmente surgem. É uma oportunidade de compartilhar as experiências traumáticas, o “ponto alto” da sessão do <i>debriefing</i>, em que a equipe técnica tenta normalizar a experiência e atenuar essas emoções negativas advindas da interpretação que cada indivíduo forneceu ao evento traumático em um processo de reformulação. A equipe de apoio ouve atentamente e gentilmente, incentivando os membros do grupo para acrescentarem algo, se assim o desejarem. Ninguém deve ser forçado a falar. Quando os integrantes do grupo se mostram sem problemas ou preocupações, eles podem estar evitando ou negando emoções difíceis de controlar, o que se configura em um mecanismo de defesa útil para a sobrevivência psíquica. Caso isso aconteça, a equipe deve mover a discussão para a próxima etapa de transição, a fase de sintomas, o que levará o grupo a partir do domínio afetivo em direção ao domínio cognitivo novamente;</p>
	<p>São discutidas reações típicas de estresse e a equipe técnica esclarece dúvidas sobre reações pessoais ao evento. Se o <i>debriefing</i> acontecer imediatamente após o incidente crítico, sintomas decorrentes do incidente podem ainda não se manifestar e os membros da equipe técnica devem exemplificar os sintomas mais comuns associados à exposição a eventos</p>

Quinta fase – “Descrição dos Sintomas”	traumáticos. Caso alguns membros do grupo já apresentem alguma sintomatologia, a equipe deve solicitar que relatem sobre os sintomas apresentados, se for o caso, e todo o grupo presta atenção aos sintomas mais comuns associados à exposição aos eventos traumáticos que servirão de base para a próxima etapa;
Sexta fase – “Ensino”	A equipe técnica tenta normalizar os sintomas trazidos pelos participantes, instruindo-os sobre as possíveis reações pós-traumáticas, ainda que nenhum sintoma tenha surgido. Os membros da equipe tentam descobrir o que os participantes sabem sobre reações e estratégias de manejo do estresse e fornecem explicações sobre as reações dos participantes e informações sobre a gestão desse elemento, esclarecendo dúvidas. Isso faz com que os participantes do grupo conheçam os sintomas que podem ainda surgir e vejam que são “normais” diante de uma situação traumática, aprendendo sobre trauma e enfrentamento adaptativo. Outros tópicos pertinentes podem ser abordados durante a fase de ensino conforme o tipo do incidente crítico ao qual o grupo foi submetido;
Sétima fase – “Reentrada ou Finalização”	Os participantes do grupo fazem perguntas ou declarações finais. São apresentadas ao grupo explicações de fechamento, informações, diretrizes de ação e orientações, podendo ser distribuídos folhetos informativos, cartilhas ou outro material educativo. A equipe técnica resume o que foi discutido durante o <i>debriefing</i> e faz o encaminhamento de todos os membros do grupo para a entrevista de triagem e hipótese diagnóstica. As entrevistas serão agendadas e realizadas na própria Instituição.

Fonte: MJSP (2019, p. 132).

4.5.8 O *defusing* como segunda opção²²

A técnica do *defusing* é também chamada de sessão inicial de desativação, descompressão ou desarmamento, porque busca “desativar” uma situação potencialmente explosiva por meio da descompressão emocional, contendo um possível estado de choque em curto prazo e deverá ser realizada em grupo.

Duração maior que uma hora já demandaria um *debriefing*, o que atende aos pressupostos da referida técnica. Portanto a grande diferença entre o *debriefing* e o *defusing* remete-se ao tempo, que implica em procedimentos diferenciados de aplicação de cada técnica.

O *defusing* é menos estruturado e mais informal do que o *debriefing*, em que não se deve abordar aspectos emocionais profundos, pois seu foco principal é ajudar o grupo com relação às reações agudas de estresse. Será útil quando um *debriefing* completo não puder ser fornecido aos militares da corporação afetados por um suicídio, proporcionando a eles uma oportunidade para se expressarem de forma

²² Adaptação de MJSP (2019, p. 134).

breve. Em alguns casos, o *defusing* pode fazer muito em termos de fomentar o processo de “encerramento” depois de um incidente crítico envolvendo suicídio.

Seguem os objetivos da aplicação da técnica do *defusing*:

- a) Reduzir a intensidade das reações imediatas relacionadas ao estresse;
- b) Normalizar a experiência;
- c) Restabelecer a rede social do grupo, estabelecendo uma atmosfera de apoio mútuo;
- d) Educar o grupo sobre reações potenciais de estresse, fornecendo informações sobre suporte adicional;
- e) Estabelecer expectativas positivas sobre os resultados.

Seguem as orientações sobre a aplicação da técnica do *defusing*:

- a) O *defusing* deve ser aplicado em grupos pequenos;
- b) Deve ser realizado nas primeiras 3 horas ou no máximo até 24 horas após o incidente crítico;
- c) A sessão deve durar em torno de 20 minutos a 1 hora no máximo;
- d) Não produzir um novo trauma, sendo necessária uma boa administração da sessão, a fim de permitir apenas a descompressão e a desativação das emoções decorrentes do evento traumático;
- e) Deve ser conduzido por um profissional de saúde mental (coordenador ou facilitador do grupo) devidamente treinado na técnica – a videoconferência poderá ser uma opção caso não haja equipe de intervenção nas proximidades;
- f) Deve-se avaliar o estado emocional dos membros do grupo após o *defusing* e, caso necessário, encaminhar pessoas mais comprometidas emocionalmente para acompanhamento individual;
- g) Realizar apenas uma sessão, a qual deve ser seguida da entrevista de triagem e hipótese diagnóstica ou de outra intervenção precoce. Mais de uma sessão de *defusing* pode tornar o indivíduo mais vulnerável a reações significativas de estresse.

O Quadro 6 descreve sugestão sobre quais atividades podem ser realizadas por sessão no *defusing*:

Quadro 6 – Descrição das fases da sessão do *defusing*.

FASES DO DEFUSING

Primeira fase – “Introdução”	<p>Momento inicial do <i>defusing</i>, em que os membros da equipe técnica se apresentam ao grupo e cada participante pode se apresentar, se desejar. Esta fase tem duração estimada entre 5 a 7 minutos. A equipe técnica explica porque eles estão reunidos; descreve o processo por meio de um discurso de abertura; explica brevemente o que vai acontecer durante a sessão de <i>defusing</i>; motiva os membros do grupo à participação; encoraja o suporte mútuo; esclarece dúvidas dos participantes; enfatiza a questão da confidencialidade e sigilo envolvidos na intervenção; alivia a ansiedade do grupo sobre o processo de intervenção; assegura ao grupo que o <i>defusing</i> não é investigativo e que suporte adicional poderá ser oferecido após o <i>defusing</i>, se necessário. A fase da introdução do <i>defusing</i> é bastante semelhante à fase da “introdução” do <i>debriefing</i>;</p>
Segunda fase – “Exploração”	<p>A equipe técnica inicia esta fase solicitando aos participantes do grupo que descrevam o que aconteceu. Depois podem perguntar a respeito das experiências e reações dos participantes do grupo no momento do incidente crítico. A equipe técnica solicita que falem sobre eventuais sintomas de estresse que podem ter experimentado. Enquanto os participantes falam, o coordenador do grupo deve identificar reações típicas de estresse e as reações que são características de trauma. O <i>defusing</i> se baseia em uma conversa, não em uma investigação. Em alguns casos nem é necessário fazer perguntas, isso vai depender muito do grupo. Os participantes falam livremente sobre suas impressões e experiências vividas durante o evento traumático. Quem quiser permanecer calado apenas escutará os relatos dos colegas, mas a equipe técnica deve tentar envolver os participantes no processo e encorajá-los a falar. Esta fase dura em torno de 10 a 30 minutos. Esta fase do <i>defusing</i> equivale às fases do “fato”, “pensamento”, “reação”, “sintomas” da técnica do <i>debriefing</i>. Se a conversa se direcionar para tópicos fora do contexto do incidente crítico, o coordenador do grupo deve direcionar o assunto para a última fase;</p>
Terceira fase – “Informação”	<p>a equipe técnica fornece informações sobre manejo de estresse e estresse pós-traumático, descrevendo as diferentes formas de lidar com o estresse e eventos traumáticos. Esta fase destina-se a fornecer informação sobre a identificação e o reconhecimento de reações e sintomas específicos para que a pessoa aceite suas próprias reações como normais para aquela situação. O coordenador do grupo deve resumir o conteúdo fornecido pelo grupo na fase da exploração; responder qualquer questão dos membros do grupo; normalizar a experiência e reações dos membros do grupo; ensinar estratégias de enfrentamento do estresse. Podem ser aplicadas técnicas rápidas de alívio de estresse como, por exemplo, relaxamento. Esta fase dura em torno de 5 a 15 minutos e equivale às fases de “ensino” e “reentrada” da técnica do <i>debriefing</i>.</p>

Fonte: MJSP (2019, p. 135).

4.5.9 Entrevista de triagem e hipótese diagnóstica²³

Todos os militares envolvidos no incidente crítico envolvendo suicídio que participaram do *debriefing* psicológico ou do *defusing* deverão participar de uma entrevista individual com um psicólogo, psiquiatra ou médico (orgânicos ou credenciados) para que sejam analisados as demandas e o quadro de saúde psíquica de cada um.

Seguem os objetivos da aplicação da entrevista de triagem e hipótese diagnóstica:

- a) Identificar os sujeitos com predisposição ao desenvolvimento do TEPT/TEA a partir da verificação de fatores predisponentes ao transtorno;
- b) Identificar a presença de sintomas do TEA ou TEPT, com base no tempo decorrido desde o incidente crítico;
- c) Analisar alguns indicadores de risco como exposição prévia a trauma e transtorno de estresse agudo e mecanismos de risco potencial como falta de apoio social;
- d) Identificar a presença de comorbidades;
- e) Diagnosticar o TEA ou TEPT a partir dos critérios do DSM-V, com base no tempo decorrido desde o incidente crítico.

4.5.10 Elaboração de relatório técnico²⁴

O psicólogo, psiquiatra ou médico orgânico (ou credenciado) que realizou a entrevista de triagem e hipótese diagnóstica deverá elaborar relatório técnico sobre o estado de saúde mental de cada profissional entrevistado, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças - CID-10 (OMS, 1993), recomendando o acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, quando necessário, e o encaminhamento ao CBMMG para efetuar afastamento do trabalho ou restrição à atividade operacional após a avaliação.

²³ Adaptação de MJSP (2019, p. 136).

²⁴ Adaptação de MJSP (2019, p. 137).

4.5.11 Encaminhamentos²⁵

Seguem algumas ações para a equipe técnica de prevenção com relação aos encaminhamentos:

- a) Para o caso de confirmação da presença de indícios do TEA ou TEPT: a equipe de prevenção deverá enviar o relatório técnico à equipe de tratamento e ao NAIS da Unidade ao qual o(s) militar(es) está(ao) lotado(s) e encaminhar o(s) militar(es) do CBMMG com indícios de TEA ou TEPT para o atendimento psicoterapêutico.
- b) Para o caso de não haver indícios do TEA ou TEPT: a equipe técnica de prevenção deverá arquivar o relatório técnico e encaminhar o(s) bombeiro(s) militar(es) às suas atividades regulares;
- c) A equipe técnica deverá comunicar a chefia imediata do(s) militar(es) sobre os encaminhamentos realizados.

4.5.12 Alimentação do banco de dados²⁶

Após a realização das intervenções precoces, a equipe técnica de prevenção deverá alimentar o banco de dados específico com os registros sobre as intervenções realizadas e as informações sobre o incidente crítico contidas no RIC.

4.5.13 Procedimentos de intervenção para tratamento ao TEPT²⁷

Sempre que houver o encaminhamento de militares do CBMMG com indícios de TEA ou TEPT pela abordagem de intervenção precoce, a equipe técnica de tratamento deverá disponibilizar atendimento psicoterapêutico com ênfase na promoção de resiliência.

²⁵ Adaptação de MJSP (2019, p. 137).

²⁶ MJSP (2019, p. 138).

²⁷ Adaptação de MJSP (2019, p. 138).

4.5.14 Educação continuada como prevenção ao TEPT/Suicídio²⁸

O CBMMG deve fomentar e implementar processos de Educação Continuada para Prevenção e Posvenção ao Suicídio bem como Gerenciamento de Estresse.

Os objetivos de um processo de educação continuada são:

- a) Preparar os militares do CBMMG e a Instituição como um todo antes do incidente crítico acontecer (preparação pré-incidente);
- b) Criar uma equipe multidisciplinar para a capacitação continuada, buscando profissionais com experiência em TEPT/TEA/Prevenção e Posvenção ao Suicídio para montar esta equipe;
- c) Reforçar a resistência psicológica em indivíduos sob risco de crises ou traumatizações psicológicas, por meio de cursos e palestras, dentre outros;
- d) Fornecer informações adequadas sobre manejo do estresse, com foco no TEPT/ TEA e Posvenção ao Suicídio;
- e) Proporcionar à instituição conhecimento sobre resiliência, estratégias de minimização de crises e o desenvolvimento de habilidades sociais de enfrentamento;
- f) Sensibilizar e capacitar os militares do CBMMG sobre as questões ligadas ao estresse pós-traumático e à posvenção, com ênfase na autoidentificação e autogerenciamento do estresse por meio de medidas preventivas.

As estratégias para a educação continuada são:

- a) Oferta de palestras de sensibilização com vistas a conscientizar os gestores, comandantes, diretores, chefias e demais integrantes da instituição sobre a importância da prevenção do TEPT/TEA/Suicídio para os militares como um fator de redução de vitimização, valorização profissional e humana;

²⁸ Adaptação de MJSP (2019, p. 145).

- b) Oferta de cursos sobre as temáticas correlatas ao TEPT/TEA/Suicídio com respectivos procedimentos de intervenção previstos nas diretrizes do Programa para as equipes de prevenção e para as equipes de tratamento;
- c) Oferta de cursos e palestras sobre noções de TEPT/TEA/Prevenção e Posvenção ao Suicídio com suas implicações na saúde e no desempenho do profissional para todo o efetivo, especialmente para os gestores, comandantes, diretores, chefias do CBMMG;
- d) Inserção, nos cursos de formação e de aperfeiçoamento, de disciplinas sobre estresse, TEPT, TEA e Suicídio, incluindo noções de prevenção, identificação e tratamento;
- e) Divulgação das diretrizes do Programa podendo utilizar recursos como cartazes, *folders*, *sites* e outros, com o objetivo de que ele seja difundido em todas as instâncias, a fim de que o efetivo tome conhecimento do assunto;
- f) Promoção de *workshops*, campanhas educativas e oficinas sobre estresse, TEPT, TEA e Prevenção ao Suicídio.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou uma análise de como a exposição ao suicídio pode desencadear o surgimento do TEA, do TEPT e do comportamento suicida nas pessoas que presenciam tal evento. Além da necessidade de uma avaliação aos militares do CBMMG expostos a esse tipo de incidente crítico.

No entanto, dado a inexistência de dados estatísticos sobre número de bombeiros militares que suicidaram por presenciar autoextermínio (ainda não há trabalho específico sobre isso na Corporação), não foi possível averiguar a relação direta entre os eventos, mas por método dedutivo foi possível fazer essa inferência.

Esta pesquisa também permitiu compreender que as ações de posvenção são medidas preventivas de TEA/TEPT (e outros transtornos) para um grupo específico de pessoas (denominadas sobreviventes) que presenciaram o suicídio.

De um modo geral, vivenciar incidentes críticos (como dano ou prejuízo físico ou psíquico, catástrofes ou presenciar suicídios) tem o potencial de gerar transtornos, que por sua vez, podem se tornar comórbidos a outras doenças psiquiátricas (dados confirmados em 88,3% dos homens e em 79% das mulheres). O TEA e o TEPT, por exemplo, são grandes preditores para o suicídio, sendo que o risco de uma tentativa oscila entre 10,73% a 27,1% nesta categoria de transtorno. Por outro lado, o incidente crítico pode ser um fator precipitante para indivíduos vulneráveis que tenham diferentes fatores predisponentes ao suicídio, o que também pode deflagrar tal comportamento letal.

Para prevenir o surgimento de TEA, TEPT e comportamentos suicidas em bombeiros militares afetados pelo suicídio (sobreviventes), um Programa de Posvenção adaptada do *Critical Incident Stress Management* (CISM) – modelo de gestão de estresse em incidentes críticos, considerado dentre os mais abrangentes programas de prevenção de TEPT, representa uma medida preventiva necessária para a instituição promover a saúde de sua tropa, aprimorando assim, a prestação de serviço público de sua competência.

Dada à importância do tema, torna-se necessária pesquisa e desenvolvimento de um programa institucional específico de Prevenção ao Suicídio em complementação ao PSOBM em vigor, que contemple intervenções mais frequentes e eficazes.

A implantação do Programa de Posvenção ao Suicídio proposto neste estudo seria um marco institucional para a corporação no campo da prevenção específica ao suicídio, além da prevenção e do tratamento do TEPT, cujos resultados seriam a promoção da saúde mental daqueles militares afetados diretamente por um suicídio em ocorrência. Assim, sugere-se que tal temática seja incorporada ao Eixo Suporte 4 do Plano de Comando em futuras edições.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**: (DSM-5). 5º. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. 948 p.

BOTEGA, N. J. **Crise Suicida**: Avaliação e manejo. 1ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. 302 p.

MINAS GERAIS. [Constituição (1989)]. **Constituição do Estado de Minas Gerais**. 25ª. ed. Belo Horizonte: Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais, 2020. 438 p.

_____. Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais. Ofício nº. 34/2020 - CBMMG/CINDS. **Dados de Registros de Vítimas e de ocorrências relacionadas a suicídio atendidas pelo CBMMG**, Belo Horizonte: EMBM2, ano 2020, 18 jul. 2020.

_____. Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais. **Registro de Ocorrências atendidas pelo CBMMG**, Belo Horizonte: EMBM3, ano 2020, 18 set 2020.

_____. Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais. Resolução nº. 640/2015 – CBMMG, **Estabelece o Programa de Saúde Ocupacional Bombeiro Militar (PSOBM) no CBMMG**, Belo Horizonte: 2015, 15 out. 2015.

_____. Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais. Resolução nº. 866/2019 – CBMMG, **Regulamentação do Plano de Comando do CBMMG**, Belo Horizonte: 2019, 05 set. 2019.

BRASIL. Lei Complementar nº 54, de 13 de dezembro de 1999. **DISPÕE SOBRE A ORGANIZAÇÃO BÁSICA DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE MINAS GERAIS - CBMMG - E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS**. Belo Horizonte, 13 dez. 1999.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Associação Brasileira de Psiquiatria. **SUICÍDIO**: informando para prevenir. 1ª. ed. Brasília: Portal Print Gráfica e Editora, 2014. 52 p.

FENICHEL, O. **Teoria Psicanalítica das Neuroses**: Fundamentos e Bases da Doutrina Psicanalítica. 1ª. ed. São Paulo: Atheneu, 2005. 665 p.

FONSECA, R. C. da. **Metodologia do trabalho científico**. 1ª. ed. rev. Curitiba: IESDE, 2012. 94 p.

GREGIO, C. **Antes e depois do Trauma**: vivência traumática e o mundo presumido. Orientador: Professora Doutora Maria Heleno Pereira Franco. 2005. 266 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

KREUZ, G.; ANTONIASSI, R.P.N. **Grupo de apoio para sobreviventes do suicídio**. Psicologia em Estudo, São Paulo, v. 25, ed. 4, p. 24-27, 19 jun. 2020.

LEÃO, L. M. **Metodologia do estudo pesquisa**: facilitando a vida dos estudantes, professores e pesquisadores. 1º. ed. Petrópolis: Vozes, 2019. 136 p.

LIMA, E.P.; ASSUNÇÃO, A.A.; BARRETO, S.M. **Prevalência de depressão em bombeiros**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 31, ed. 4, p. 733-743, 1 abr. 2015.

MARBACK, R.F.; PELISOLI, C. **Terapia cognitivo-comportamental no manejo da desesperança e pensamentos suicidas**. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, Rio de Janeiro, v. 10, ed. 2, p. 122-129, 17 dez. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. **Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde**. Boletim Epidemiológico, Brasília, v. 48, ed. 30, 21 dez. 2017.

OLIVEIRA, A.M. de. **Manual de TCC aplicado ao curso de direito**: guia prático na produção de projeto de pesquisa, artigo científico, monografia, formatação e defesa oral. 1ª. ed. Rio de Janeiro: Gramma, 2018. 128 p.

QUEVEDO, J.; CARVALHO, A. F. **Emergências Psiquiátricas**. 3º. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 333 p.

QUEVEDO, J.; IZQUIERDO, I. **Neurobiologia dos transtornos psiquiátricos**. 1º. ed. Porto Alegre: Artmed, 2020. 392 p.

SANTOS, S.A. *et al.* **Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, ano 2009, v. 25, ed. 9, p. 2064-2074, 16 set. 2009.

SANTOS, M. S. de O. P. S. dos. **Trauma Psicológico e Resiliência**: relação com o tipo de evento potencialmente traumático e o crescimento pós-traumático. Orientador: Professora Doutora Maria Teresa Ribeiro. 2017. 71 f. Dissertação (MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA) - Universidade de Lisboa, Lisboa, 2017.

SCAVACINI, K. **O suicídio é um problema de todos**: consciência, a competência e o diálogo na prevenção e posvenção do suicídio. Orientador: Maria Júlia Kovács. 2018. 271 f. Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.


MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA (Brasil). Secretaria Nacional de Segurança Pública – SENASP. **Caderno técnico de tratamento do transtorno de estresse pós-traumático – TEPT**. 1ª. ed. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública, Secretaria Nacional de Segurança Pública – SENASP, 2019. 194 p.

STERN, T.A. *et al.* **Tratado de psiquiatria clínica**. 2ª. ed. Barcelona: Elsevier, 2016. 1039 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing suicide: A global imperative**. Geneva: [s. n.], 2014. 92 p.

_____ Superintendência de Integração do Sistema de Defesa Social. Secretaria Estadual de Defesa Social (Org.). **Diretriz Integrada de Ações e Operações - DIAO**. Belo Horizonte: SEDS/MG, 2005. 1 v. Disponível em: <<https://diao.sids.mg.gov.br/>> Acesso em: 19 set. 2020.

APÊNDICE
MODELO DE REGISTRO DO INCIDENTE CRÍTICO – RIC

 UNIDADE BM		
1	REGISTRO DO INCIDENTE CRÍTICO – RIC	
	Local do evento	
	Data do evento	___/___/___
		Horário:
2	Informações sobre o incidente crítico:	
Características do incidente crítico envolvendo suicídio (Marque com X)		Foi presenciado o momento exato do suicídio.
		Sente-se afetado psicologicamente pelo suicídio de alguém.
		Atuou como abordador na ocorrência que resultou em suicídio de alguém.
		Atuou em função distinta do abordador na ocorrência.
		A ocorrência envolveu suicídio foi praticado por bombeiro militar/policial militar.
		O suicida tinha menos de 18 anos de vida.
		O suicida tinha mais de 70 anos de vida;
		Testemunhou suicídio por precipitação de altura.
		Testemunhou suicídio por enforcamento.
		Testemunhou suicídio por lesão incisiva com hemorragia externa/interna.
		Testemunhou suicídio por descarga elétrica.
		Testemunhou suicídio por precipitação em águas com afogamento.
		Testemunhou suicídio por acidente automobilístico.
	Tinha algum vínculo de qualquer natureza com o suicida.	
3	Identificação dos profissionais envolvidos no incidente crítico:	
	Nº BM	P/G e Nome
		Função na Ocorrência
4	Informações complementares sobre o incidente crítico:	
5	Identificação do responsável pelo preenchimento do RIC:	
	Nome do profissional	
	Cargo	
	Telefone para contato	
	Data de preenchimento	___/___/___
	Assinatura	
6	Informações sobre o recebimento do RIC:	
	Recebido por	
	Data de recebimento	___/___/___