

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E DO MEIO
AMBIENTE**

**PRIMEIROS SOCORROS PSICOLÓGICOS EM HOSPITAIS: GUIA PARA
ABORDAGEM DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO.**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente do UniFOA como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre.

Aluna:

Cristina Camões Sampaio Neves

Orientadora:

Prof. Dra. Ana Paula Cunha Pereira

Coorientador:

Prof. Dr. Carlos Alberto Sanches Pereira

VOLTA REDONDA

2021

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E DO MEIO
AMBIENTE**

CRISTINA CAMÕES SAMPAIO NEVES

**PRIMEIROS SOCORROS PSICOLÓGICOS EM HOSPITAIS: GUIA PARA
ABORDAGEM DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO.**

**VOLTA REDONDA
2021**

FICHA CATALOGRÁFICA

Bibliotecária: Alice Tacão Wagner - CRB 7/RJ 4316

N511p Neves, Cristina Camões Sampaio

Primeiros socorros psicológicos em hospitais: guia para abordagem de tentativas de suicídio. / Cristina Camões Sampaio Neves. - Volta Redonda: UniFOA, 2021. 131 p. II.

Orientador (a): Ana Paula Cunha Pereira

Coorientador (a): Carlos Alberto Sanches Pereira

Dissertação (Mestrado) – UniFOA / Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente, 2021.

1. Ciências da saúde - dissertação. 2. Suicídio. 3. Educação permanente. 4. Hospitais – primeiros socorros. I. Pereira, Ana Paula Cunha. II. Pereira, Carlos Alberto Sanches. III. Centro Universitário de Volta Redonda. IV. Título.

CDD – 610

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aluna: Cristina Camões Sampaio Neves

PRIMEIROS SOCORROS PSICOLÓGICOS EM HOSPITAIS: GUIA PARA ABORDAGEM DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO

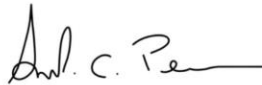
Orientadora:

Prof^a. Dr^a. Ana Paula Cunha Pereira

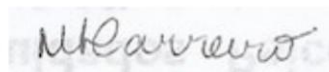
Coorientador:

Prof. Dr. Carlos Alberto Sanches Pereira

Banca Examinadora



Prof^a. Dr^a. Ana Paula Cunha Pereira



Prof^a. Dr^a. Mônica de Almeida Carreiro



Prof^a. Dr^a. Lucrecia Helena Loureiro

À minha amada irmã, Paty.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família, que é a base de toda minha vida: meus pais, Rubens César (em memória) e Sônia; meus irmãos, Marcelo, André, Ricardo e Patrícia; meus sobrinhos, Luanna, Matheus, Sophia, Lucas e Gabriela, tio Ênio e meu marido João Juliano.

Agradeço à minha orientadora Dra. Ana Paula, pelos ensinamentos e apoio no decorrer do curso e por caminhar comigo nesse processo.

Agradeço ao coorientador Dr. Carlos Sanches, pelas contribuições com nosso trabalho.

Agradeço aos demais professores e colegas de turma que possibilitaram a concretização desse projeto.

Agradeço a Dra. Carla Ribeiro Guedes, minha professora da graduação e que ainda me acompanha em meu percurso acadêmico e profissional.

Agradeço a Deus pela vida e por me sustentar nessa caminhada.

RESUMO

Nas últimas décadas, observou-se o aumento significativo do número de suicídios em todo mundo, configurando esse fenômeno como um grave problema de saúde pública. No entanto, considera-se que uma parcela dessas mortes pode ser evitada por meio da utilização correta de estratégias de prevenção. Dentre os métodos apresentados, encontra-se a educação permanente dos profissionais de saúde em todos os níveis de atenção. No caso desta pesquisa, interessa-nos um dispositivo em específico, que se refere ao hospital geral, considerado local estratégico para a abordagem do comportamento suicida. A reflexão em torno do cuidado ofertado nessas instituições originou o objetivo desse estudo: capacitar profissionais de saúde de hospitais gerais para o atendimento a usuários com tentativa de suicídio. A pesquisa foi desenvolvida com base na abordagem qualitativa, e se valeu de três instrumentos de coleta de dados: questionário semiestruturado, diário de campo e prontuários de pacientes. Para análise dos dados, lançou-se mão do método de Análise Temática. Os resultados encontrados fundamentaram a elaboração de um manual proposto, intitulado “Primeiros Socorros Psicológicos: guia para abordagem a usuários com tentativa de suicídio em hospitais gerais”. A ideia central relativa à produção deste material é favorecer a reflexão sobre o processo de cuidado e de trabalho, além de proporcionar subsídios para atuação profissional, com base na construção de novos saberes e fazeres em saúde, de acordo com as necessidades e realidades singulares de pessoas com tentativa de suicídio.

Palavras-chave: suicídio; educação permanente; hospitais gerais; assistência em saúde.

ABSTRACT

In recent decades, there has been a significant increase in the number of suicides worldwide, configuring this phenomenon as a serious public health problem. However, it is considered that a portion of these deaths can be avoided through the correct use of prevention strategies. Among the methods presented, there is the permanent education of health professionals at all levels of care. In the case of this research, we are interested in a specific device, which refers to the general hospital, considered a strategic place for addressing suicidal behavior. The reflection on the care offered in these institutions gave rise to the objective of this study: train health professional in general hospitals to care for users with a suicide attempt. The research was developed based on a qualitative approach, and made use of three data collection instruments: semi-structured questionnaire, field diary and patient medical records. For data analysis, the Thematic Analysis method was used. The results found supported the elaboration of a proposed manual, entitled "Psychological First Aid: a guide for approaching users with a suicide attempt in general hospitals". The central idea regarding the production of this material is to favor reflection on the process of care and work, in addition to providing subsidies for professional practice, based on the construction of new knowledge and practices in health, according to the unique needs and realities of people with attempted suicide.

Keywords: suicide; permanent education; general hospitals; health care.

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	10
2 INTRODUÇÃO	12
2.1. OBJETIVO GERAL	19
2.1.2 Objetivos específicos	19
3 REFERENCIAIS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS SOBRE O COMPORTAMENTO SUICIDA	21
4 PREVENÇÃO DO SUICÍDIO	31
5 POLÍTICAS PÚBLICAS NA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NO BRASIL	37
5.1 EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO POLÍTICA PÚBLICA DE FORMAÇÃO PARA O SUS	45
5.2 APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA DE CARL ROGERS: INTERFACES COM A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	52
6 HOSPITAIS GERAIS E AS TECNOLOGIAS DE CUIDADO NA ABORDAGEM DO COMPORTAMENTO SUICIDA	58
7 PRIMEIROS SOCORROS PSICOLÓGICOS: UMA ABORDAGEM POSSÍVEL A PACIENTES COM TENTATIVAS DE SUICÍDIO EM HOSPITAIS GERAIS ...	65
8 CAMINHO METODOLÓGICO	74
9 RESULTADOS E DISCUSSÃO	78
9.1 COLETA DE DADOS NA PESQUISA DE CAMPO	78
9.1.1 Questionário	78
9.1.2 Diário de Campo	81
9.1.3 Análise e discussão dos dados	83
10 PRODUTO DE ENSINO	94
10.1 A ESCOLHA DO PRODUTO DE ENSINO	94
10.2 UTILIZAÇÃO DE DADOS PARA ELABORAÇÃO DO PRODUTO	97
10.2.1 A construção do produto: seleção do conteúdo, diagramação e produção dos vídeos	97
10.3 APLICAÇÃO DO PRODUTO	103
11 CONSIDERAÇÕES FINAIS	106
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	109
ANEXOS	
ANEXO 1 PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	122

ANEXO 2 QUESTIONÁRIO	125
ANEXO 3 INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO PRODUTO DE ENSINO	130

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Quadro comparativo entre o modelo biomédico e o modelo biopsicossocial	17
Figura 2 – Fluxograma referente aos fatores de risco para o suicídio	34
Figura 3 – Fatores de proteção para o suicídio	35
Figura 4 – Percurso histórico das políticas públicas de âmbito nacional e internacional	41
Figura 5 – Diferenças entre Educação Continuada e Educação Permanente	47
Figura 6 – Princípios da Aprendizagem de Carl Rogers	54
Figura 7 – Semelhanças entre Educação Permanente em Saúde e Pedagogia de Carl Rogers	56
Figura 8 – Conceitos de Primeiros Socorros Psicológicos	67
Figura 9 – Passos para atuação com base no Primeiros Socorros Psicológicos ao usuário com tentativa de suicídio	70
Figura 10 – Etapas da Análise Temática	76
Figura 11 – Quadro demonstrativo relativo aos resultados dos questionários de acordo com a categoria profissional	79
Figura 12 – Fluxograma demonstrativo dos materiais selecionados para elaboração do produto	98
Figura 13 – Capa do Manual	101
Figura 14 – Índice do Manual	101
Figura 15 – Capítulo do Manual	102
Figura 16 – Conteúdo do Manual com vídeo em QR Code	102
Figura 17 – Imagem ilustrativa dos vídeos 1, 2 e 3	103
Figura 18 – QR Code dos vídeos 1, 2 e 3	103
Figura 19 – Fotos da aplicação do produto de ensino	105

LISTA DE ABREVIações, SIGLAS E SÍMBOLOS

ACP	Abordagem Centrada na Pessoa
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CVV	Centro de Valorização da Vida
EPS	Educação Permanente em Saúde
HIV/AIDS	Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
IASC	<i>Inter-Agency Standing Committee</i>
MS	Ministério da Saúde
NATO	Associação do Tratado do Atlântico Norte
NC-PTSD	Centro Nacional para Transtorno de Estresse Pós-Traumático
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PSP	Primeiros Socorros Psicológicos
PNAPS	Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
QRP	Question, Pergunte e Persuada. Programa de treinamento para abordagem a pessoas com ideias ou tentativas de suicídio
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUPRE	Programa de Prevenção ao Suicídio
SUPRE MISS	Programa de Prevenção ao Suicídio Multicêntrico

1 APRESENTAÇÃO

As indagações que sustentam esta pesquisa são derivadas de processos vivenciados no decorrer da minha trajetória profissional, como trabalhadora da saúde, atuante do SUS e, especificamente, em práticas de saúde mental, desde 2004, quando ainda me encontrava na graduação em Psicologia.

A aproximação com o campo da saúde mental ocorreu durante o estágio realizado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Após a formação acadêmica, passei a atuar como profissional neste serviço, dando continuidade à militância pela Reforma Psiquiátrica (movimento em busca por novas condições de cuidado para pessoas com questões relacionadas à saúde mental). O contato permanente com usuários e seus familiares possibilitou o estreitamento com aquela realidade que demandava, e ainda demanda, uma luta contínua pela inclusão social e por uma nova forma de compreender a diferença e as diversas formas de lidar/experenciar/vivenciar a vida.

Paralelamente iniciei cursos na área da saúde de forma geral e, em específico, da saúde mental, dentre os quais destaco a Especialização em Saúde da Família, em que pude observar o aumento da demanda de saúde mental nos serviços de saúde de base comunitária e a necessidade de qualificar o cuidado ofertado pelos demais profissionais de saúde (não especialistas em saúde mental), optando por, naquele momento, aprofundar os estudos nesta temática, a qual se tornou meu trabalho de conclusão de curso.

Diante de um percurso de aproximadamente dez anos atuando em dispositivos de saúde mental (CAPS, Serviço Hospitalar de Referência em Saúde Mental e Sobreaviso de Saúde Mental em instituições hospitalares municipais), uma das abordagens frequentes que me despertou a atenção era a decorrente de atendimentos em hospital geral a usuários “em crise” (surtos psicóticos, sofrimento psíquico intenso, neuroses graves, depressão, tentativas de suicídio e outros), em que havia grande responsabilidade delegada aos profissionais da saúde mental pelo direcionamento daqueles quadros, centrando-se o atendimento hospitalar nos aspectos físicos/biológicos.

Atualmente encontro-me trabalhando no referido hospital geral, a partir do qual as impressões descritas anteriormente permanecem, observando-se ainda as características marcadas pelo modelo biomédico na atenção ofertada.

Dentre os quadros citados que surgem com grande frequência, encontram-se as pessoas com tentativa de suicídio. Nossa prática cotidiana confirma a literatura científica que demonstra o aumento significativo dos comportamentos suicidas, com reflexo nos atendimentos em portas de entrada hospitalares. A atuação do profissional de saúde neste contexto é de grande relevância, uma vez que interage com um sujeito que optou por findar sua vida e, neste caso, a conduta a ser realizada poderá deixar marcas permanentes em sua existência e/ou nas pessoas ao seu redor.

Na posição de psicóloga, essas formas de abordagem por parte dos profissionais de saúde muitas vezes me despertaram interrogações: qual seria o sofrimento intenso que levaria uma pessoa ao extremo de não suportar mais a vida e a ponto de querer interrompê-la? A assistência ofertada a esses (e aos outros) usuários da saúde mental seria suficiente para corresponder às necessidades desse cuidado? Para além de uma dor física, qual seria o impacto da dor psíquica em sua existência?

O campo de conhecimento da Psicologia tem grande responsabilidade com relação a esse atendimento, embora o cuidado hospitalar seja ofertado por diferentes trabalhadores da saúde. Portanto, compreendendo a necessidade de refletir sobre a forma como ocorre a assistência ao usuário com tentativa de suicídio; sobre a responsabilidade das outras áreas profissionais envolvidas nessa atuação e se as abordagens realizadas respondem, efetivamente, às necessidades de saúde das pessoas com comportamento suicida, é que esta dissertação foi desenvolvida.

Dessa forma, esta pesquisa se ancora no interesse em contribuir para a qualificação do cuidado ofertado a usuários atendidos com tentativas de suicídio no hospital geral, cujo intuito é alcançar uma assistência mais adequada pelos diferentes profissionais que atuam com esses sujeitos.

2 INTRODUÇÃO

Atualmente, o enfrentamento das questões referentes ao fenômeno do suicídio torna-se cada vez mais frequente e importante. No entanto, essa problemática não é recente, nem tampouco de simples resolução, assim como a complexidade que o tema envolve, conforme citação abaixo, a qual expressava a problemática já experienciada no século XIX.

Como a palavra suicídio ressurgue constantemente no decorrer das conversas, poder-se-ia acreditar que todos conhecessem seu sentido e que fosse supérfluo defini-lo. Mas, na realidade, as palavras da língua usual, tal como os conceitos que elas exprimem, são sempre ambíguas, e o cientista que as empregasse tal qual as recebe do uso e sem as submeter a maior elaboração estaria exposto às mais graves confusões (DURKHEIM, 2000, p. 08).

A referência acima, extraída do clássico “O Suicídio: estudo de sociologia”, publicado em 1897 pelo célebre Émile Durkheim, apresenta como pano de fundo questões similares, vivenciadas em nossa sociedade no século XXI: em que medida a decisão de atentar contra si mesmo constitui uma escolha eminentemente particular? Quais são os significados do suicídio? Sem modéstia, se poderiam elencar inúmeras perguntas relativas ao tema, mas por enquanto, permanece-se com a base plausível que alicerça essas investigações, ou seja, os dados que caracterizam o suicídio como um grave problema de saúde pública no mundo.

Estes questionamentos/reflexões visam introduzir o leitor à problemática desta pesquisa: o suicídio e as estratégias de cuidado envolvendo diretamente os profissionais de saúde que atuam em hospitais gerais (assistentes sociais, enfermeiros, médicos, psicólogos e técnicos de enfermagem).

O suicídio pode ser definido como um ato deliberado, executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção é a morte, de forma consciente e intencional, utilizando um meio que ele acredita que cessará sua vida (CORRÊA; BARRERO, 2006; WHO, 2014; ABP, 2014). Entretanto, essa conceituação pode desdobrar-se em outras questões passíveis de problematização. Isto porque a voluntariedade do ato, do ponto de vista consciente e literal, não é tão clara como se propõe, assim como a consciência das consequências de seus atos nem sempre ocorre, como nos casos em que há alterações no pensamento, no afeto e em estados confusionais (WERLANG; BOTEGA, 2004). Sendo assim, as pessoas podem matar-se (ou

procurar a morte) de maneira consciente ou inconsciente, remetendo a discussão ao campo da Psicologia e da Medicina (CASSORLA, 2017).

Esse mecanismo consciente e/ou inconsciente possibilita uma definição mais abrangente do comportamento suicida, pois refere-se ao desejo ou ato pelo qual um indivíduo busca, propositalmente, causar lesão a si mesmo, incluindo desde pensamentos de autodestruição (ideação), ameaças, gestos, tentativas de suicídio (comportamentos sem resultado de morte) até o suicídio consumado (WERLANG; BOTEGA, 2004; WERLANG, 2013).

Neste sentido, depara-se com investigações que descrevem formas diferenciadas de compreensão do tema suicídio ao longo do tempo, adquirindo significados e valores diversos, de acordo com as peculiaridades de cada momento histórico, passando por correntes biológicas, psicológicas, sociais e filosóficas. No entanto, o suicídio ainda se configura como um enigma e não há uma explicação universal para compreendê-lo, sendo reconhecido como um fenômeno multifatorial e multideterminado, que afeta indivíduos de diferentes origens, classes sociais, idades e orientações sexuais (WHO, 2014; BOTEGA, 2015).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou em sua folha informativa, atualizada em 2018, dados alarmantes identificando que

cerca de 800 mil pessoas morrem por suicídio todos os anos; para cada suicídio, há muito mais pessoas que tentam o suicídio a cada ano; a tentativa prévia é o fator de risco mais importante para o suicídio na população geral; o suicídio é a segunda causa de morte entre os jovens com idade entre 15 e 29 anos; 79% dos suicídios no mundo ocorrem em países de baixa renda; ingestão de pesticidas, enforcamento e armas de fogo estão entre os métodos mais comuns de suicídio em nível global (OMS/Folha informativa, 2018).

Vale destacar que as referidas informações são fruto de um programa iniciado na década de 90 pela OMS, marco de uma preocupação mundial no campo da saúde, rumo a reflexões que urgem pela elaboração de ações ligadas à prevenção do suicídio (WHO, 2014).

É justamente diante deste cenário que o campo investigativo da política pública passa a funcionar como um possível vetor inicial de ações ligadas a prevenção desse problema global.

Para a OMS, considera-se que uma parcela de mortes por suicídio pode ser evitada por meio da utilização correta de estratégias de prevenção que envolvam a

colaboração de diferentes setores da sociedade, mediante um esforço integrado para impactar efetivamente um fenômeno tão complexo como o suicídio (WHO, 2018).

Demonstrando resultados significativos dessa ação, foi divulgada a redução mundial da taxa global de suicídios em 9,8%, entre os anos de 2010 a 2016 (WHO, 2019). Esses números variam amplamente entre países e regiões, com taxas relativamente baixas em países como a Venezuela (3,8 suicídios por 100 mil habitantes) e extremamente alta em outros, como a Guiana que está no topo da lista com mais de 30 suicídios por 100 mil habitantes (WHO, 2019).

No Brasil, a prevenção do suicídio é considerada uma das prioridades do Ministério da Saúde (MS), que vem desenvolvendo ações neste campo desde 2006, com a instituição das Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio (BRASIL, 2006b). No entanto, apenas recentemente, foi implantada a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (BRASIL, 2019). Na contramão da tendência mundial, o país registrou o aumento em 7%, no mesmo período, chegando a 6,1 suicídios por 100 mil habitantes, ocupando uma posição ainda relativamente baixa (130º) (WHO, 2019). No entanto, o crescimento desperta atenção, apontando para a necessidade da ampliação de ações preventivas e curativas.

Setti (2017) pontua que as políticas públicas de prevenção do suicídio ainda são insipientes em termos de abordagem no Brasil, ou em outras palavras, raramente mostram-se como objeto de ações efetivas do Estado, sinalizando de certa forma a necessidade de atuar efetivamente sobre esse fenômeno.

Ao se considerarem as estratégias de prevenção abordadas, observa-se o ponto crucial nesta pesquisa, ou seja, a necessidade da promoção de educação permanente para profissionais de saúde abrangendo todos os níveis de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS)¹, com base nos princípios da integralidade e humanização (BRASIL, 2006; 2017; 2019).

Freitas e Borges (2014) apontam o reflexo direto do aumento dos casos de suicídio no cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde, em especial dos que atuam nos serviços de urgência e emergência, como os hospitais gerais.

¹ A OMS define três diferentes níveis de atenção à saúde: o primário, o secundário e o terciário, em ordem crescente de complexidade, desde as Unidades Básicas de Saúde (primário), passando por atendimentos especializados (secundário) e por fim hospitais de grande porte (terciário).

De acordo com Brasil (2008a), o hospital geral é definido como instituição de saúde destinada a ofertar atendimento nas diversas especialidades médicas, seja em nível básico ou especializado, podendo possuir serviço de Urgência/Emergência. É comum, os termos urgência e emergência, serem apresentados como similares, no entanto, Paim (1994) aponta diferenças:

Uma emergência corresponde a um processo com risco iminente de vida, diagnosticado e tratado nas primeiras horas após sua constatação. Exige que o tratamento seja imediato diante da necessidade de manter funções vitais e evitar incapacidade ou complicações graves. [...] no caso uma urgência, o risco existe, mas não é iminente.

Nessa perspectiva, os comportamentos suicidas podem ser considerados situações de urgência ou emergência de acordo com a gravidade e letalidade que o ato contra si mesmo provoca, e a particularidade da situação de sua ocorrência.

Dessa maneira, são os profissionais alocados nos referidos serviços que promovem o atendimento aos pacientes com tentativas de suicídio com base nos primeiros socorros, quando algum cuidado ainda é possível. Os primeiros socorros são definidos como

cuidados imediatos que devem ser prestados rapidamente a uma pessoa, vítima de acidentes ou de mal súbito, cujo estado físico põe em perigo a sua vida, com o fim de manter as funções vitais e evitar o agravamento de suas condições, aplicando medidas e procedimentos até a chegada de assistência qualificada (BRASIL, 2003b, p. 8).

Nesse caso, é importante ressaltar que esse primeiro atendimento é visto como uma oportunidade para identificação do risco, prevenção de recidivas e contribuição para continuidade do tratamento após alta hospitalar (VIDAL; CONTIJO, 2013a; GUTIERREZ, 2014; GONÇALVES, SILVA; FERREIRA, 2015). Isso pois, é a forma como essa assistência se operacionaliza que pode vir a funcionar como um demarcador de observação dos impactos positivos ou negativos na concretização de novos comportamentos suicidas. Para Botega et al. (2006) promover especial atenção àquele que tentou suicídio é uma das principais estratégias de prevenção, pois dificilmente a pessoa tenta uma única vez (uma tentativa anterior constitui o maior fator de risco para o suicídio). Daí advém a relevância de uma atuação adequada neste momento.

Todavia, ainda que o espaço das emergências configure-se como um local privilegiado para o cuidado e prevenção do suicídio, este nem sempre é

aproveitado em todas as suas potencialidades. Essa afirmativa se baseia na literatura científica e aponta dificuldades de variadas ordens por parte dos profissionais desses serviços, incluindo os que atuam nos hospitais gerais, na abordagem do suicídio (LOUREIRO, 2006; VIDAL; CONTIJO, 2013a; VIDAL; CONTIJO, 2013b; FREITAS; BORGES, 2014; FREITAS; BORGES, 2017; DORIA; FARO, 2017; ALVES; CADETE, 2015).

Como consequência, os comportamentos e sentimentos profissionais podem interferir na assistência ofertada, levando à diminuição e à fragilidade do cuidado e podem influenciar na resposta do usuário ao tratamento durante a permanência no hospital e após alta hospitalar em nível ambulatorial, ou seja, em serviços de saúde abertos em regime de não internação, trazendo prejuízos ao projeto terapêutico (LOUREIRO, 2006; FREITAS; BORGES, 2014; FREITAS; BORGES, 2017). Portanto, torna-se fundamental transformar a atuação profissional neste campo.

Ao refletir-se a respeito deste cenário envolvendo o espaço de emergência e as experiências vividas por parte dos profissionais, ao conceberem-se os hospitais gerais como um ponto estratégico no atendimento a pessoas com tentativa de suicídio, pergunta-se: por que ainda persiste a dificuldade em relação à assistência ofertada a esses usuários?

Quiçá uma das possíveis explicações seja a predominância do modelo biomédico de cuidado nas instituições hospitalares, reproduzido diretamente pela figura do médico ou indiretamente por meio dos discursos que atravessam as práticas em saúde, tendo como características a fragmentação do cuidado, especialização; mecanicismo; biologicismo; tecnificação; curativismo; hospitalocentrismo; ênfase no profissional médico e proposta de assistência genérica (MERHY; 2002; MARCO; 2006; SANTOS et al., 2017; TERRA; CAMPOS, 2019).

Desse modo, a necessidade de fortalecimento das práticas de cuidado ao usuário com tentativa de suicídio, para além dos aspectos biológicos e pautadas em abordagens padronizadas e fragmentadas, deve ser suplantada no sentido de alcançarem-se diretrizes e ações de forma humanizada, indo ao encontro do modelo biopsicossocial de cuidado. Apresenta-se o quadro a seguir com o intuito de serem ilustradas as diversas bases comparativas dessas linhas de intervenção.

Figura 1 – Quadro comparativo entre o modelo biomédico e modelo biopsicossocial

	MODELO BIOMÉDICO	MODELO BIOPSIKOSSOCIAL
BASE CONCEITUAL	Reducionista, mecanicista, inflexível	Visão integral do ser e do adoecer
ETIOLOGIA	Fisiopatológica, estática	Dinâmica e multifatorial (fatores biológicos, psicológicos e sociais)
ASPECTOS ENFATIZADOS	Queixas, sinais e sintomas baseados no domínio fisiológico	Queixas e fatores contribuintes para cada aspecto da vida, contexto e situações da vida
ESTRATÉGIA DE TRATAMENTO	Unidimensional, tratamentos sequenciais únicos	Multidimensional, integração de múltiplas intervenções
ESTRATÉGIAS DE CUIDADO	Abordagens fragmentadas e especialismo	Equipe interdisciplinar e integrada
LOCAL CENTRAL PARA TRATAMENTO	Hospital	Serviços de base comunitária
OBJETO	Médico	Multiprofissional
OBJETIVO	Doença	Sujeito

Fonte: Elaborado pelos autores.

Frequentemente, a condução das demandas emocionais relacionadas ao comportamento suicida é direcionada aos psicólogos e aos psiquiatras. Entretanto, o suicídio extrapola os limites dessas profissões de tal forma que, outros profissionais de saúde são essenciais para sua prevenção (BOTEGA et al., 2005). Existem estratégias passíveis de utilização pelos demais trabalhadores da saúde. Conheçelas poderá contribuir com uma assistência humanizada e mais adequada às necessidades, que ultrapassam as demandas físicas, desses usuários possibilitando a diminuição de mortes autoinfligidas. Entre elas encontram-se acolhimento, plano de segurança, treinamento para abordagem e encaminhamentos para tratamento (treinamento de guardiões), avaliação de risco e psicoeducação (NEVES; PEREIRA; PEREIRA, 2020).

Nesse caso, em se tratando das estratégias supracitadas e visando uma resposta de suporte às pessoas em situação de sofrimento e com necessidade de apoio, optou-se por apresentar a seguir a abordagem denominada Primeiros Socorros Psicológicos (PSP). Trata-se de um tipo de cuidado viável aos usuários com tentativa de suicídio atendidos em hospitais gerais. Definida como intervenção psicológica precoce em momentos de crise, por meio do apoio breve e imediato, o objetivo é restaurar o equilíbrio emocional e apoiar a pessoa para saber como lidar com o momento crítico (OMS, 2015). Tal estratégia pode ser aplicada por qualquer pessoa, desde que obtenha os conhecimentos necessários, além da capacidade física e psíquica para lançar mão desse tipo de intervenção.

Diante desse enorme desafio de (trans)formação da equipe de saúde, a Educação Permanente em Saúde (EPS) mostra-se como estratégia possível, aclopada ao PSP, para abordar questões relacionadas ao cotidiano de trabalho de acordo com as reais necessidades de saúde das pessoas e populações, com demandas relacionadas ao atendimento a usuários com tentativa de suicídio.

De acordo com Brasil (2018), a EPS se caracteriza como uma vertente educacional que tem como objetivo a qualificação e o aperfeiçoamento profissional a respeito do processo de trabalho, pois parte da reflexão sobre as práticas em serviço, com vistas a transformá-las, orientando-se para a melhoria do acesso, da qualidade e da humanização na prestação de serviços.

Nesse sentido, ao se tomar como base os problemas existentes no cotidiano relativos à temática até aqui abordada, é proposto o desenvolvimento de um produto que tenha aplicabilidade na realidade identificada nos intramuros de um hospital geral e que, de certa forma, se incorpore ao conhecimento preexistente dos profissionais de saúde.

Dito isso, a EPS apoia-se no conceito de ‘ensino problematizador’ (inserido de maneira crítica na realidade) e na ‘aprendizagem significativa’ (baseadas nas práticas anteriores e experiências pessoais dos trabalhadores), associando-se com o contexto e com a realidade vivenciados por estes profissionais (CECCIM; FERLA, 2008). Dessa forma, o trabalhador torna-se participante no processo de construção do saber, atuando como autor e produtor de conhecimento via relação horizontal entre os envolvidos no processo de ensino-aprendizagem.

Nesse ponto, observa-se e reflete-se a Pedagogia de Carl Rogers como alicerce teórico/prático no alcance da aprendizagem significativa baseada em duas

ideias em específico: a) as ações devem ter significado para o aluno, na medida em que trabalha sobre os problemas que são reais para ele, posicionando-se para além da acumulação de fatos e aumento de conhecimentos; b) as ações devem sinalizar a direção e promover certa projeção da modificação do comportamento e orientação de escolhas futuras, atitudes e personalidade (ROGERS, 1978). Ao seguir essa concepção, o educador pode facilitar o processo, mas nunca o determinar, indo ao encontro das propostas da EPS.

Diante do exposto, é importante destacar que a pesquisa desenvolvida se ancorou em duas questões norteadoras:

- a) A compreensão do suicídio como um fenômeno multifatorial por parte da equipe de trabalhadores do campo da saúde pode contribuir como uma estratégia de prevenção eficaz?
- b) A abordagem da EPS é capaz de promover reflexões acerca do processo de trabalho, a ponto de provocar mudanças nos discursos e práticas dominantes no cuidado a usuários com tentativa de suicídio?

Esses questionamentos não só conduziram as ações implementadas neste campo de pesquisa, como também foram os pilares para determinar o objetivo geral e objetivos específicos dessa investigação:

2.1 OBJETIVO GERAL: Capacitar profissionais de saúde de hospitais gerais para o atendimento a usuários com tentativa de suicídio.

2.1.2 Objetivos Específicos:

- a) Identificar os percursos de cuidado do usuário com tentativa de suicídio no hospital geral;
- b) Analisar a compreensão dos trabalhadores sobre o fenômeno do suicídio;
- c) Analisar as práticas de cuidado ao usuário com tentativa de suicídio no hospital geral;
- d) Sistematizar informações em um material didático impresso e audiovisual no formato de manual voltado à qualificação da equipe de saúde.

Isso posto, este trabalho está dividido em cinco seções. A primeira apresenta o referencial teórico adotado e abrange a problemática do suicídio e sua prevenção no Brasil e no mundo, a abordagem a pessoas com tentativas de suicídio em hospitais gerais e a proposta de ações de EPS para o avanço neste campo, e foi

dividida em subcapítulos: Referenciais históricos e conceituais sobre o comportamento suicida; Prevenção do suicídio; Políticas públicas na prevenção do suicídio no Brasil (Educação Permanente em Saúde como política pública de formação para o SUS; Aprendizagem significativa de Carl Rogers); Hospitais gerais e as tecnologias de cuidado na abordagem do comportamento suicida; Primeiros Socorros Psicológicos: uma abordagem possível a pacientes com tentativas de suicídio em hospitais gerais.

Na segunda seção é descrito o caminho metodológico percorrido, visando responder às questões da pesquisa. Nesta etapa foram exploradas a metodologia utilizada, sua classificação, técnicas de coletas e análise de dados, assim como descritos sujeitos e campo da pesquisa.

A proposta da terceira seção foi apresentar os resultados e discussão dos dados da pesquisa de campo, a partir dos quais foi elaborado o produto de ensino, desenvolvido na quarta seção. Por fim, as considerações finais refletiram sobre o processo de pesquisa e as contribuições possíveis que ela poderá alcançar.

3 REFERENCIAIS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS SOBRE O COMPORTAMENTO SUICIDA.

O suicídio pode ser considerado uma das piores tragédias humanas, pois além de representar o auge de um sofrimento insuportável para quem o comete, também significa sofrimento e questionamento torturante e infundável para os que ficam (BRASIL, 2006; BERTOLOTE, 2012; ABP, 2014; BOTEGA, 2015).

O comportamento suicida acompanha a própria história da humanidade, uma vez que há relatos de eventos em que os seres humanos optaram pela própria morte desde a mais remota antiguidade, sendo o registro mais antigo no ano 2500 a.C. Obras literárias denotam forte evidência de que o autoaniquilamento se manifesta de modo constante desde a Grécia Antiga incluindo produções mais recentes do século XXI (MINAYO, 1998; ANDRÉ, 2018). Nas palavras de André (2018), o tema do suicídio carrega certa universalidade e atemporalidade em autores tão diversos que transitam entre obras internacionais e nacionais². No entanto, essa “escolha” em interromper a vida nunca foi percebida de forma corriqueira. Ora aceita, ora até aclamada, em raras circunstâncias, como ato heroico, ou condenável, na maioria das vezes, ou ainda, como objeto de reprovação social, em termos históricos, um ponto é crucial: a forma das sociedades tratarem esse fenômeno sofreu alterações considerando os diferentes recortes históricos/sociais e adquiriu significados e valores distintos (BOTEGA, 2015; MINOIS, 2018). Minois (2018), expoente historiador francês, ao investigar o tema da morte voluntária, afirma o caráter negativo deste fenômeno, visto quase sempre como tabu e/ou de forma desaprovada desde os primórdios, embora pontue os diversos sentidos atribuídos em outras culturas.

Sem a pretensão de dar-se um tom linear da História em torno do tema do suicídio, serão destacados alguns cenários sobre esta realidade.

Partindo das culturas primitivas, Botega (2015) afirma que o suicídio fazia parte de costumes tribais, enquanto Netto (2013), ao refletir sobre o suicídio na

² Sófocles, Dante, Shakespeare, Donne, Rousseau, Goethe, Radcliffe, Flaubert, Balzac, Mary Shelley, Byron, Dostoiévski, Tolstói, Stevenson, Wilde, Márai, Sá-Carneiro, Faulkner, Hemingway, Woolf, Beckett, Pavese, Plath, Sexton, Arthur Miller, Di Benedetto, Achebe, Perce, Bernhard, Carrère, Eugenides, Bukowski, D. F. Wallace, Kane, Asher, Munro, McCarthy, Álvares; Álvaresde Azevedo, Guimaraens, Drummond, Lispector, Rubem Fonseca, Evandro Affonso Ferreira, Mário Bortolotto, Daniel Galera, Ricardo Lísias.

sociedade capitalista, afirma que na antiguidade não existia uma pejoração em cima da morte voluntária, mas sim descrições do ato.

Na antiguidade greco-romana, era considerado o exercício racional de um direito pessoal. O homem encontrava-se mais vinculado ao Estado do que a Deus. Para os gregos, não havia uma unanimidade em relação ao homicídio de si mesmo, sendo este ato passível de punição em algumas cidades e tolerado em outras, com as correntes filosóficas à época possuindo a mesma compreensão. A Roma Antiga é considerada a mais favorável ao suicídio, apesar de também não obter uma posição universal sobre este fato, o qual foi proibido por motivos de interesse econômico e patriótico em se tratando de escravos e soldados (MINOIS, 2018). Entretanto, é justamente na Idade Média que transparece os interesses dos seguimentos clérigos em atribuir a prática da morte voluntária como fruto de investigação demoníaca e pecado mortal. Foi a partir do século V que este tipo de prática passou a ter conotação de pecado, por meio de Santo Agostinho, um importante teólogo, que introduziu a ideia de que a vida é um presente de Deus e caberia só a Ele tirá-la (MINOIS, 2018). A partir de então, a compreensão sobre o suicídio foi-se endurecendo, passando a ser considerado crime e consequência de fúria demoníaca (*desparatio*), compreendido como o pior dos pecados, chegando ao ponto de as punições serem aplicadas até nos sobreviventes (MINOIS, 2018). A partir do século VIII, iniciou-se a associação do suicídio à loucura, ao afirmar que o simples fato de imaginar o suicídio, sem motivo particular, seria classificado como sintoma de desequilíbrio mental (BOTEGA, 2015; MINOIS, 2018).

O final do século XVI marca uma mudança na forma de compreensão do suicídio que passa a ser visto como dilema humano, com expressão na máxima de Hamlet “Ser ou não ser – eis a questão”. Com diversas peças de teatro retratando suicídios, esse fato passa a ser visto como um fenômeno social que provoca inquietude e curiosidade (MINOIS, 2018). Foi quando o termo suicídio (*sui=de si próprio / caedere= matar*) apareceu pela primeira vez substituindo o ‘homicídio de si próprio’. A partir desse momento, alguns médicos e intelectuais começam a analisar o processo psicológico da morte voluntária, associando-o ao desequilíbrio do cérebro (NETTO, 2013). A visão de crime demoníaco e condenação foi sendo substituída pelo reconhecimento da alienação mental. Começa a surgir a ideia de sentimento da vida como intolerável, trazendo a noção de sofrimento. Nessa versão, a conotação negativa é sustentada pelos “médicos” que definem a negatividade da

morte voluntária, deslocando o fenômeno do pecado à patologia e qualificando-o como loucura (NETO, 2013). Em outras palavras, até o século XIX, o suicídio se encontrava mais especificamente nos âmbitos jurídico, filosófico, religioso e médico, com concepções moralistas e/ou ligadas a questões individuais (psicológicas e orgânicas), quando passou a representar um crescente problema social a exigir explicação, transportando o foco do indivíduo (problema moral) para os problemas sociais (NETTO, 2007).

Nesse cenário, merece destaque a expoente obra de Émile Durkheim – O suicídio (1897), que transferiu o debate do terreno da Criminologia, das religiões, da Filosofia e da Medicina para ingressar na pauta das ciências sociais, deslocando o foco do suicídio do indivíduo para sociedade, e da moral para os problemas sociais. Considerou-o como fato social, ao partir da hipótese de que é a sociedade, e não o sujeito, que determina a decisão da pessoa de dar fim à sua existência, demonstrando completo abandono da questão individual relacionada ao suicídio.

No final século XIX, é iniciada a descriminalização do suicídio e penalidades legais e religiosas dão lugar à constatação desse ato como problema científico, transformando a noção de pecador em vítima, seja de sua fisiologia cerebral, de relações, da sociedade, tornando-se abstrato, passando a ser associado de forma mais vigorosa a transtornos mentais (WERLANG; ASNIS, 2004; BOTEGA, 2015).

Esse panorama histórico apresenta elementos para compreender-se que, desde a década de 1960, o suicídio é reconhecido como um fenômeno multifatorial, multideterminado e transacional, que engloba o papel de fatores biológicos, psicológicos, sociais, ambientais, culturais, e afeta indivíduos de diferentes origens, classes sociais, idades e orientações sexuais, que se desenvolve por trajetórias complexas, porém identificáveis (WHO, 2014; BOTEGA, 2015).

Nas últimas quatro décadas, foram registrados mais de 800 mil suicídios por ano em todo mundo, o que equivale a mais de três mil mortes por dia e um suicídio a cada quarenta segundos, envolvendo todas as faixas etárias, gêneros e contextos socioeconômicos (WHO, 2018). A cada suicídio consumado, há mais pessoas que tentam suicídio, estimando-se uma tentativa contra a própria vida a cada três segundos e, pelo menos, dez tentativas de gravidade para requerer cuidados médicos, com registros a partir de cinco anos de idade (WERLANG, 2013; BRASIL, 2017a). Esses dados demonstram a magnitude deste fenômeno humano.

Etimologicamente, o termo suicídio significa “morte de si mesmo”. No entanto, sua conceituação é bem mais ampla, pois pode englobar desde atos de autoextermínio até mortes decorrentes da exposição a condutas de risco, seja de forma consciente ou inconsciente (WERLANG; BOTEGA, 2004; CASSORLA, 2017). Devido à abrangência que o termo pode suscitar, passou-se a considerar como suicídio apenas a morte em que o indivíduo, voluntária e conscientemente, executa um ato ou adota um comportamento que ele acredita que determinará sua morte (ABP, 2014). Em outras palavras, um ato iniciado e executado deliberadamente por uma pessoa que tem a clara noção, ou forte expectativa, de que pode resultar na morte a si mesmo e cujo desfecho fatal é esperado.

Dessa forma, existem atitudes nas quais o indivíduo volta-se contra si mesmo de forma intencional, classificadas como comportamentos suicidas. Esses atos incluem ideias, ameaças, plano suicida, tentativa de suicídio e o suicídio em si. Segundo Barreiro (1999), a ideação suicida é caracterizada por ideias de morte, de estar morto ou de se suicidar, de forma persistente. Para além dos pensamentos, podem surgir falas e comportamentos que sugerem a intenção de cometer o ato suicida, configurando as ameaças de suicídio. No entanto, se a pessoa começa a fazer um plano, considerando quando, como e onde consumaria o ato e toma providências para concretizar, está referindo-se à elaboração de um plano suicida (SIMONETTI, 2018).

As tentativas de suicídio estão relacionadas à passagem ao ato, ou seja, quando a pessoa apresenta um comportamento autolesivo com um desfecho não fatal, no qual há alguma evidência da intenção de se matar (O’CARROLL et al., 1996). Podem ocorrer de maneiras bastante diversas, sendo algumas planejadas com cuidado enquanto outras são feitas de maneira impulsiva.

Já o suicídio se refere ao ato realizado pela pessoa com o propósito de tirar a própria vida. Shneidman (1993), considerado pai da suicidologia moderna, se refere ao suicídio como a resposta a uma necessidade psíquica urgente diante de um sofrimento existencial intenso, insuportável e intolerável, sendo compreendido, também, como tentativa de comunicar algo e pedido de ajuda.

Existem ainda os comportamentos autolesivos sem intenção suicida, definidos como ato de ferir a si mesmo, deliberadamente, resultando em dano imediato à parte do corpo, sem intenção suicida e não aprovado socialmente dentro da própria cultura (QUESADA et al., 2020). Na prática, é alternativa encontrada para aliviar

momentaneamente o sofrimento, a dor psíquica. Embora se distancie em muitos aspectos do comportamento suicida, existem evidências de que indivíduos que se autolesionam apresentam risco aumentado para tentar suicídio posteriormente (FRANKLIN; NOCK, 2017).

Complementarmente às definições apresentadas, existem três características que frequentemente estão presentes no comportamento suicida. São elas: ambivalência, impulsividade e constrição mental (BRASIL, 2006a).

A ambivalência³ é uma característica interna das pessoas que desejam a morte de si e se refere ao conflito entre o desejo de morrer e de viver ao mesmo tempo. Por isso, é muito comum pessoas com tentativa de suicídio emitirem sinais ou informarem sua atitude (SCHNEIDMEN, 1993; BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2010). Em muitos casos isso pode ser compreendido, equivocadamente, como forma de chamar atenção ou haver a desqualificação da real intenção, já que houve a busca por ajuda. É importante que a atuação profissional busque fortalecer nessa dualidade a parte que deseja viver.

Já a impulsividade é compreendida como reações rápidas e não planejadas de pôr fim ao sofrimento, sem avaliação adequada das consequências, normalmente desencadeadas por vivências consideradas negativas (BARBI, 2018). Essas respostas são passageiras, podendo durar minutos ou horas. Acalmando a crise e ganhando tempo, o profissional da saúde pode ajudar a diminuir o risco de suicídio (BRASIL, 2006a).

A constrição mental (ou rigidez) se refere ao estado cognitivo no qual há falta de flexibilidade e perspectiva, pois os pensamentos, sentimentos e ações estão rígidos, supervalorizando as dificuldades sem visualizar outras soluções para os problemas, encontrando no suicídio a única solução (BECK et al., 1997; MARIS; 2002). Esse comportamento deve ser levado em consideração quando se busca fazer acordo de não suicídio, já que devido a esse estado mental a pessoa pode não conseguir cumprir o combinado. O profissional poderá estimular a reflexão para outras formas de solução e superação, que não o suicídio.

³ Werlang (2013) faz a diferenciação entre o que a psicanálise chama de *acting out* e a passagem ao ato, sendo que no primeiro o sujeito dirige ao outro uma demanda, observando-se um elemento de mostração, no qual ele cria a cena, se insere nela e, desse lugar, faz o apelo ao outro; enquanto no segundo o sujeito está identificado ao nada reduzido ao resto, não se reconhece mais como sujeito historiado, por isso ele sai de cena.

Existem, ainda, diferentes perspectivas que buscam compreender o fenômeno do suicídio, e, sem dúvida, a questão que continuamente se coloca é tentar entender seu significado.

Dentre as principais concepções, encontra-se a sociológica, por meio do sociólogo Émile Durkheim em sua obra “O Suicídio: estudo de sociologia”, publicada em 1897. Seu pensamento tornou-se paradigmático ao propor o estudo do suicídio baseado nas estatísticas, compreendendo-o como fato social, definido como força que se impõe ao indivíduo e que existe independentemente de suas manifestações individuais. Segundo este autor, chama-se suicídio “todo o caso de morte que resulte direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo, praticado pela própria vítima, sabedora de que deveria produzir esse resultado” (DURKHEIM, 2000, p. 16). Propôs que os suicídios não fossem vistos como eventos particulares; mas, sim, por intermédio do conjunto de suicídios cometidos em cada sociedade, em determinado tempo, demonstrando que o total não é equivalente à simples soma das unidades independentes, mas constitui-se como um fato que é novo, com unidade e individualidade, com natureza própria e social (DURKHEIM, 2000). Por meio da combinação entre as variáveis integração e controle social, definiu três tipos de suicídio: 1) altruísta, que diz respeito a indivíduos fortemente integrados a seu grupo social e comete o suicídio em benefício do grupo; 2) egoísta que atinge indivíduos pouco ou nada integrados a um grupo social; 3) anômico, decorrente de extremo enfraquecimento ou desaparecimento de normas sociais e de falta de expectativas.

Segundo Werlang, Macedo e Kruger (2004), do ponto de vista psicológico a literatura sobre o tema é vasta e tem desafiado pensadores de variadas correntes.

Nesse sentido, o modelo psicanalítico fundamenta suas explicações a partir dos estudos de Freud sobre melancolia, nos quais afirma que o investimento erótico do melancólico, em parte, retrocede à identificação com seu objeto, e outra parte é levada de volta a etapas do sadismo, que investe contra o próprio eu identificado como objeto perdido (FREUD, 1905). Dito de outra maneira, Freud se refere ao fato de que o sujeito com intenção suicida possui, inconscientemente, impulsos assassinos contra outros, no caso, o objeto de investimento libidinal, e volta para si a hostilidade relacionada a este objeto, que representa a relação original do ego com objetos do mundo (FREUD; 1915, 1920).

Em 1920, Freud apresenta outra teoria, quando reconheceu a existência de dois impulsos presentes em todo ser humano, denominados pulsão de vida, que

levam ao crescimento, desenvolvimento, reprodução, ampliação da capacidade de pensar, sentir e viver; e a pulsão de morte, que representa o retorno ao estado de inércia, atacando a capacidade de lidar com adversidades e do viver, desvitalizando suas relações consigo e com mundo. Nesse sentido, insere o papel da agressão na vida psíquica, como força dominante nos organismos vivos, sendo o ato suicida um evento em que a pulsão de morte prevalece em relação à pulsão de vida, compreendida como autopunição pelo desejo de matar alguém, dirigida primariamente a outro.

Em linhas gerais, a corrente psicanalítica freudiana afirma que o ser humano é estruturalmente incompleto e é essa falta que institui o desejo a impulsioná-lo em busca de uma causa, um sonho, ou algo que lhe dê sentido na vida (RIGO, 2013). Nessa busca incessante de preencher esse vazio existencial, acaba por encontrar e eleger um objeto, ao qual se liga e no qual experimenta a falsa ideia de completude (uma vez que o vazio é, na verdade, impreenchível). Para algumas pessoas, essa ligação se torna vital e, quando a relação se desfaz, seja por perda, abandono ou morte, expõe o sujeito à sua incompletude e/ou falha estrutural, favorecendo o sofrimento psíquico (WRELANG, 2013).

Partindo dessa ideia, Cassorla (2017) aborda as motivações inconscientes existentes nos atos suicidas. Afirma, então, que a pessoa que se mata (ou tenta fazê-lo) não está efetivamente em busca da morte, pois nem sabe o que é isso; mas, sim, busca outra forma de vida. A morte surge, então, como fuga, mesmo que não se saiba para onde, de algo que lhe é aterrorizante, em busca da cessação do sofrimento (físico ou emocional). Dessa maneira, a busca pela morte não é necessariamente o desejo de morrer, mas de matar uma parte de si. Sendo isso impossível, a pessoa, como por engano, acaba matando-se e morrendo por inteiro (CASSORLA, 2017).

Nessa perspectiva, são descritas fantasias, mesmo que inconscientes, que se encontram em torno do suicídio. São elas: possibilidade de conseguir amor e proteção; reencontro com pessoas queridas; que sua falta seja sentida; que pessoas que não o compreenderam ou não o ajudaram serão punidas e vingadas; conquista de outra vida; encontro do paraíso, encontro com Deus, encontro com entes queridos e um mundo melhor; além do pedido de ajuda, como forma de comunicar desesperança e desespero ao ambiente (WERLANG; BOTEGA, 2004; CASSORLA, 2017).

O componente agressivo inerente ao comportamento suicida é reafirmado, direcionado do indivíduo para sociedade e, ao mesmo tempo, compreendido como reação desse devido a um sofrimento insuportável, diante da percepção de agressividade por parte da sociedade. No entanto, as reações no ambiente costumam ser complexas e raramente modificam as circunstâncias, podem levar ao revide da sociedade, manifestam-se de forma negativa, ou até hostil, não conseguem alcançar compreensão, podem, ao contrário, receber castigos e rejeições.

Shneidman (1993; 2001) reafirma o reconhecimento do núcleo agressivo no ato suicida, introduzindo o componente da intencionalidade para compreensão desse evento, ou seja, o reconhecimento de que determinado ato possa levar à morte e o papel direto e consciente para efetivá-la. Esse autor define suicídio como *psychache*, que significa sofrimento existencial, e propõe um modelo teórico em que se encontram presentes três dimensões: dor, perturbação e pressão. Nessa perspectiva, afirma que o indivíduo pode conviver com intensidades maiores ou menores; mas ao atingir a intensidade máxima, restam-lhe como opções o suicídio, o homicídio ou a psicose (SCHNEIDMAN, 2001). Por conseguinte, o suicídio surge como a melhor saída encontrada para o indivíduo diante do sofrimento intenso e insuportável. Essa dor está carregada de estados emocionais negativos (culpa, vergonha, angústia, pânico, solidão) e acompanhada de ideias de morte (cessação), como estímulo para dar fim às emoções intoleráveis. Assim, o suicídio não se caracteriza como um ato aleatório e sem finalidade; pelo contrário, é vivenciado como a melhor solução para um sofrimento intenso e insuportável. O alvo seria interromper o fluxo doloroso de consciência, detendo o sentimento invasor de desesperança que deixa o indivíduo derrotado e sem saída para vida.

A abordagem cognitiva valoriza o significado que o indivíduo atribui aos acontecimentos e ao ambiente, encontrando em Aaron Beck sua principal contribuição, o qual enfatiza três aspectos: cognitivo, no qual existe uma visão negativa de si, do mundo e do futuro; esquemas, padrões de comportamento relativamente estáveis em relação a si, aos outros e ao meio; e distorções, erros de interpretação e avaliação (BECK et al, 1997). Esse autor também correlaciona o conceito de desesperança aplicado ao suicídio (BECK et al, 1997; WENZEL, BROWN; BECK, 2008). Dessa maneira, compreende que pessoas com comportamento suicida apresentam rigidez do pensamento, ou seja, não

desenvolvem facilmente soluções alternativas para os problemas, carecendo de flexibilidade e de perspectiva (BECK et al., 1997; MARIS, 2002). Essa rigidez surge acompanhada de desesperança (falta de esperança e expectativa que desejos e objetivos futuros não possam ser concretizados) e desamparo (deficiência de recursos internos, falta de confiança, autonomia subdesenvolvida, autoimagem pobre, superdependência de pessoas pouco generosas e dúvidas em relação à sua capacidade de influenciar/controlar seu futuro). Então, diante de intenso sofrimento psicológico, o suicídio pode surgir como única saída, uma vez que há superestimação das dificuldades e não há solução para os problemas, com falta de confiança nos recursos pessoais para enfrentá-los.

Outra grande vertente da psicologia que se vem debruçando sobre essa temática se refere à Gestalt Terapia, por intermédio da contribuição de Karina Fukumiksu. A referida autora, ao propor a conceituação do suicídio, inicialmente reflete sobre o processo ao qual ela denomina de “morrência”, que se refere ao sentimento do definhar existencial e acontece gradualmente, exibe comportamentos autodestrutivos que, gradativamente, provocam o esvaziamento do próprio ser (FUKUMIKSU, 2013). Esse processo se aproxima da morte, sendo o suicídio seu ápice, diante da crença na impossibilidade de resolver seus problemas e da paralisação provocada pelo sofrimento e pela confusão dos sentimentos.

O indivíduo, que não se sente compreendido, isola-se e começa a pensar no suicídio como possibilidade de eliminar a tormenta, e acredita estar na morte a única saída para aquele em intenso sofrimento. Acontece o “desalojamento do ser”, processo no qual a dúvida provoca insegurança e, por receio de lidar com o desconhecido, a pessoa se mantém na zona de conforto. O ser desalojado de si mesmo, em processo de morrência, já se sente morto em vida, desamparado, triste e cético dele mesmo. Não encontra mais sentido na vida (FUKUMIKSU, 2018).

Destaca ainda outra característica referente ao comportamento suicida que compreende o ato de comunicação que pode ter sua origem na desarmonia relacional, seja consigo, com outrem e com circunstâncias. Muitos conflitos e desarmonias relacionais têm relação direta com situações inacabadas e, em razão da impossibilidade de direcionar-se a energia agressiva para quem (ou o que) o agrediu ou feriu, centraliza-se para si aquilo que gostaria de direcionar para outro, que seria a retroflexão do comportamento. Trata a si como originalmente quis tratar outras pessoas ou objetos. Para dirigir suas energias para fora, na tentativa de

provocar mudanças no meio que satisfaçam suas necessidades, redirige para si. Considera ainda que os processos autodestrutivos são atos de comunicação do sofrimento existencial (FUKUMIKSU, 2019).

No campo da Medicina, a perspectiva psiquiátrica correlaciona a existência de uma doença mental como o principal fator de risco para um suicídio, já que mais de 90% das pessoas que se suicidam têm um transtorno mental (BERTOLOTE; FLEISHMAN, 2002). No entanto, Werlang e Botega (2004) alegam que grande parte das pessoas com transtornos mentais não se suicidam, devendo serem levados em consideração outros fatores. Constatam, ainda, que um diagnóstico psiquiátrico formal é frequentemente difícil de ser realizado. Dessa forma, afirmam que, na maioria das vezes, existe um evento recente que funciona como desencadeante, envolvendo perda ou desentendimento com alguém ou algo importante, ou introdução de algo impactante; surge, assim, o comportamento suicida como resposta para alterar a situação de desadaptação e sofrimento.

O que se pode observar em comum entre todas essas teorias, refere-se ao potencial destrutivo do suicídio (de quem o comete e das pessoas ao seu redor), assim como as pressões ou crises sociais e pessoais que levam o indivíduo nessa direção. Além disso, independentemente do ponto de vista pelo qual é analisado, existe uma dimensão central no ato suicida que se relaciona ao sofrimento vivenciado por quem o comete e pelas pessoas ao seu redor, e o fato de que o suicídio comunica algo.

Todas as formas de comportamento suicida devem ser exploradas, uma vez que são importantes oportunidades de prevenção.

4 PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

O suicídio é morte imprevisível. Não existe um perfil específico de pessoas que se matarão, a não ser, ser humano, que, em situação de desespero, tem potencial suicida (FUKUMIKSU, 2019).

No entanto, conforme aponta o suicidólogo Schneidaman, a capacidade de mudança é uma das características essenciais do ser humano, fazendo-se fundamental ofertar outras possibilidades de enfrentamento das dificuldades que levam o indivíduo a buscar no ato suicida a solução para seu sofrimento. Nesse sentido, a prevenção do suicídio terá o objetivo de reduzir os comportamentos suicidas, diminuindo a chance de um desfecho letal, o que significa oferecer outras possibilidades de enfrentamentos das dificuldades que levam os indivíduos a buscar neste ato a solução para seu sofrimento (BOTEGA et al., 2006).

Assim sendo, considera-se que uma parcela de mortes por suicídio pode ser evitada por meio da utilização correta de estratégias de prevenção que envolvam a colaboração de diferentes setores da sociedade, recorrendo a um esforço integrado para impactar efetivamente um fenômeno tão enigmático como o suicídio (WHO, 2018).

Quesada et al. (2020) afirmam o caráter interdisciplinar das práticas preventivas que demandam o envolvimento de toda sociedade, devido ao caráter complexo e multideterminado do processo que envolve o suicídio; devem ter como foco a disseminação de informações adequadas, minimização dos fatores de risco e fortalecimento dos fatores de proteção.

De acordo com Bertolote (2012), em Medicina e Saúde Pública, considera-se prevenção todas as medidas que visem impedir a causa de uma doença antes que ela atinja um indivíduo, e evitem, assim, seu acontecimento.

Existem alguns modelos teóricos que podem contribuir para a prevenção do suicídio; são considerados úteis para orientar a prevenção de diversos tipos de doenças e comportamentos disfuncionais.

O modelo de Leavell e Clark (1976), proposto originalmente para explicar a história natural da doença, propõe que a prevenção depende do conhecimento das múltiplas causas relacionadas e exige a construção e interposição de barreiras à interação entre os elementos que a constitui. Nesse sentido, Bertolote (2012) aponta a originalidade deste modelo ao ampliar o conceito de prevenção como interceptação da causa inicial das doenças para a atuação em qualquer etapa de

sua evolução natural, mesmo que já instaurada. À vista disso, apresenta três níveis de prevenção: primário: atribui a ações de promoção geral da saúde e de proteção específica (por exemplo, imunização), pois visa interceptar o agente antes que ele atinja a pessoa e desencadeie a morbidade; secundário: corresponde a estratégias para detecção precoce de um processo patogênico (rastreamento do câncer do colo do útero) e instituição de tratamento para interromper e, se possível, reverter aquele processo, referindo-se à prevenção da evolução e agravamento da doença; e terciário: visa a recuperação ou manutenção do equilíbrio funcional de pessoas com sequelas de doenças ou acidentes (LEAVELL; CLARK, 1976).

Gordon (1987) reconheceu limitações no modelo proposto por Leavell e Clark ao tratar de situações compreendidas como variações quantitativas de dado fenômeno, sem um ponto claro que indique essa variação do normal ao patológico, como o comportamento suicida. Diante disso, elaborou um importante modelo de prevenção baseado nos níveis de risco que um indivíduo apresenta de desenvolver determinado comportamento, apontando três níveis de prevenção (GORDON, 1987):

1) prevenção universal, dirigida a população geral, sem prévia análise do risco individual, visando reduzir a incidência de novos casos por meio de ações educativas direcionadas a toda população, disseminando informações sobre fatores de risco e sinais de alerta, dissipando mitos, promovendo comportamento de busca de ajuda e ensinando como responder efetivamente uma pessoa em risco e conectá-los aos recursos apropriados;

2) prevenção seletiva, concentrando-se em subgrupos expostos a fatores/situações de risco;

3) prevenção específica (ou indicada), que dirige-se a indivíduos que manifestam comportamento de risco, como pessoas com comportamento suicida, assunto este tratado nesta pesquisa.

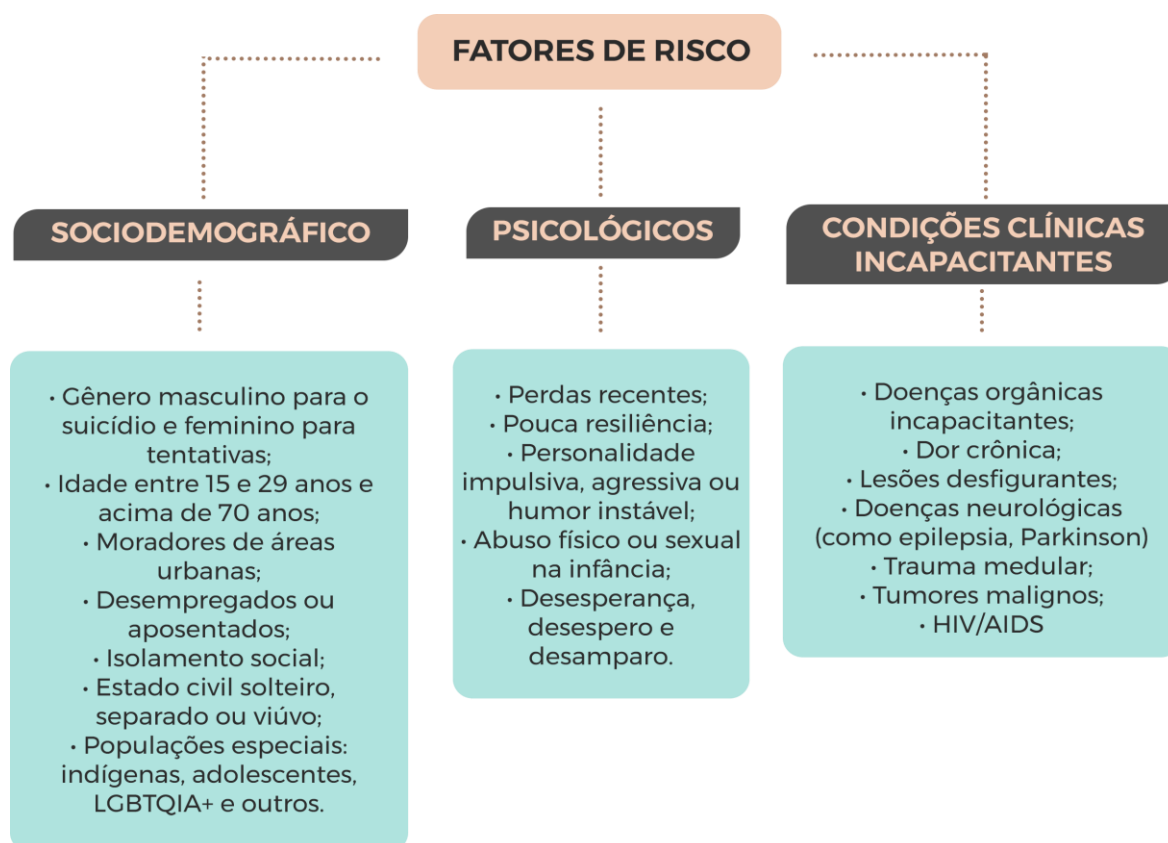
A prevenção do suicídio baseada nesse modelo dos níveis de risco é amplamente utilizada no contexto da saúde pública (WHO, 2014), apontando-se como ideal a utilização combinada desses três tipos de modalidades. Nessa perspectiva, existem alguns fatores que devem ser observados e indicam risco, como grau de letalidade e acentuada intenção de morrer; avaliação do grau de preparação, desejo de morrer *versus* desejo de viver e chances de descoberta da tentativa; e a repetição.

Um ponto relevante para prevenção do suicídio se refere ao conhecimento sobre o tema e informações acerca deste fenômeno. Dito isso, o reconhecimento das motivações do comportamento suicida, assim como dos fatores causais, é crucial para o avanço nesse campo. São diversas as variáveis que se interpenetram, interferindo umas nas outras de diferentes maneiras e de acordo com cada pessoa. Isso porque o suicídio é considerado um fenômeno multifatorial e multideterminado, resultante de uma complexa teia de fatores de risco e protetores que interagem entre si (WERLANG; BOTEGA, 2004; BERTOLOTE, 2012). Esses não são determinantes para o suicídio, mas encontram-se presentes na maioria dos eventos.

Segundo Werlang (2013), a inexistência de uma explicação universal para o comportamento suicida torna necessária a associação de três fatores para compreendê-lo: precipitantes (acontecimentos normalmente recentes e externos), internos (história de vida e transtornos mentais preexistentes) e o contexto sociocultural do ato. Para Botega (2014), as causas de um suicídio (fatores predisponentes) são invariavelmente mais complexas que um acontecimento recente, isso porque os motivos aparentes são apenas a gota d'água, o gatilho, o elo final de uma longa cadeia de eventos que interagiram entre si, relacionados a situações da vida e com a sensibilidade própria de cada pessoa lidar com as experiências vivenciadas. Cassorla (2017) afirma que esses fatores estão relacionados a situações de vida, não apenas traumas concretos, mas próprios da sensibilidade de cada pessoa para lidar com as circunstâncias. A pessoa pouco sabe sobre os reais motivos que a levam ao ato, já que são inconscientes, ou nem mesmo consegue encontrar explicações e motivações externas para explicar o sofrimento que sente; apenas percebe algumas características dos desencadeantes finais, aos quais atribui seu sofrimento intenso. Por isso, reduzir o suicídio apenas a um determinado fato (como, por exemplo, porque terminou com a namorada, perdeu emprego, ou devido a transtorno mental) é desconsiderar a complexidade do fenômeno e a história de vida individual e social da pessoa que sofre (WERLANG; BOTEGA, 2004).

Entre os fatores de risco para o suicídio, sobressaem-se as variáveis sociodemográficas, psicológicas, condições clínicas incapacitantes, transtornos mentais e histórico de tentativa prévia, sendo esses dois últimos considerados os principais (BRASIL, 2006a). O quadro a seguir possibilita ao leitor identificar de modo mais detalhado as referidas variáveis.

Figura 2 – Fluxograma referente aos fatores de risco para o suicídio



Fonte: Adaptado Brasil, 2006a

Em importante revisão sistemática realizada por Bertolote e Fleischmann (2002), foi verificado que a existência de um transtorno mental se encontra presente na maioria dos casos, demonstrando que caberia diagnóstico psiquiátrico em cerca de 90% dos casos, dentre os quais os mais comumente associados são: depressão, transtorno do humor bipolar e dependência de álcool e de outras drogas psicoativas, com possibilidade de agravamento quando mais de uma dessas condições se combina, como, por exemplo, depressão e alcoolismo (BOTEGA, 2014).

Além disso, o histórico de tentativa prévia é apontado por diversos estudos como preditor de novos comportamentos suicidas (BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2002; BRASIL, 2006; BOTEGA et al., 2006; BOTEGA, 2015). Isso mostra que a maneira como se aborda naquele momento o paciente se torna crucial para colaborar com a prevenção de recidivas.

Sacavacini (2018) aponta elementos presentes no comportamento suicida considerados fatores de risco, sendo estes o tabu, o estigma, o preconceito e a discriminação e, nesse caso, todos podem contribuir para o comportamento suicida.

Para a referida autora, o tabu pode ser definido como a proibição de um ato culturalmente reprovável, enquanto o estigma está relacionado a indivíduos ou grupos que tenham características contrárias às normas ou padrões culturais aceitos por uma sociedade (SCAVACINI, 2019).

Na sociedade ocidental, a morte é vista como tabu. Em relação ao suicídio, esse problema torna-se ainda maior, pois faz refletir sobre a própria finitude e impotência e vai contra o instinto de sobrevivência (NETTO, 2013). Em outras palavras, as pessoas que resolvem acabar voluntariamente com a própria vida, em sua maioria, têm seus atos desqualificados e associados à loucura ou à falta de controle, confirmando a historicamente construída conotação negativa do suicídio (RIGO, 2013).

Isso faz com que as pessoas em sofrimento prefiram ficar em silêncio, pois há a fantasia de que falar o que sente ou pensa é inadequado. Esse estigma precisa ser desconstruído, pois é responsável pelo desencorajamento na busca por ajuda.

Associado a isso, os fatores de proteção evidenciam que, ao serem reforçadas determinadas ações, observam-se menores taxas de comportamento suicida. Tais ações referem-se a aspectos que conduzem uma vida saudável e produtiva, levando a sensação de bem-estar, pois relacionam-se a habilidades cognitivas, flexibilidade emocional e integração social, fornecendo mais recursos e subsídios para lidar com sensação de estresse, o que, conseqüentemente, leva à redução do risco de suicídio (BERTOLOTE, 2012; BOTEGA, 2015; QUESADA, et al., 2020). A Figura 3 realça os fatores de proteção para o suicídio.

Figura 3 – Fatores de proteção para o suicídio



Outro ponto de destaque relevante na prevenção do suicídio refere-se ao papel do Estado no desenvolvimento e implementação de políticas públicas e para disseminação de cultura de conscientização social sobre o tema.

5 POLÍTICAS PÚBLICAS NA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NO BRASIL

Atentem-se para as duas chamadas que seguem, referentes a eventos científicos:

1º - III Congresso Brasileiro de Prevenção do Suicídio: São Paulo receberá entre os dias 28 e 30 de agosto de 2020 o III Congresso Nacional da ABEPS (Associação Brasileira para Estudos e Prevenção do Suicídio)⁴.

2º - II Encontro sobre prevenção do suicídio: A Liga Acadêmica Interdisciplinar de Saúde Mental (LAISME), vinculada a Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (Proex-UNCISAL) realizará o seu II Encontro sobre Prevenção do Suicídio. O evento acontecerá no dia 22 de setembro de 2018, no Mega Auditório da Uncisal, no horário de 08:00 até 17:00. [...] o evento contará com a participação de profissionais, professores e representantes de movimentos sociais que trabalham a Prevenção ao Suicídio em Alagoas.

Ao observar-se a materialização desses eventos, um ponto torna-se crucial em relação ao desenvolvimento deste tópico: qualquer tentativa de escrever sobre o tema das políticas públicas, reporta a um olhar sobre a temática dos movimentos sociais. Esses, por sua vez, não representam somente ações desafiadoras do *status quo* da sociedade, “mas também podem apresentar propostas concretas para as políticas públicas” (DOWBOR, CARLOS, ALBUQUERQUE, 2018). Referem-se a processos de ação coletiva que desencadearam as primeiras ações abordadas por organizações não governamentais, iniciadas no princípio do século XX. Por movimentos sociais, compreendem-se como uma ação coletiva originada de uma luta sociopolítica, econômica ou cultural (GOHN, 2008). Como exemplo deste tipo de movimento, há o *Independent Living Movement* iniciado nos anos de 1970 na Califórnia com o objetivo de reivindicar direitos a pessoas com deficiência e, ainda, os movimentos *Black Power* e *Black Panthers*, que simbolizaram a luta contra o racismo (CHAVES, 2015). Justamente impulsionadas pelos movimentos sociais, que as políticas públicas voltadas para estes grupos segregados, marginalizados ou excluídos iniciam sua materialização por duas vias: legal, a partir da legislação e em forma de programas e projetos que visam minimizar essas desigualdades. É exatamente neste ponto que se destaca a lacuna existente a respeito de um movimento social genuinamente voltado para o problema do suicídio. Ao contrário

⁴ Ver em: <https://www.saerj.org.br/noticias/iii-congresso-brasileiro-de-prevencao-de-suicidio/>

de ações coletivas conforme as descritas anteriormente, o problema do suicídio não seguiu um fluxo similar de políticas públicas nacionais e internacionais já historicamente registradas.

Programas e políticas públicas de prevenção ao suicídio existem no mundo há mais de cem anos, sendo as primeiras ações abordadas por organizações não governamentais, inspiradas em princípios filantrópicos e religiosos, ocorrendo inicialmente em 1906, Londres, Reino Unido, pelo Exército da Salvação, e em Nova York pela liga nacional Salve uma Vida. Posteriormente tais ações se repetem novamente no Reino Unido, em 1936, via Samaritans, que por sua vez, inspirou o Brasil, em 1962, a desenvolver o Centro de Valorização da Vida (CVV)⁵, idealizado por um oficial da polícia militar de São Paulo (BERTOLOTE, 2012).

No campo da Saúde Pública, foi na década de 1990 que os programas de prevenção ao suicídio passaram a ser inseridos de forma sistemática, cujo ponto de partida foram reuniões internacionais entre a ONU e OMS, no Canadá. A partir de então, a publicação do documento intitulado “Prevenção do suicídio: diretrizes para a formulação e implantação de estratégias nacionais”, impactou no reconhecimento do comportamento suicida como importante problema social e econômico, inserindo-o na arena da Saúde Pública. Além disso, pela primeira vez, foram indicadas minuciosamente as diretrizes para ações de prevenção, apontando para necessidade de os países desenvolverem e implementarem estratégias e planos nacionais voltados para redução de taxas de suicídio (BOTEGA, 2015).

Em 1999, a OMS lançou o SUPRE (*Suicide Prevention Program*), uma iniciativa mundial cujas propostas e recomendações incentivam os países membros a desenvolverem ações e políticas próprias que englobem assistência e prevenção do suicídio, com foco em três áreas: a) tratamento de transtornos mentais; b) restrição de acesso a meios utilizados para o suicídio; c) abordagem adequada pelos meios de comunicação⁶ (OMS, 2000a). Até os dias atuais, esse programa

⁵ O CVV é uma associação civil sem fins lucrativos, filantrópica, reconhecida como de Utilidade Pública Federal, desde 1973. Presta serviço voluntário e gratuito de apoio emocional e prevenção do suicídio para todas as pessoas que querem e precisam conversar, sob total sigilo e anonimato. Tem como princípio a não diretividade, ou seja, não interfere ou influencia as decisões de quem ligou, mantendo o respeito à autonomia daquele que fez o contato. O atendimento pode ser realizado por telefone, internet ou presencial, tendo sido implantada uma linha nacional como parte das estratégias de prevenção do suicídio desenvolvidas pelo Ministério da Saúde em 2019 (Portal CVV, 2021).

⁶ No século XVIII, uma obra de sucesso do escritor alemão Johan W. Von Goethe, denominada “As amarguras do jovem Werther” descrevia as desilusões amorosas de um jovem que, no final deste romance, resolve se matar. No auge do período histórico conhecido como Romantismo, após a divulgação dessa obra, verificou-se que muitos jovens se identificaram e escolheram o mesmo

norteia as ações em nível internacional para o enfrentamento do fenômeno do suicídio.

Nessa perspectiva, em 2004, um grupo de peritos oriundos de quinze países, com apoio da OMS, confirmou e acrescentou dois pontos prioritários para o desenvolvimento de atividades preventivas do comportamento suicida: programas adequados de educação e informação e busca ativa e acompanhamento de indivíduos com comportamento suicida (BERTOLOTE, 2012). Em 2013, a OMS desenvolveu um Plano de Ação de Saúde Mental, cuja meta era a redução em 10% das taxas de suicídio no mundo até 2020. No entanto, em 2019, apenas trinta e oito países, dos cento e oitenta e três ligados à organização, apresentaram planos nacionais de prevenção (QUESADA, et al, 2019).

Dessa forma, as estratégias nacionais de prevenção ao suicídio devem incluir (WHO, 2014): diretrizes para vigilância epidemiológica e pesquisa, restrição de acesso a meios para o suicídio, orientações para mídias, redução do estigma e aumento da consciência da população, treinamento de profissionais da saúde e de outros que estão na linha de frente (como bombeiros, policiais, professores e igreja), serviços de atenção à crise e de apoio aos enlutados (posvenção).

No Brasil, foi a partir do ano 2000 que o suicídio passou a ser visto como um problema de Saúde Pública, apresentando um crescente número de publicações, pesquisas e eventos científicos sobre a temática. Nesse mesmo período, o país foi inserido no estudo da OMS - SUPRE-MISS (Estudo Multicêntrico de Intervenção no Comportamento Suicida) (BOTEGA, 2014).

Em 2006 o país instituiu as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, por meio da Portaria nº1.879, recomendando estratégias preventivas, sendo o primeiro país da América Latina a implementar uma proposta para prevenção do suicídio. Apesar disso, a literatura aponta a lacuna existente para elaboração de um Plano Nacional de Suicídio, mesmo diante do crescimento das taxas no país no decorrer dos anos (KLOCK, 2015; SETTI, 2017; JUNIOR; CADONÁ, 2019; DANTAS; 2019).

destino do jovem Werther (ALMEIDA, 2000). Esse fenômeno ficou conhecido como “Efeito Werther”, apontando para a imitação do comportamento suicida e necessidade de tratativa adequada da mídia para este fenômeno. Segundo Scavacini (2018), o suicídio por imitação ocorre quando uma pessoa já se encontra em estado de vulnerabilidade, sendo maior a possibilidade de ocorrência desta situação quando há identificação com um personagem, pessoa pública ou alguém próximo.

De acordo com Junior e Cadoná (2019), a Portaria não definiu formas de intervenção, mas possibilitou o conhecimento do governo a respeito desta problemática no que se refere ao aumento dos casos, impacto na sociedade e a possibilidade de intervenção do poder público, considerando ainda a participação de entidades não governamentais. Essas diretrizes funcionaram como base para construção da Política Nacional, que se efetivou apenas no ano 2019.

Em 2017, foi lançada a Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio pelo MS, com ações para promoção da saúde, prevenção e atenção a pessoas com comportamento suicida, a partir da qual foi sancionada a Lei Federal nº 13.819, de 2019, que instituiu a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (PNPAS), a qual apontou como objetivos: promoção da saúde mental; prevenção da violência autoprovocada; controle sobre os fatores determinantes e condicionantes da saúde mental; garantia de acesso à atenção psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico; abordagem adequada dos familiares e de pessoas próximas das vítimas; informação e sensibilização da sociedade sobre a importância e a relevância das lesões autoprovocadas como problemas de saúde pública passíveis de prevenção; promoção da articulação intersetorial para a prevenção do suicídio, envolvendo entidades de saúde, educação, comunicação, imprensa, polícia, entre outras; promoção da notificação de eventos, o desenvolvimento e o aprimoramento de métodos de coleta e análise de dados para subsidiar a formulação de políticas e tomadas de decisão; promoção de educação permanente de gestores e de profissionais de saúde em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2019).

A Figura abaixo demonstra o percurso histórico de ações relativas às políticas públicas originadas no Reino Unido e nos Estados Unidos e seus desdobramentos no Brasil.

Figura 4 – Percurso histórico das políticas públicas de âmbito internacional e nacional:



Fonte: Elaborado pelos autores

Apesar da importância da implantação da PNPAS, Junior e Cadoná (2019) salientam a falta de menção ao aumento de investimento ou de fundo econômico para subsidiar ações de prevenção e a atribuição de novas funções a trabalhadores, como no sistema educacional e no Conselho Tutelar, os quais não possuem formação adequada para lidar com esse tipo de intervenção. Por conseguinte,

afirmam ainda que a implementação desta política pública não respeitou o processo democrático de construção e não especificou formas de auxílio aos serviços públicos por ela afetados, estruturando-se em preceitos ideológicos dos atores políticos sem o estabelecimento de diálogo com a sociedade. Associam, igualmente, a falta de efetivação de ações preventivas do suicídio à complexidade e a particularidades dos territórios que compõem o Brasil, uma vez que as regiões possuem diferenças marcantes para o estudo do fenômeno do suicídio, o que deve ser considerado ao propor-se a implementação de uma política pública setorial, como é o caso da prevenção ao suicídio.

Dantas (2019) aponta para um paradoxo na implementação desta política no que se refere a outras às quais deveria estar associada, como a Política Nacional sobre Drogas e a Política Nacional de Saúde Mental, uma vez que a reformulação da Rede de Atenção Psicossocial se dirige para o ultraespecialismo das demandas de saúde mental e sua retirada dos espaços próprios de ressocialização. Pontua também a recente legalização do porte e venda de armas (Decreto n. 10630, de 2021), associada ao recorde histórico de liberação para comercialização de agrotóxicos, contradizendo os pressupostos da PNPAS, no que se refere ao controle de meios de acesso para consumir o ato suicida.

Dessa maneira, observa-se que, na formulação das políticas públicas na área de saúde, o papel dos governos se encaminha por duas vertentes: a primeira diz respeito à notificação, à disseminação e à transparência das informações e do financiamento de produções acadêmicas e pesquisas sobre o tema. A segunda corresponde à condução do ciclo das políticas públicas, cabendo aos participantes desse processo a identificação do problema, a formação da agenda e a formulação de alternativas, ou seja, na tomada de decisão, na implementação e, posteriormente, na avaliação e na extinção da política (KOCH; OLIVEIRA, 2015). Esses autores refletem sobre a falta de precisão nos programas e nas políticas públicas relacionadas ao suicídio.

No que se refere à temática das políticas públicas, existem variadas definições em torno deste conceito, assim como diferentes modelos que procuram compreender o processo das políticas públicas.

Em importante revisão sistemática Almeida e Gomes (2018), investigaram a abordagem das principais correntes teóricas acerca dessa temática, a saber: múltiplos fluxos, coalizões de advocacia e equilíbrio pontuado. Esses autores

consideram que a política pública se refere à interação de diferentes variáveis ao longo do tempo, como instituições, atores, ideias e crenças. Compactam da opinião de que o processo das políticas públicas é complexo, instável e sujeito à relação de poder entre os diferentes atores que podem englobar a sociedade civil e o mercado, ultrapassando a decisão governamental. Esses modelos enfatizam determinados aspectos das políticas públicas: a) modelo de múltiplos fluxos - encontra-se centralizado na agenda governamental; b) modelo de coalizões da advocacia - busca verificar como são formados os arranjos entre atores nos processos decisórios, e c) modelo do equilíbrio pontuado - procura compreender os movimentos de mudanças abruptas das políticas públicas.

Outra abordagem que poderá contribuir para reflexão desta temática refere-se à *'policy analysis'*, a qual, segundo Serafim e Dias (2012), tem como preocupação central o processo de construção e elaboração da política pública, com foco no comportamento dos atores sociais envolvidos, ou seja, enfatiza aspectos como os valores e os interesses desses atores que participam do jogo político, a interação entre eles, a arquitetura de poder e tomada de decisões, conflitos e negociações. Dito de outra maneira, busca compreender como se definem os problemas e as agendas, como se formulam políticas públicas, como se tomam decisões, como se avaliam e se implementam políticas públicas, isto é, o porquê e para quem aquela política foi elaborada, considerando não apenas o conteúdo da política pública em si.

Frey (2000) apresenta três dimensões da política, que se encontram entrelaçadas e se influenciam mutuamente: a) *'polity'*, que se refere às instituições políticas, à dimensão normativa e conceitual da política, que analisa os modelos ideológicos que refletem um Estado e fornecem sustentação para a ação governamental que virá a ser implementada; b) *'politics'*, relacionada aos processos políticos e inclui processos de negociação, conflitos, imposição de objetivos, decisões e consensos dentro das diversas áreas da política. Amaral e Pereira (2009) se referem a esta dimensão como arena política, definindo-a como “campo de forças, debates e desafios que se configuram a partir de interesses antagônicos entre os sujeitos sociais que compõem o campo da política”; c) *'policy'*, trata-se da política governamental, da ação pública implementada, está relacionada à configuração dos programas políticos, problemas técnicos e conteúdo material das decisões políticas.

Nessa linha de pensamento, Costa et al. (2019) apontam a inserção da temática do suicídio nas agendas de discussão dos governos, impulsionada pelo aumento da ocorrência deste fenômeno, que o levou para arena da Saúde Pública. De outro modo, Machado, Leite e Bando (2014) demonstram como o tabu a respeito deste tema interfere na busca por ajuda, assim como a oferta insuficiente para atendimentos, a abordagem inadequada da mídia, o fácil acesso aos métodos para cometer suicídio e a falta de uma política pública adequada sobre drogas.

Além disso, devido aos múltiplos fatores envolvidos e os diversos caminhos que podem conduzir o indivíduo ao comportamento suicida, os esforços para prevenção requerem uma abordagem multidisciplinar direcionada à população e aos grupos de risco. Os contextos sociais podem apresentar-se, levando-se em consideração as diferenças culturais e as especificidades das populações, assim como a diversidade de locais nos quais essas ações podem desenvolver-se, como mídias, escolas e serviços de saúde; características essas necessárias para o desenvolvimento de políticas públicas (WHO, 2014; KLOCH; OLIVEIRA, 2015; DANTAS, 2019).

Por conseguinte, em se tratando das políticas públicas de prevenção do suicídio, apesar da implantação da PNPAS, observa-se a presença de diversos fatores que interferem na implementação de políticas públicas de forma efetiva: tabu em torno da temática; falta de articulação com políticas setoriais e intersetoriais, falta de preparo por profissionais para abordar essa problemática, oferta insuficiente de serviços, lacuna no que se refere a movimentos sociais. Para Bertolote (2004; 2012), apesar do desenvolvimento de diversas estratégias ao redor do mundo no que se refere ao campo da prevenção do suicídio, “há mais entusiasmo do que comprovações cientificamente validadas” (BERTOLOTE, 2012, p. 102), fato este que interfere no avanço da prevenção da morte autoinfligida.

Verifica-se, ainda, o aumento dos casos de suicídio no Brasil, o que, associado aos demais fatos supracitados, demonstra que a elaboração e a implantação de uma política pública não garantem sua implementação de forma efetiva e apontam para a necessidade do avanço nessa temática a partir do interesse político. Segundo Junior e Cadoná (2019), a sociedade civil e os movimentos sociais têm um papel fundamental nesse processo, pois são nesses espaços que nascem o interesse político e a constante cobrança dos agentes políticos para criação de políticas públicas.

Em relação aos atores envolvidos nesse processo preventivo, Shneidman (2001) afirma que o suicídio é um problema de todos, no entanto, com funções, responsabilidades e potencialidades diferentes. No caso desta pesquisa, importa uma estratégia de prevenção em específico, que se relaciona à necessidade da promoção de educação permanente para profissionais de saúde de todos os níveis de atenção da Rede de Atenção à Saúde, com base nos princípios da integralidade e humanização (BRASIL, 2006; 2017; 2019), mais especificamente os trabalhadores de hospitais gerais.

5.1 EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO POLÍTICA PÚBLICA DE FORMAÇÃO PARA O SUS

A formação profissional afeta profundamente a qualidade dos serviços de saúde ofertados para a população e, conseqüentemente, a assistência prestada aos usuários. Desde a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 200, foi atribuída ao SUS a competência de ordenar a formação dos profissionais da saúde (BRASIL, 1988). Esse papel formador é reafirmado na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080, de 1990), uma vez que descreve a ordenação da formação de recursos humanos como campo de destaque de atuação para o setor.

No entanto, ocorreu, no ano de 2003, o marco de destaque na política de educação dos profissionais da saúde com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), que possibilitou a institucionalização da política de educação na saúde e o estabelecimento de iniciativas relacionadas à reorientação da formação profissional, com ênfase na abordagem integral do processo saúde-doença e com a finalidade de propiciar o fortalecimento do SUS.

Por consequência, a Educação Permanente como estratégia de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para o SUS foi instituída como política pública por meio da Portaria GM/MS nº 198, de 2004 (Política Nacional de Educação Permanente – PNEPS), cujas diretrizes de implementação foram posteriormente publicadas via Portaria GM/MS 1.996, em 2007.

Nesse sentido, a PNEPS lança luz sobre processos de formação e qualificação dos profissionais de saúde do SUS, com foco na produção de conhecimento, visando a reflexão e a transformação das práticas de atenção e da própria organização do trabalho, tendo como principal foco as necessidades dos usuários (BRASIL, 2004; 2008b; 2009).

Para Ceccim e Ferla (2008), durante o nascimento da política, foi necessário intervir tanto nos modos de se fazer educação na saúde quanto na finalidade dessa educação, que deveria ser comprometida com o desenvolvimento dos sujeitos e do trabalho na saúde, considerando que o conceito de EPS se refere não só à política, mas também a práticas de ensino-aprendizagem.

De acordo com o glossário eletrônico da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), a educação na saúde “consiste na produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde” (BRASIL, 2012, p. 20). Também conhecida como educação no trabalho em saúde, apresenta duas modalidades: a educação continuada e a educação permanente. Ressalta-se que ambas são fundamentais para a qualificação dos trabalhadores do SUS, devendo sua pertinência ser observada para cada ação educativa que se pretende desenvolver.

A Educação Continuada pode ser compreendida como um conjunto de estratégias centradas na qualificação dos profissionais por meio da atualização de conteúdos técnicos/teóricos, visa promover a aquisição sequencial e acumulativa de informações pelo trabalhador, por meio de atividades que possuem período definido para execução e utiliza, em sua maior parte, os pressupostos da metodologia de ensino tradicional, como exemplo as ofertas formais nos níveis de pós-graduação (BRASIL, 2012).

Por outro lado, a proposta da Educação Permanente centra-se em ações direcionadas na aprendizagem pelo trabalho, articulando o conhecimento teórico/técnico à reflexão crítica sobre o cotidiano das práticas em saúde, estruturando-se a partir das necessidades do processo de trabalho, estando o pensamento crítico incluído neste percurso (BRASIL, 2006). Porém, muito mais do que acessar conhecimentos disponíveis, o que se demanda é a produção de saberes, advindos da reflexão sobre o cuidado que se produz em cada contexto. A figura que segue demonstra as diferenças encontradas entre essas duas abordagens educativas.

Figura 5 – Diferenças entre Educação Continuada e Educação Permanente

ASPECTOS	EDUCAÇÃO CONTINUADA (EC)	EDUCAÇÃO PERMANENTE (EP)
PÚBLICO-ALVO	Uniprofissional	Multiprofissional
INSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO	Prática autônoma	Prática institucionalizada
ENFOQUE	Temas de especialidades	Problemas de saúde
OBJETIVO PRINCIPAL	Atualização técnico-científica	Transformação das práticas técnicas e sociais
PERIODICIDADE	Esporádica	Contínua
METODOLOGIA	Pedagogia da transmissão	Pedagogia centrada na resolução de problemas
RESULTADOS	Apropriação	Mudança

Fonte: Mancia; Cabral; Koerich, 2004

A definição assumida pelo MS (2007) configura a EPS como aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Ao apoiar-se no conceito de ‘ensino problematizador’ (inserido de maneira crítica na realidade) e na ‘aprendizagem significativa’ (alcançada a partir dos problemas enfrentados no cotidiano e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já possuem), estabelece conexão com o contexto e a realidade vivenciada pelos profissionais, baseando-se na possibilidade de transformação das práticas de trabalho (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; BRASIL, 2007).

Caracteriza-se, portanto, como uma vertente educacional com potencialidades ligadas a mecanismos e a temas que possibilitam a reflexão sobre o processo de trabalho, por meio da proposta do aprender a aprender, de trabalhar em equipe e de construir cotidianos. Rovere (1994) se refere à educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho, com a finalidade de melhorar a saúde da população.

A EPS surge então como uma grande aposta de mudança de paradigma no campo de formação do SUS, ao propor um processo de educação dos trabalhadores com base nas necessidades de saúde das pessoas e das populações e no fortalecimento do SUS, buscando integrar ensino, serviço e comunidade, por intermédio da composição de saberes para alcançar uma clínica com capacidade terapêutica e que fale da vida real, partindo dos cenários de práticas e vivências dos profissionais (CECCIM, 2005).

Pinto e Ferla (2015), para pensar a EPS, propõem outro ponto fundamental, que se refere à micropolítica do trabalho vivo. Esse conceito reconhece o mundo do trabalho como espaço de criação de novas subjetividades essenciais para a mudança institucional. Dessa maneira, a educação na saúde ultrapassa a aquisição do conhecimento, alcança os sujeitos envolvidos no processo de trabalho/educação, devendo esta última ser instrumento permanente que estimule os trabalhadores a novas posturas para um melhor cuidado com a saúde (MEHRY, 2005). Nessa perspectiva, o foco é a mudança institucional nos serviços de saúde, de forma a estimular os trabalhadores a valorizarem a dimensão relacional no encontro com usuários, propondo a humanização e o maior comprometimento com as ações do cuidar em saúde, ao atuar de acordo com a singularidade de cada pessoa. Assim, a micropolítica do trabalho em saúde corresponde ao conjunto de forças que surgirão no cotidiano do trabalho e que representam desejos e interesses dos atores envolvidos na sua produção (MERHY, 1997).

Observa-se, então, que se trata de um conceito polissêmico que, muitas vezes, significa coisas distintas, mas normalmente são compreendidas na perspectiva de práticas educativas para melhoria e transformação do trabalho.

Dessa forma, afirma-se como uma proposta ético-político-pedagógica, que tem como principais objetivos modificar e qualificar a atenção à saúde, os processos de formação e qualificação dos profissionais, as práticas de educação na saúde, buscando a melhoria da qualidade de vida da população e a ampliação do trabalho integral em saúde, assim como incentivar a organização das ações e dos serviços numa perspectiva intersetorial (BRASIL, 2018).

De maneira geral, a introdução desta abordagem retiraria os trabalhadores da condição de “recursos” para o estatuto de atores sociais das reformas, do trabalho, das lutas pelo direito à saúde e do encaminhamento para práticas acolhedoras e resolutivas de atenção à saúde (MERHY, 2005), pois são trabalhadores do cotidiano

que, por meio do pensamento crítico, devem ser protagonistas da mudança de realidade desejada pelas práticas educativas, o que possibilita a produção social da saúde, ou seja, a construção do cuidado em saúde.

Esta perspectiva considera as equipes multiprofissionais e as diferentes realidades dos envolvidos, o que favorece a construção da interdisciplinaridade, por meio de práticas de educação aplicadas ao trabalho que promovem transformações nas relações, nos processos de trabalho, nas atitudes e nos próprios profissionais (CAROTTA; KAWAMURA; SALAZAR, 2009).

Por seu caráter transformador, tais práticas exigem posturas inovadoras com relação às formas de intervenção no processo saúde-doença-cuidado. Mas, afinal, de que práticas estamos falando?

Rodas de conversa, grupos, capacitações, oficinas, cursos, treinamentos, dentre outros. São inúmeras as possibilidades de atividades que podem ser desenvolvidas como estratégia de educação permanente, inclusive com começo e fim determinados, desde que estejam articuladas à estratégia geral de mudança institucional (MELLO, et al., 2018).

Destacam-se, ainda, os diferentes materiais disponíveis, considerados importantes ferramentas no processo de ensino-aprendizagem e compreendidos como facilitadores da experiência de aprendizado, de modo a não serem considerados apenas um dos objetos de transmissão de informação, contudo um apoio para o desenvolvimento de uma experiência de aprendizado envolvendo mudança e enriquecimento em algum sentido (KAPLUN, 2003). Um material educativo bem-produzido pode ajudar na mudança de realidade desde que atenda às necessidades e às expectativas da população a quem se destina. No estudo em questão, profissionais de saúde que atuam em hospitais gerais.

Dentre os recursos educacionais, encontram-se os manuais educativos, caracterizados pela estruturação de saberes operacionalizados para o trabalho em saúde e são constituídos por conteúdos que auxiliam no desenvolvimento de ações e não a simples transmissão de conhecimentos (SANTO, 2006).

Essa classe de materiais didáticos poderá contribuir com o papel de manter o alinhamento conceitual e pedagógico entre ações que serão desenvolvidas nas situações mais diversas no que diz respeito aos objetos, aos locais, aos educandos e aos educadores. Essas são importantes ferramentas de EPS, uma vez que compreende-se a necessidade de qualificação de grande número de profissionais de

saúde, partindo do princípio de que todos têm direito à educação, bem como assumindo a necessidade de desenvolver as políticas de forma integrada que contemplem o conjunto de trabalhadores em todos os setores, com uma proposta de alcance universal e integral, um veículo que traga as ideias, os saberes, as tecnologias, os valores e estimule a problematização, enfim, tudo o que pode ser objeto de aprendizagem, discussão e pactuação conformação do SUS (SANTOS, TENÓRIO, KICH, 2011).

No caso desta pesquisa, que objetiva qualificar o cuidado ofertado a usuários com tentativa de suicídio, contribuindo com a reflexão a respeito do suicídio e da atuação por diferentes profissionais de saúde para além dos aspectos biológicos, procurou-se instituir a concepção da EPS desde a coleta de dados. Isso porque, valemo-nos das próprias percepções identificadas nos/pelos trabalhadores, a partir de instrumentos específicos (observação participante, diálogos informais, questionário semiestruturado e acompanhamento de prontuários) em direção a construção de um recurso educacional para este campo de atuação, propondo ferramentas que possibilitem a problematização das práticas, e, dessa forma, auxiliem os profissionais para obtenção de outros recursos e possibilidades efetivas e inovadoras para enfrentar os desafios do trabalho em saúde. O percurso da pesquisa possibilitou a aproximação com compreensão, informações e dúvidas acerca do tema e do processo de trabalho, valorizando os saberes já construídos, partindo do cotidiano e de conhecimento prévios.

Outrossim, com a elaboração de um manual, buscou-se ampliar a qualidade da assistência prestada, fornecendo conteúdos teóricos/acadêmicos consistentes, mas também que despertasse a habilidade de interpretar, considerar e articular o contexto e as especificidades do ambiente de trabalho no qual o trabalhador está inserido à sua prática profissional, nesse caso, nos hospitais gerais.

Ressalta-se que esta proposta não pretende ser prescritiva e, sim, operar como um instrumento orientador para ações pertinentes ao atendimento de pessoas com tentativa de suicídio, em busca de autonomia e de protagonismo dos trabalhadores da saúde ao favorecer o desenvolvimento do olhar ampliado, da escuta ativa e da reflexão sobre os processos de trabalho e de cuidado, objetivando mudança de práticas e a superação dos desafios e dos obstáculos cotidianos.

Vale pontuar que a proposta de qualificação profissional, por meio de um manual composto por conteúdo textual e vídeos, aponta em direção ao aprendizado autônomo.

De acordo com Franco (2013), a literatura científica conduz para o conceito de autonomia relacionando-o à responsabilidade do aluno por sua própria aprendizagem. Nesse sentido, afirma que a conquista da autonomia ocorre na obtenção do domínio da própria aprendizagem, por meio de fontes e componentes que colaboram com o desenvolvimento de seu potencial, desde o estabelecimento de objetivos e conteúdos de estudo, de seleção de métodos e técnicas, até o monitoramento e a avaliação do próprio processo de aprendizagem.

Segundo Little (1995), a autonomia está relacionada à capacidade de distanciamento, à reflexão crítica, à tomada de decisões e à ação independente, pois pressupõe que o aluno desenvolva um tipo particular de relação com o processo e com o conteúdo da sua aprendizagem, devendo ser demonstrada na forma como o aprendizado ocorre e no modo como o que foi aprendido será transferido para outros contextos. Nesse aspecto, a aprendizagem é deslocada do campo individual em direção ao coletivo, já que o aprendizado será corporificado nas práticas de trabalho, que englobam os aspectos relacionais entre trabalhadores e entre esses e os usuários assistidos, o que possibilitará a construção de novos saberes e fazeres em ato.

Segundo este mesmo autor, ao envolver o conceito de responsabilidade pela aprendizagem, o aprendizado autônomo tem implicações socioafetivas e cognitivas, uma vez que demanda uma atitude positiva com o processo de aprendizagem e o desenvolvimento da capacidade de reflexão do conteúdo com o intuito de mantê-los tanto quanto possível sob o seu controle consciente (Little, 1995). Sendo assim, a aprendizagem autônoma depende, essencialmente, do que deve ser aprendido, quem deve aprender, qual a metodologia, os recursos a utilizar e a sua avaliação.

Sob esse ponto de vista, ao refletir sobre o material proposto neste estudo – manual – nos remetemos a Paiva (2006), ao afirmar que estudar sozinho (autoinstrução) não representa necessariamente ter uma atitude autônoma, pois, na maioria das vezes, as decisões e o percurso são definidos pelo material didático. Igualmente, compreende-se a autonomia relacionada à tomada de decisões em relação à aprendizagem no que se refere a escolhas sobre o que, como e quando estudar, sendo essas individuais e passíveis de realização na interação do aluno,

seja com colegas, professor ou material didático (como no caso desta pesquisa), o que direciona a necessária busca por novas reflexões e, não, apenas à aquisição de conceitos e teorias.

Portanto, a compreensão da autonomia no processo de aprendizagem pode ser vinculada ao conceito de autonomia do aprendiz, estabelecido por Rogers (1969). Segundo esse autor, a liberdade de escolha é fundamental para alcançar a referida autonomia no que se refere à capacidade do aluno participar ativamente do seu processo de aprendizagem, por meio de escolhas sobre o direcionamento de seus estudos, pela descoberta de seus próprios recursos de aprendizagem, pela decisão por seu curso de ação, possibilitando o domínio e controle de modo autônomo do progresso do seu conhecimento.

Segundo Franco (2013), os aprendizes autônomos são aqueles indivíduos livres para decidir a maneira mais adequada de atingir seus objetivos de aprendizagem.

5.2 APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA DE CARL ROGERS: INTERFACES COM A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Qual a relação da Teoria Humanista desenvolvida pelo psicólogo americano Carl Rogers com a política pública da EPS? Esse questionamento é fruto de reflexões originadas durante as aulas de Teorias da aprendizagem neste programa de Mestrado, que serviram como base para o debate sobre o modo de produzir/conduzir a educação na saúde.

A Teoria Humanista, desenvolvida a partir da década de 50, é considerada a terceira grande força da Psicologia, ao lado da Psicanálise e do Behaviorismo. Também conhecida como Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), tem como foco o ser humano em sua integralidade, apresentando-se por meios de princípios e conceitos próprios: a) percepção do ser humano como um todo, o que implica em compreender e observar as necessidades materiais e físicas, bem como as sociais, psíquicas e espirituais; b) noção de experiência, que se refere a capacidade de expressar e sentir sua experiência de forma livre, de forma a reconhecer e elaborar suas próprias experiências e sentimentos; c) tendência atualizante, ou seja, predisposição para o crescimento, preservação, manutenção e enriquecimento de si, desde que dadas as condições favoráveis para esse desenvolvimento; d) compreensão empática, entendida como a qualidade de poder colocar-se no lugar

do outro, confiando na capacidade e potencialidade do educando; e) concepção positiva do desenvolvimento humano, o qual caminhará no sentido da maturidade desde que obtenha condições favoráveis para se desenvolver; f) ser humano como essencialmente bom; g) valorização do presente e da consciência.

Essa perspectiva psicológica trouxe contribuição significativa para o processo de ensino-aprendizagem ao compreender que o ato de aprender é individual, singular e peculiar de cada sujeito, de forma que a vivência subjetiva deve ser considerada, pois o aluno aprende o que acredita ser importante e relacionado com seu contexto (ROGERS, 1985).

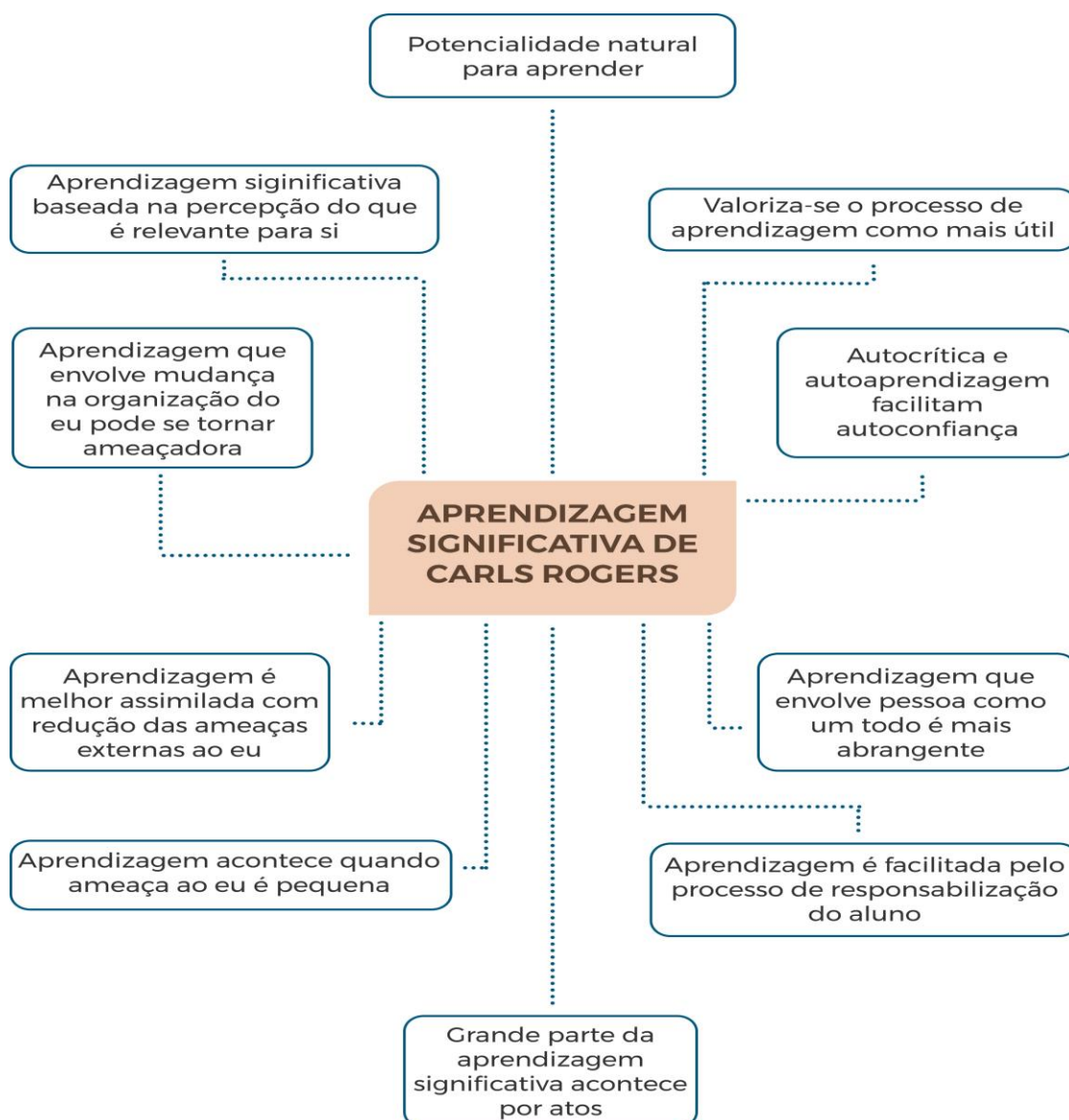
Segundo Rogers (1978), a aprendizagem significativa⁷ deve ser penetrante e ter significado para o aluno, na medida em que trabalha sobre os problemas reais para ele, estando para além da acumulação de fatos e do aumento de conhecimentos ao provocar modificação no comportamento, orientação para escolhas futuras, atitudes e personalidade. Com uma visão holística do ser humano, sua compreensão engloba tanto os aspectos cognitivos quanto os emocionais, direcionando o foco na significação pessoal.

Também conhecida como Pedagogia não diretiva, tem como característica a centralidade no aluno, sendo este responsável pela condução e sucesso do aprendizado, já que é o aluno que conhece suas necessidades e a direção a seguir, cabe ao professor a criação do ambiente que favoreça o encontro de suas próprias respostas e a orientação do processo de aprendizagem, deixando que o aprendiz realize suas potencialidades, em seu processo de crescimento e autorrealização (FONSECA, 2009).

Ao se refletir sobre a dinamicidade da sociedade atual na produção de mudanças, uma vez que o homem moderno se encontra inserido em um ambiente de constante transformação, pressupõe-se que o conteúdo ensinado se torna rapidamente obsoleto. A perspectiva humanista, afirma, então, que o maior objetivo da educação é o processo de facilitação da aprendizagem (e não apenas a transmissão de informações); e, em vez de uma teoria, propõe “princípios de aprendizagem” (ROGERS, 1959), conforme demonstrado no diagrama a seguir:

⁷ Diferencia-se da aprendizagem significativa de Ausebel, já que este focaliza o aspecto cognitivo da aprendizagem, enquanto Rogers enfoca a significação pessoal, envolvendo a pessoa como um todo, tanto no aspecto cognitivo como no emocional.

Figura 6 – Princípios da aprendizagem de Carl Rogers



Fonte: Elaborado pelos autores.

Nesse método, o papel do professor deve ser de facilitador no processo de aprendizagem de forma livre e singular, com autenticidade, aceitação, confiança em si e no aluno e compreensão empática, para ajudá-lo a entrar em contato com seus interesses, objetivos e expectativas, e para incentivá-lo a ser agente de sua própria aprendizagem (ROGERS, 1951).

Essa perspectiva afirma que o ensino não deve priorizar os conteúdos; mas, sim, levar em conta como ocorre o processo de ensino-aprendizagem para chegar-se à transformação da realidade a partir da modificação do comportamento por intermédio de novos conhecimentos, como o resultado esperado da educação (BORDENAVE, 1994).

Conforme já apresentado, a EPS vem-se afirmando como estratégia para formação e qualificação dos trabalhadores da saúde, por meio de práticas educativas, em busca da melhoria das práticas assistenciais, tomando como base as necessidades de saúde das pessoas. Dessa forma, a partir desta proposta de mudança de paradigma, busca o fortalecimento do SUS, ao tomar o cotidiano de trabalho como ponto de partida do processo de ensino e aprendizagem, considerando os problemas enfrentados e, ao mesmo tempo, as vivências, as experiências e os saberes desses profissionais, rumo a transformações na forma de fazer em saúde.

Observa-se, assim, a aproximação entre os pressupostos da EPS e a aprendizagem significativa de Carl Rogers, conforme quadro que segue:

Figura 7 – Semelhanças entre Educação Permanente em Saúde e Pedagogia de Carl Rogers⁸:

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	PEDAGOGIA CARL ROGERS
Facilitador do processo ensino-aprendizagem, que deve estimular o aprendiz a ter postura ativa, crítica e reflexiva durante o processo de construção do conhecimento.	Facilitador do processo ensino-aprendizagem, cabendo ao professor criar ambiente que favoreça o encontro de suas próprias respostas e orientar o processo de aprendizagem.
Significativa - parte do cotidiano de trabalho, se apropriando de experiências e de vivências anteriores dos alunos e estimulando o desejo para aprender mais.	Significativa - o aluno aprende o que é relevante e faz parte de seu contexto. Provoca modificação no comportamento, orientação para escolhas futuras, atitudes e personalidade.
Encontra-se no centro do processo ensino-aprendizagem, com seus potenciais e dificuldades, abrindo caminhos para a transformação.	Central, responsável pela condução e sucesso do próprio aprendizado, sendo agente de sua própria aprendizagem.
Processos de trabalho, cotidiano.	Problemas reais.
Baseada na resolução de problemas.	Processo de facilitação da aprendizagem.
Contribuir para a formação de sujeitos intelectualmente autônomos, que se apropriem de conhecimentos cognitivos, afetivos, atitudinais, permitindo-lhes intervir com autonomia na realidade.	Alcançar o crescimento e autorealização, tendo como foco a significação pessoal. Possui visão holística do ser humano, sua compreensão engloba tanto os aspectos cognitivos quanto os emocionais.

Fonte: Elaborado pelos autores

Isso posto, ao propor a elaboração de um produto de ensino composto por material textual e vídeos, na perspectiva da EPS, com base na Teoria Humanista, pretende-se que este manual funcione como elemento facilitador do processo de aprendizagem. Isso porque, toma como ponto de partida o cotidiano de

⁸ ROGERS, C. R. Significant Learning in Therapy and Education. Educational Leadership. Alexandria, v. A, n. 16, 1959, p. 232-242.

trabalho/problemas reais, detectados a partir de observações das práticas de trabalho, que se estabelecem na interação entre os trabalhadores e desses com as pessoas assistidas (coletivo).

A proposta fomenta a interação (individual) do profissional com o recurso educacional (facilitador do processo de aprendizagem), constituído a partir de seus conhecimentos, vivências e experiências prévias. Dessa forma, encoraja a construção de conhecimentos de forma autônoma, no entanto com aplicabilidade no campo de trabalho, o que, a partir da interação entre os diversos atores desse processo (profissionais e usuários), contribuirá com a construção/desenvolvimento, permanente, de saberes e fazeres singulares e coletivos, em direção à integralidade e à humanização do cuidado ofertado aos usuários com tentativa de suicídio em hospitais gerais, proporcionando a transformação das práticas de trabalho.

6 HOSPITAIS GERAIS E AS TECNOLOGIAS DE CUIDADO NA ABORDAGEM DO COMPORTAMENTO SUICIDA

O hospital geral é um dos principais dispositivos para a assistência em saúde e, dentre as demandas de atendimento, encontram-se as relacionadas ao comportamento suicida. As portas de entrada hospitalares são de extrema importância na assistência ao usuário com tentativa de suicídio, pois é nessa direção que essas pessoas são conduzidas para obtenção dos primeiros cuidados, além de se constituírem como locais de busca de ajuda para outros comportamentos suicidas.

Uma tentativa de suicídio, em todas as circunstâncias, deve ser levada a sério. Isso exige uma forma de intervenção adequada, pois uma tentativa prévia é o maior fator de risco para o suicídio (BOTEGA et al., 2006). Além disso, Figel, Meneggati e Pinheiro (2013) alertam para o fato de que, muitas vezes, os indivíduos passam a aumentar o grau de letalidade a cada tentativa, evidenciando, assim, a importância de serem planejadas intervenções eficazes no primeiro momento em que a tentativa ocorre.

Neste caso, o espaço das emergências, como as portas de entrada hospitalares, é considerado local privilegiado para o cuidado inicial e a contribuição com a prevenção do suicídio. Em outras palavras, uma assistência adequada poderá contribuir para a identificação do risco, prevenção de recidivas e continuidade do tratamento após alta hospitalar (VIDAL; CONTIJO, 2013a; GUTIERREZ, 2014; GONÇALVES, SILVA; FERREIRA, 2015).

Por atuarem neste momento tão delicado da vida das pessoas, os profissionais de saúde são estratégicos na atenção ao paciente suicida. Esse primeiro contato é considerado uma excelente oportunidade para reabilitação, identificação do risco, intervenção para reduzi-lo, prevenção de recidivas e garantia da continuidade do tratamento extra-hospitalar (VIDAL; CONTIJO, 2013a; GONÇALVES, SILVA; FERREIRA, 2015).

Independente das causas que motivaram o ato, o indivíduo que tenta suicídio encontra-se num intenso sofrimento psíquico e o suicídio representa a única alternativa viável, naquele momento, de externar sua dor (SANTOS et al., 2017).

Dito isso, após a tentativa, o paciente geralmente se encontra muito fragilizado e requer maior disponibilidade por parte dos profissionais que o atendem, visto que, diferente de outros, além das consequências físicas, sua dor é de outra

ordem, havendo necessidade de ser visto em sua integralidade e singularidade e não apenas na sua lesão (SANTOS et al., 2017). Compreender essa especificidade fará toda diferença no cuidado imediato, na aceitação e na adesão ao tratamento intra e extra-hospitalar.

Todavia, ainda que o espaço das emergências se configure como local privilegiado para o cuidado e prevenção do suicídio, este nem sempre é aproveitado em todas as suas potencialidades. A literatura científica aponta dificuldades de diversas ordens por parte dos profissionais dos serviços de urgências e emergências. Isso inclui os que atuam em hospitais gerais, na abordagem do comportamento suicida, o que reflete em despreparo, falta de conhecimento e incompreensão desses profissionais, levando a abordagens negativas, a condutas estigmatizadas, a preconceitos, a opiniões desfavoráveis, à intolerância, à hostilidade, à rejeição, à negligência, à revolta, à agressividade e à resistência (LOUREIRO, 2006; VIDAL; CONTIJO, 2013a; VIDAL; CONTIJO, 2013b; BORGES; FREITAS, 2014; ALVES; CADETE, 2015; FREITAS; BORGES, 2017). Esse problema está diretamente associado à falta de conhecimento e incompreensão da assistência a pacientes suicidas; condutas e abordagens negativas permeadas de estigmas e de preconceitos; e comportamento dos profissionais fundamentados na intolerância, na hostilidade, na rejeição, na negligência, na revolta, na agressividade e na resistência.

Apesar de classificado como urgência psiquiátrica (VEDANA, 2016), os profissionais relacionam o comportamento suicida como uma afronta à prática profissional, compreendendo-o como uma demanda não legítima de emergências. Acreditam serem indivíduos que não necessitam de ajuda, que consomem tempo desnecessário o qual poderia ser dispensado a pacientes mais graves. Dessa forma, estariam atrapalhando o fluxo do hospital (GONÇALVES; SILVA; FERREIRA, 2015).

Vidal e Contijo (2013a; 2013b) demonstram, em estudo realizado com usuários que tentaram suicídio, visão negativa destes em relação ao atendimento recebido por profissionais de saúde que atuam em hospitais gerais.

A literatura científica aponta sentimentos de ansiedade, impotência, fragilidade, culpa, frustração, desespero, desprezo agressivo, desconforto emocional, angústia, sofrimento e negação por parte dos profissionais de emergência no atendimento ao paciente suicida (VIDAL; CONTIJO, 2013a; VIDAL; CONTIJO, 2013b; GUTIERREZ, 2014; MELO et al., 2018; SANTOS et al., 2017).

Segundo Crepaldi (2012), esses profissionais parecem não compreender como o suicídio acontece e, na maioria das vezes, não estão preparados para lidar com tal sofrimento e com a angústia que este ato desperta.

De acordo com Freitas e Borges (2014), a equipe se sente fracassada diante do indivíduo que deseja a morte, contrariando justamente o trabalho do profissional de saúde de salvar e preservar vidas, vendo-se impossibilitada de realizar seu trabalho quando a morte é apontada como solução, sendo sua frustração e impotência expressas por uma postura de afastamento e rejeição ao usuário. Além disso, o profissional se sente agredido, o que poderia explicar, em parte, a dificuldade em lidar com paciente suicida (LOUREIRO, 2006).

Como consequência, esses comportamentos e sentimentos profissionais podem interferir na assistência ofertada, levar à diminuição e à fragilidade do cuidado, podendo ainda interferir na forma como o usuário responderá ao tratamento hospitalar e ambulatorial, trazendo prejuízos ao projeto terapêutico (LOUREIRO, 2006; FREITAS; BORGES, 2014; FREITAS; BORGES, 2017).

Além desses aspectos, merecem destaque outros estudos que demonstram a centralidade do modelo biomédico no cuidado oferecido nos hospitais, com ênfase nos aspectos biológicos, na doença, no diagnóstico, na intervenção técnica e no foco médico (GUEDES; NOGUEIRA; JUNIOR, 2005; MARCO, 2006; BARROS; GONDIM, 2014; SANTOS et al., 2017; TERENCE et al., 2020).

Segundo Loureiro (2012), as práticas em saúde existentes nas emergências não respondem às necessidades dos pacientes com tentativa de suicídio, pois não reconhecem a subjetividade, a história de vida e o contexto biopsicossocial do indivíduo que o levou àquele momento, negligenciando os motivos psíquicos e sociais que envolvem os atos suicidas.

Isso porque, historicamente, a formação assistencial para saúde centralizou-se em modelos de padronização do cuidado que tentam transportar para os serviços de saúde a lógica da linha de produção, uma vez que o processo de trabalho em saúde e suas formas de organização são determinados pelo modo de produção dominante da sociedade capitalista (MEHRY, 2002; FRANCO; MERHY, 2012; CAMPOS; AMARAL, 2007).

Dessa forma, o modelo biomédico passa a ser hegemônico do cuidado em saúde, desde o século XX⁹. Suas características principais são: ênfase na doença e no hospital; fragmentação do conhecimento e da assistência (especialismos); determinismo biológico (modelo de saúde e doença unicausal); mecanicismo; tecnificação; curativismo; ênfase no profissional médico e proposta de assistência genérica (SANTOS et al., 2017; MERHY, 2002; PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

A assistência ao usuário torna-se marcada por procedimentos e equipamentos, bem como nas diversas especialidades, profissões de saúde e seus saberes, o que torna inevitável a fragmentação do trabalho e gera importante grau de desresponsabilização diante de casos concretos.

Para Mehry (1997; 2002), todo processo produtivo em saúde se refere à produção de cuidado e à forma como este é operacionalizado, e vai contar, necessariamente, com três tecnologias, as quais ele classifica como: duras, leve-duras e leves. As tecnologias duras estão relacionadas aos equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais. Quando usada de forma demasiada, apenas favorece o modelo médico hegemônico pautado na biomedicina. As tecnologias leve-duras seriam as intermediárias, como os saberes estruturados (clínicos, epidemiológicos e sociodemográficos) que operam no processo de trabalho em saúde. As tecnologias leves dizem respeito aos processos relacionais no encontro entre o trabalhador de saúde e o usuário, como a escuta qualificada, o acolhimento, uma relação sujeito-sujeito que busque responsabilidades conjuntas e autonomia do usuário. Todas elas são importantes recursos assistenciais, no entanto, a forma como são utilizadas irá caracterizar o tipo de cuidado oferecido.

Nesse contexto, o referido autor (1997) apresenta o conceito de Composição Técnica do Trabalho, compreendido como a razão entre o trabalho vivo (em ato, no exato momento de sua produção, criação e que se realiza na atividade do trabalhador) e o trabalho morto (já realizado e, conseqüentemente, incorporado nas

⁹ O atual modelo de atenção à saúde no Brasil tem suas origens no modelo biomédico flexneriano, implantado nos Estados Unidos, que exerceu forte influência e transformação na educação médica, tendo como características o positivismo como verdade científica; estudo com ênfase na anatomia, levando ao estudo do ser humano por segmentos, dando origem às múltiplas especialidades médicas; considera o corpo como máquina; doenças são conseqüências de agentes causais (biológico, físico, químico); centraliza os processos de diagnóstico e cura em procedimentos e equipamentos tecnológicos; foco no indivíduo, negando grupos e comunidades; ênfase na cura da doença em detrimento da promoção de saúde e prevenção de agravos; melhor ambiente para tratar doenças é o hospital (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

máquinas e instrumentos de trabalho). Portanto, para Franco e Mehry (2012), o trabalho vivo deve ser central no processo produtivo de saúde, que passa a ser permeado por tudo que é humano, e se expressa pelo manejo das tecnologias de trabalho e as subjetividades, operando na produção do cuidado em saúde.

O que diferenciará as práticas profissionais, sua orientação tecnológica e a hegemonia do processo produtivo será a ênfase dada a cada uma dessas tecnologias, que contribuirão para a definição do modelo assistencial a ser exercido.

Nesse sentido, observa-se que o cuidado em saúde, em especial em hospitais, passa a ser orientado principalmente por procedimentos e equipamentos (tecnologias duras), por meio de saberes estruturados e fragmentados (tecnologias leve-duras), com centralidade no trabalho morto. Verifica-se, no entanto, o empobrecimento dos aspectos intersubjetivos da relação entre profissionais e usuários e da dimensão cuidadora que se estabelece nesse encontro (FRANCO; MERHY, 2012), essenciais na abordagem do usuário com tentativa de suicídio.

Campos (1991) propõe a ampliação do modelo biomédico, trazendo para a prática clínica saberes provenientes de outros campos (saúde coletiva, saúde mental, planejamento e gestão, e das ciências sociais e políticas), a qual ele denomina clínica ampliada.

Também chamada de clínica do sujeito, propõe a ampliação do objeto da medicina tradicional: a doença. Reafirma a necessidade de agregar os problemas de saúde (situações que ampliam o risco ou vulnerabilidade das pessoas), e, sobretudo, as pessoas que possuem doenças ou problemas de saúde (CAMPOS, AMARAL, 2007).

O objeto da clínica ampliada inclui, então, a doença, o contexto e o próprio sujeito, passando a se caracterizar por uma variedade de casos encarnados em sujeitos concretos.

Dentro desse cenário, torna-se necessário que a organização do processo de trabalho associe condutas diagnósticas e terapêuticas padronizadas (trabalho morto) a necessidades e a variações presentes em cada caso, praticando a Composição Técnica do Trabalho. A possibilidade de desenvolver a clínica ampliada ocorrerá na singularização do atendimento, a qual só será possível mediante esforço particular de cada profissional, enfatizando a tecnologia relacional, com valorização do poder terapêutico da escuta e da palavra, da construção de vínculo, da educação na saúde e do apoio psicossocial.

A própria constituição do SUS, desde 1988, busca a superação do modelo biomédico, propõe a ampliação do conceito de saúde e uma clínica usuário-centrada, que responda às complexas necessidades de saúde da população, em direção à integralidade da atenção e à humanização do cuidado por meio do trabalho em equipe. Apesar de avanços significativos, ainda se observa a hegemonia do modelo médico-centrado, principalmente nos hospitais, que são os dispositivos centrais dessa forma de organização.

Outros dois conceitos que poderão contribuir para essa reflexão encontram-se vinculados ao SUS: integralidade e acolhimento. Considerado um dos mais importantes princípios do SUS, a integralidade do cuidado está relacionada à compreensão integral do ser humano, que significa entender o usuário inserido em seu contexto social e, a partir daí, atender às demandas e às necessidades específicas desta pessoa. A ação integral em saúde está associada à escuta qualificada, ao cuidado, ao acolhimento, ao tratamento digno e respeitoso, por meio do olhar ao ser humano como um todo, substituindo o foco na doença pela atenção à pessoa, com sua história de vida e seu modo próprio de viver e adoecer (PINHEIRO, 2009).

Já o acolhimento, diretriz da Política Nacional de Humanização, é compreendido como uma ferramenta tecnológica relacional (leve), para a qual não há local e hora para acontecer e nem profissional específico para realizar, e implica na escuta do usuário em suas queixas, na construção de vínculos, garantia e acesso com responsabilização e resolutividade dos serviços (BRASIL, 2003a).

Segundo Gutierrez (2014), o acolhimento representa a mais importante tecnologia de um serviço de emergência, pois possibilita a escuta ativa e qualificada pelo profissional, favorece a empatia, a construção de vínculos e oferece-lhe cuidado integral com respostas adequadas e resolutivas. Para ele, um acolhimento de qualidade realizado no serviço de saúde pode determinar o curso do tratamento e até mesmo o rumo da vida do usuário assistido.

Considerando que as tentativas de suicídio estão inseridas nas emergências de saúde, o objetivo inicial nessa abordagem deve ser centrado na prestação dos primeiros socorros como forma de aplacar o risco de morte ou de agravamento do quadro clínico. No entanto, apesar do aspecto biológico ser primordial, sequencialmente, a abordagem a tentativas de suicídio deverá incluir a atenção aos fatores subjetivos e sociais, ou seja, psicossociais.

Dessa forma, torna-se importante fortalecer práticas de cuidado ao usuário com tentativa de suicídio para além dos aspectos biológicos, nas quais devem ser incluídas a subjetividade e a compreensão do sujeito como um ser histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade no qual está inserido, o que demanda a ampliação da clínica, a valorização e investimento nas tecnologias relacionais (entre profissionais e usuários) como produtoras de atos de saúde e a integralidade do cuidado.

Todo profissional de saúde poderá realizar a abordagem inicial a um comportamento suicida, desde que possua os conhecimentos adequados para isso. Na maioria das vezes são esses profissionais, não especialistas, que realizam os primeiros atendimentos e permanecem a maior parte do tempo com os usuários, estão em uma posição privilegiada de aproximação para atuar de maneira significativa.

Diante do exposto, observa-se a necessidade de valorizar a tecnologia relacional no trabalho vivo em ato, constatando-se que o trabalho em saúde se dá no encontro, sendo o ser humano quem garantirá o caráter produtor de cuidado. Para que esse processo alcance capilaridade, é importante que os serviços de saúde incorporem em seu cotidiano o dispositivo de educação permanente, que possibilite uma reconstrução de conhecimentos e das posturas de seus trabalhadores.

Dentre as estratégias possíveis para abordagem do suicídio por profissionais de saúde diante situações de emergência e crise, encontra-se no Primeiros Socorros Psicológicos a possibilidade de qualificar profissionais para realização de uma abordagem em consonância com as necessidades desses usuários e em direção à clínica ampliada.

7 PRIMEIROS SOCORROS PSICOLÓGICOS: UMA ABORDAGEM POSSÍVEL A PACIENTES COM TENTATIVAS DE SUICÍDIO EM HOSPITAIS GERAIS

Na madrugada do dia 27 de janeiro, em uma festa direcionada à população universitária na boate Kiss, ocorreu um incêndio onde 241 pessoas morreram e mais de 100 ficaram feridas. Em alguns dos casos, as vítimas sobreviveram ao momento da tragédia, mas foram a óbito dias depois, nos hospitais que estavam internados devido à inalação de gás tóxico. Algumas vítimas ficaram internadas nos hospitais de Santa Maria, e alguns graves foram levados para hospitais de Porto Alegre (SILVA et al., 2013, p. 98).

O trecho acima, extraído de um relato de experiência no incêndio da boate Kiss, no ano 2013, em Santa Maria/RS, reflete a complexidade do contexto de uma catástrofe, sendo esse um dos cenários que inauguram a abordagem dos aspectos psicológicos em situações de crise.

As intervenções psicológicas relacionadas a situações de desastres e emergências originam-se em meados do século XX. De acordo com BEJA et al (2018), foi em 1944 que ocorreu o desenvolvimento da primeira pesquisa relacionada aos momentos que se sucedem a uma catástrofe, na qual abordou elementos caracterizadores do luto e possíveis reações típicas de um sobrevivente. Apenas no final da 2ª Guerra Mundial, emerge uma estratégia denominada *debriefing* psicológico, com foco na expressão de sentimentos e no relato da situação traumática nos primeiros dias após a exposição (FOX et al., 2012). No entanto, na década de 90 surgiram investigações afirmando a baixa eficácia e até repercussões negativas associadas à sua implementação, uma vez que poderia potencializar a “retraumatização” dos sobreviventes e prestadores de apoio ao estimular a revivência de sentimentos e emoções, prejudicando o processo de recuperação (SILVA, et al., 2013).

Em 1991, a *Inter-Agency Standing Committee* (IASC) foi fundada com o propósito basilar de dar resposta a situações de catástrofe e emergência com a finalidade de estabelecer recursos e conhecimentos na área de apoio psicossocial em situações de emergência (IASC, 2007). Foi o início da construção gradual das diretrizes do PSP, tomados como intervenção central junto a vítimas de incidentes críticos (BEJA, et al., 2018).

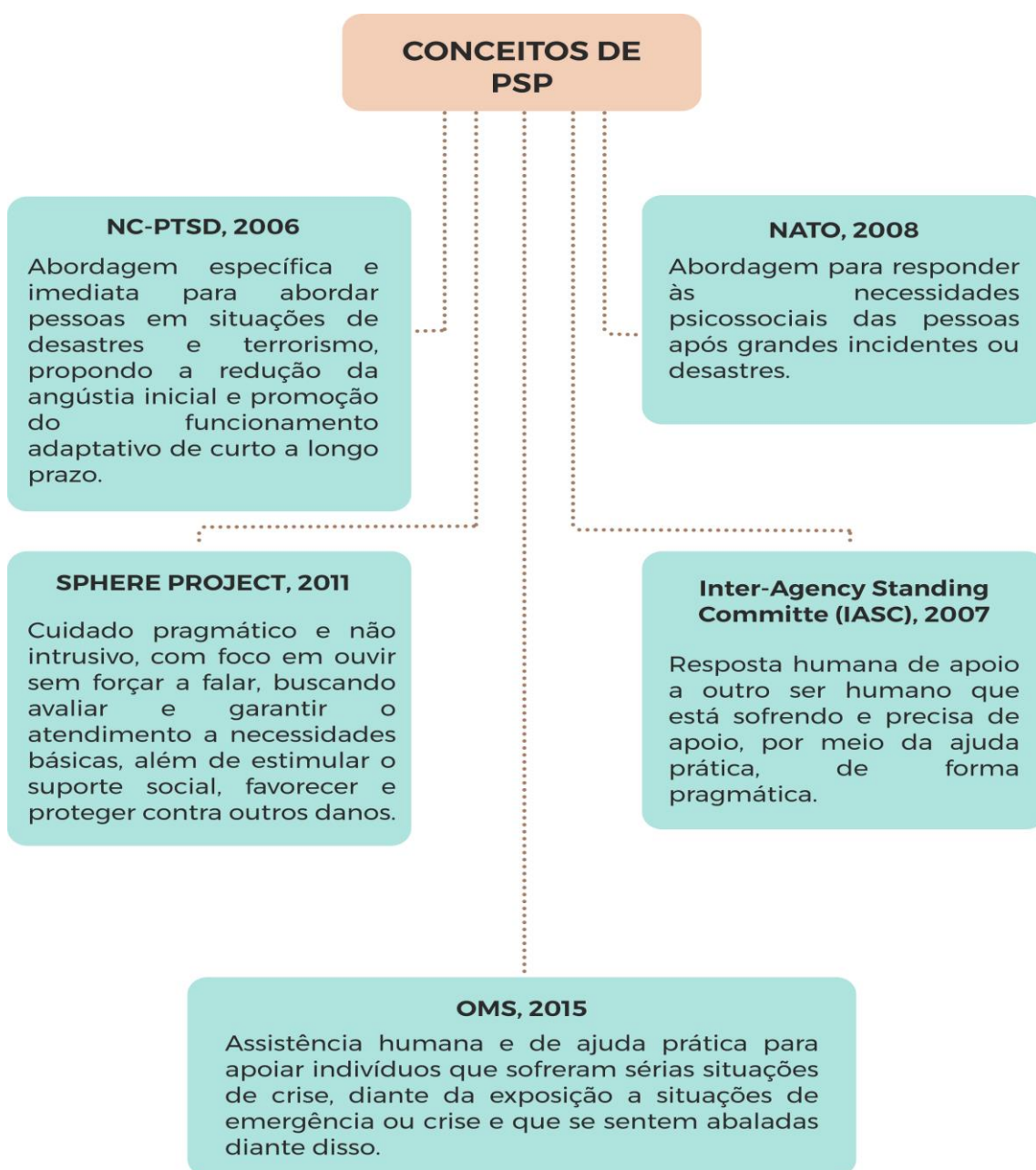
Dentre os principais marcos de referência para reafirmação dessa abordagem, encontra-se o atentado de 11 de setembro, ocorrido em Nova York/EUA, em 2001, quando o apoio psicológico passou a ser reconhecido como

pilar para atuação psicológica precoce em situações de crise (VASCONCELOS, 2015; BEJA et al., 2018).

Dessa forma, em 2006, foi desenvolvido pelo Centro Nacional para Transtorno de Estresse Pós-Traumático (NC-PTSD) um protocolo de intervenção com objetivo de padronizar o atendimento a vítimas em situações de estresse agudo, sendo, atualmente, amplamente recomendado por múltiplas organizações e entidades internacionais de renome, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Federação Internacional da Cruz Vermelha, o *Disaster Mental Health Institute of the University of South Dakota*, as *Red Crescent Societies*, entre outras (FOX et al., 2012).

De forma geral, o PSP se refere a um protocolo de intervenção que visa subsidiar o atendimento a pessoas que podem desencadear reações ao estresse, tendo diferentes conceituações. A seguir são apresentadas algumas definições sobre esta estratégia.

Figura 8 – Conceitos de Primeiros Socorros Psicológicos



Fonte: Elaborado pelos autores

Dessa maneira, pode-se compreender o PSP como um cuidado psicológico e imediato, com a proposta de aliviar uma situação de sofrimento agudo da pessoa em crise, com desestabilidade emocional, ou estresse agudo. Deve ser feito de forma empática e não invasiva, possibilitando a expressão da dor da forma como a pessoa quiser e puder, diante das situações de sofrimento extremo.

De acordo com a OMS (2015), não requer conhecimentos avançados, pode ser ofertado por qualquer pessoa, desde que esta possua os conhecimentos necessários, além de condições físicas e psicológicas para praticá-lo. Pode ser ensinado facilmente, não se caracteriza, entretanto, como um apoio especializado. Em estudo realizado por Hobfoll et al. (2007), foram identificados cinco elementos nucleares do PSP: segurança, estabilização emocional, união, autoeficácia e esperança.

No que se refere à segurança, propõe-se que se evite a exposição a outras ameaças, com relação a danos físicos e/ou psicológicos. Já a estabilização emocional poderá ser desenvolvida por meio da disponibilidade para ouvir a história de cada sujeito afetado e compreender as emoções desencadeadas, de acordo com o desejo do outro em partilhar. Quanto à união, é necessário ajudar/estimular as vítimas a realizar contacto com o seu núcleo familiar e amigos próximos, fornecer informações precisas e pertinentes, além de direcionar as vítimas para os serviços de apoio disponíveis. Em relação à promoção de autoeficácia, deve-se envolvê-lo ativamente na tomada de decisão e na definição de prioridades em nível da resolução imediata dos problemas. Por fim, procura-se transmitir esperança, em uma perspectiva positiva, otimista e realista sobre a recuperação pós-evento traumático.

O PSP rege-se por três componentes basilares: observação, escuta e aproximação, a partir dos quais são ditados os passos para ação, que englobam: oferecer apoio e cuidado práticos não invasivos; avaliar necessidades e preocupações; apoiar no suprimento de suas necessidades básicas; escutar, sem pressioná-las a falar; confortá-las e ajudá-las a se sentirem calmas; contribuir com a busca de informações, serviços e suportes sociais; proteger de danos adicionais (COUTO; SANTOS, 2011; OMS, 2015).

De acordo com IASC (2007), todos os trabalhadores humanitários e profissionais de saúde deveriam ser capazes de fornecer cuidados psicológicos básicos como primeiro auxílio a pessoas em situação de crise. Dessa forma, a capacitação desses atores poderá contribuir para o maior alcance de estratégias de cuidado para a população.

Conforme as diferentes conceituações acerca do comportamento suicida já apresentadas, compreende-se que este fenômeno abarca um intenso sofrimento psíquico; pode levar à exacerbação e turbulência emocional, seguida de dor

psíquica intolerável, e desencadear o desejo de cessar o viver. Essa é a crise suicida (BOTEGA, 2015).

Ao caracterizar-se como uma abordagem não invasiva, compassiva e acolhedora, acredita-se que o PSP poderá contribuir com o atendimento ao usuário com tentativa de suicídio, uma vez que sua proposta será capaz de responder às necessidades de cuidado integral demandadas por essas pessoas, ao valorizar os aspectos psicossociais presentes em processos de desestabilidade, seja de ordem física ou psíquica.

O primeiro passo no atendimento ao comportamento suicida deve ser o cuidado físico, com objetivo de cessar o risco de morte ou de agravamento do estado físico. Após isso, é possível abordar os demais aspectos envolvidos e verificar se o usuário se encontra em condições de receber os PSP. Em caso positivo, inicia-se a abordagem após acessar os atendimentos e cuidados ofertados até o momento, assim como obtenção de dados sobre o que o levou àquele momento.

Ao deparar-se com uma pessoa em sofrimento psíquico, podem-se encontrar diferentes atitudes, desde a expressão de emoções como tristeza, choro, ansiedade, medo, como pessoas com recusa à abordagem e comportamento agressivo/hostil, pessoas com comportamento incongruente, ou até mesmo pessoas que não conseguem expressar suas emoções e pensamentos. Logo, é essencial a observação sobre a situação que ocorre. Nesse processo, a comunicação é importante ferramenta, pois a forma como ela se desenvolve poderá contribuir para que a pessoa se sinta compreendida, segura, protegida e respeitada, o que favorece o processo de cuidado.

Posteriormente, o profissional se apresenta explicando quem é, o que faz e oferece sua escuta. Procura fazer perguntas simples que possibilitem a expressão de sentimentos e emoções, sem pressionar a falar, buscando realizar o acolhimento ao sofrimento expresso (direta ou indiretamente), sem julgar ou opinar. Questiona a forma como pode ajudar, estimulando o direcionamento da própria pessoa, sem oferecer propostas. A demonstração de interesse e preocupação já são fatores que favorecem a vinculação. Procura tranquilizar de forma realista, sem dar falsas esperanças. Estimula a relação com rede de apoio e ajuda a encontrar estratégias de enfrentamento. No caso de pessoas com comportamento suicida em hospitais gerais, é importante a complementação do atendimento por profissionais

especialistas, como psicólogo e/ou psiquiatra. Ainda assim, apresenta possibilidades de cuidados e apoios extra hospitalares.

Abaixo segue proposta para utilização do Primeiros Socorros Psicológicos na abordagem ao usuário com tentativa de suicídio.

Destaca-se que, os passos apresentados a seguir, se referem, de forma didática, à ideia geral do PSP. Portanto, não precisam ser seguidos sequencialmente, assim como realizados em sua totalidade, devendo sua forma de aplicação ser analisada conforme a singularidade da situação que se apresenta.

Figura 9 – Passos para atuação com base no Primeiros Socorros Psicológicos na abordagem ao usuário com tentativa de suicídio

PASSO 01

OBSERVAR

1) Observe e avalie a situação

- verifique se a pessoa está em condições de abordagem.

O primeiro passo no atendimento ao comportamento suicida deve ser o cuidado físico, com objetivo de cessar o risco de morte ou de agravamento do estado físico. Após isso, é possível abordar os demais aspectos envolvidos. Observe se o usuário encontra-se em condições de receber os PSP.

2) Esteja atento para singularidade da pessoa e suas necessidades mais imediatas.

A preparação inicial se refere ao respeito pelo ser humano, na sua dor, nos seus atos e na sua forma de expressar. Deve-se respeitar sua falta de sentido, sua condição emocional e a situação de vida que o levou até ali, sem julgamentos e sem minimizar o sofrimento. Neste momento, é importante trazer para reflexão os sentimentos que o atendimento a pessoa com tentativa de suicídio desperta em você, de forma que os mesmos não interfiram em sua abordagem. Diante do sentimento de raiva, por exemplo, posso não conseguir compreender que há sofrimento existencial, ao passo que se sinto pena, posso desqualificar a capacidade de superação do outro.

ESCUTAR**PASSO 02****3) Apresente-se, explicando quem é e o que faz. Comunique-se de forma adequada, com calma e tranquilidade, sem usar termos técnicos.**

Diga seu nome e sua função no hospital.

Ex: Boa tarde. Eu sou Cristina, psicóloga do hospital.

4) Ofereça sua escuta. Faça perguntas respeitosas e simples (não por curiosidade), e não pressione a falar:

Ex: "Você gostaria de conversar?"

"Como você se sente?"

"Você gostaria de falar sobre o que aconteceu?"

Atos comuns de cortesia podem facilitar a aproximação, como oferecer um copo d'água ou um lenço de papel quando estiver chorando.

5) Escute os sentimentos e pensamentos sem emitir opiniões pessoais e julgamentos.

Se disponibilizar a escutar o outro exige presença, acolhimento e ausência de julgamento. Isso por si só já é terapêutico. É preciso deixar de lado preconceitos, crenças e valores pessoais e estar aberto ao que a pessoa quer falar e transmitir através daquele momento de vida.

É essencial dar importância e demonstrar interesse, preocupação e desejo de ajudar. Isso já é um fator de proteção para o suicídio e facilita a construção do vínculo e adesão ao tratamento durante a hospitalização e após alta.

Falar não provoca suicídio, porque o sofrimento é existencial e está na pessoa que sente, mas a fala reduz a ansiedade e a angústia, promovendo alívio e sensação de conforto.

7) Não fale de você, não ofereça solução. Pergunte como pode ajudar. Às vezes, a única coisa que a pessoa precisa é desabafar ou compartilhar seus sentimentos e frustrações.

Cuidar envolve atenção às necessidades do outro. Não ajudaremos levando em conta nossa maneira, mas sim a forma como a pessoa se sente a vontade e necessita. Se quer ajudar, pergunte como a pessoa deseja ser ajudada. Se quer cuidar, pergunte como a pessoa precisa ser cuidada.

Ex: "Como posso te ajudar?"

"Tem algo que você precisa neste momento que eu possa ajudar?"

8) Procure tranquilizar de forma realista. Não tente remediar ou dar falsas esperanças.**EVITE:**

"isso vai passar logo"

"eu no seu lugar faria..."

"as coisas não são tão ruins"

"você tem que se esforçar"

PREFIRA:

"estou aqui com você"

"eu imagino que não deva ser fácil enfrentar isso"

"posso fazer algo por você?"

"o que você precisa?"

APROXIMAR**PASSO 03**

9) Verifique outras necessidades (Ofereça assistência prática como alimentação, água, informações, contatos)

10) Estimule a conexão com a rede de apoio: família, amigos e comunidade

Relacionamentos familiares e sociais são considerados fatores de proteção para o suicídio sendo importante estimulá-los. Em muitos momentos o usuário pode não conseguir reconhecer inicialmente pessoas em quem sente confiança, sendo necessário ajudá-lo a identificar.

11) Ajude a encontrar estratégias para enfrentar a situação vivenciada, tentando remeter a mecanismos usados no passado pela pessoa e não o que você considera que será bom ou o que é bom para você.

Devido a rigidez de pensamento, é comum as pessoas com comportamento suicida não conseguirem visualizar outras possibilidades em sua vida. Estimular essa reflexão poderá contribuir para o enfrentamento da dor. Lembre-a de situações difíceis já vivenciadas e que ela superou e a forma como realizou isso. Reforce os fatores de proteção.

12) Conecte com serviços disponíveis necessários no momento ou no futuro, como especialistas. Algumas pessoas precisarão de apoio especializado, para além do PSP.

Considerando-se que uma tentativa de suicídio anterior é o maior fator de risco para o suicídio, deve-se encaminhar para o atendimento com especialista, seja no próprio serviço de saúde em que encontra-se em atendimento (psicologia ou psiquiatria) ou para serviços ambulatoriais, como CAPS e Unidades de Saúde da Família. Forneça contato de centros e serviços de emergência também podem ser úteis para situações futuras (CVV, SAMU, Corpo de Bombeiros).

13) Deixe-se disponível.

Em muitos momentos o que a pessoa precisa é se sentir acolhido e compreendido. A simples presença e disponibilidade ajuda na reorganização interna, dá conforto e referência. Quanto mais se demonstra compreensão, mais é organizativo e terapêutico.

Fonte: Elaborado pelos autores

É importante destacar que na atualidade, o PSP tem sido amplamente utilizado não apenas em intervenções de situações de catástrofes, mas também em crises pessoais, tais como uma tentativa de suicídio. No entanto, não foram identificados na literatura científica trabalhos que expõem especificamente a aplicação desta estratégia em pessoas com tentativas de suicídio, uma vez que esta é a proposta essencial desta pesquisa.

Contudo, há programas com eficácia comprovada que se assemelham a essa abordagem, como o *QRP Suicide Prevention Gatekeeper Training Program* e o *Mental Health First Aid* (ou Primeiros Socorros em Saúde Mental). O QRP trata-se de um programa de treinamento de *gatekeepers* (ou guardiões). Esses são indivíduos que se encontram em contato regular com pessoas em risco, e podem ser representantes da comunidade, da escola, da segurança pública e outros. O objetivo é aumentar o conhecimento e dissipar mitos sobre o suicídio, além de fortalecer a capacidade de perguntas (*Questions*) sobre pensamentos ou intenções suicidas, persuadi-los (*Persuade*) a obter ajuda e encaminhar/referências (*Refer*) para um serviço adequado (LITTEKEN; SALE, 2018). Já o programa Primeiros Socorros em Saúde Mental foi desenvolvido na Austrália para ensinar pessoas leigas a reconhecer e ajudar outras pessoas com sofrimento psíquico ou crise emocional (HADLACZKY, et al., 2014).

No que diz respeito à proposta desta pesquisa, a abordagem apresentada (PSP) poderá afirmar-se como conteúdo significativo explorado por meio de ações de EPS para profissionais em hospitais gerais e favorecer o desenvolvimento de ações preventivas ao suicídio ao possibilitar a qualificação profissional.

8 CAMINHO METODOLÓGICO

Esta pesquisa foi conduzida por meio de uma abordagem qualitativa, não somente pela natureza do problema aqui tratado, mas principalmente pela intenção de compreender a experiência e o tipo de ação que envolvem os trabalhadores do serviço de saúde com o fenômeno do suicídio (CRESCENTINI, MAINARDI, 2009)¹⁰. Além disso, a pesquisa qualitativa tem sido, inúmeras vezes, utilizada para descrever uma situação social circunscrita (pesquisa descritiva), ou para explorar determinadas questões (pesquisa exploratória) que, dificilmente, o pesquisador que recorre a métodos quantitativos consegue abordar (DESLAURIERS; KERISIT, 2008; COOMBS, 2017).

O campo de pesquisa investigado foi uma instituição hospitalar pública de média complexidade, localizada no Município de Resende, na Região Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro, referência regional para o atendimento de urgência e emergência, compondo a Rede de Urgências e Emergências da Região de Saúde do Médio Paraíba. Constitui-se por aproximadamente 830 (oitocentos e trinta) funcionários e realiza, em média, 7800 (sete mil e oitocentos) atendimentos e 400 (quatrocentas) internações mensais.

Os sujeitos da pesquisa foram trabalhadores do referido hospital, que estabelecem contato junto a usuários com tentativa de suicídio, abrangendo profissionais da equipe técnica, dentre os quais participaram 06 (seis) assistentes sociais, 08 (oito) enfermeiros, 09 (nove) médicos, 03 (três) psicólogos e 10 (dez) técnicos de enfermagem, totalizando 36 (trinta e seis) trabalhadores da saúde.

Quanto às etapas desenvolvidas durante este processo investigativo, foram sistematizadas em dois momentos: a) pesquisa de campo; b) elaboração e aplicação do produto de ensino.

Os dados foram obtidos com base nas seguintes técnicas: a) observação participante tendo como instrumento o diário de campo, cujos registros ocorreram no período de julho de 2019 a novembro de 2020; b) questionário semiestruturado individual (contendo questões de múltipla escolha e abertas), aplicado presencialmente nos meses de outubro e novembro de 2020; c) documental (acesso a prontuários como fonte de dados secundários).

¹⁰ Aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário de Volta redonda – CoEPS - UniFOA, com parecer substanciado nº CAEE 25959419.1.0000.5237 (ANEXO 1).

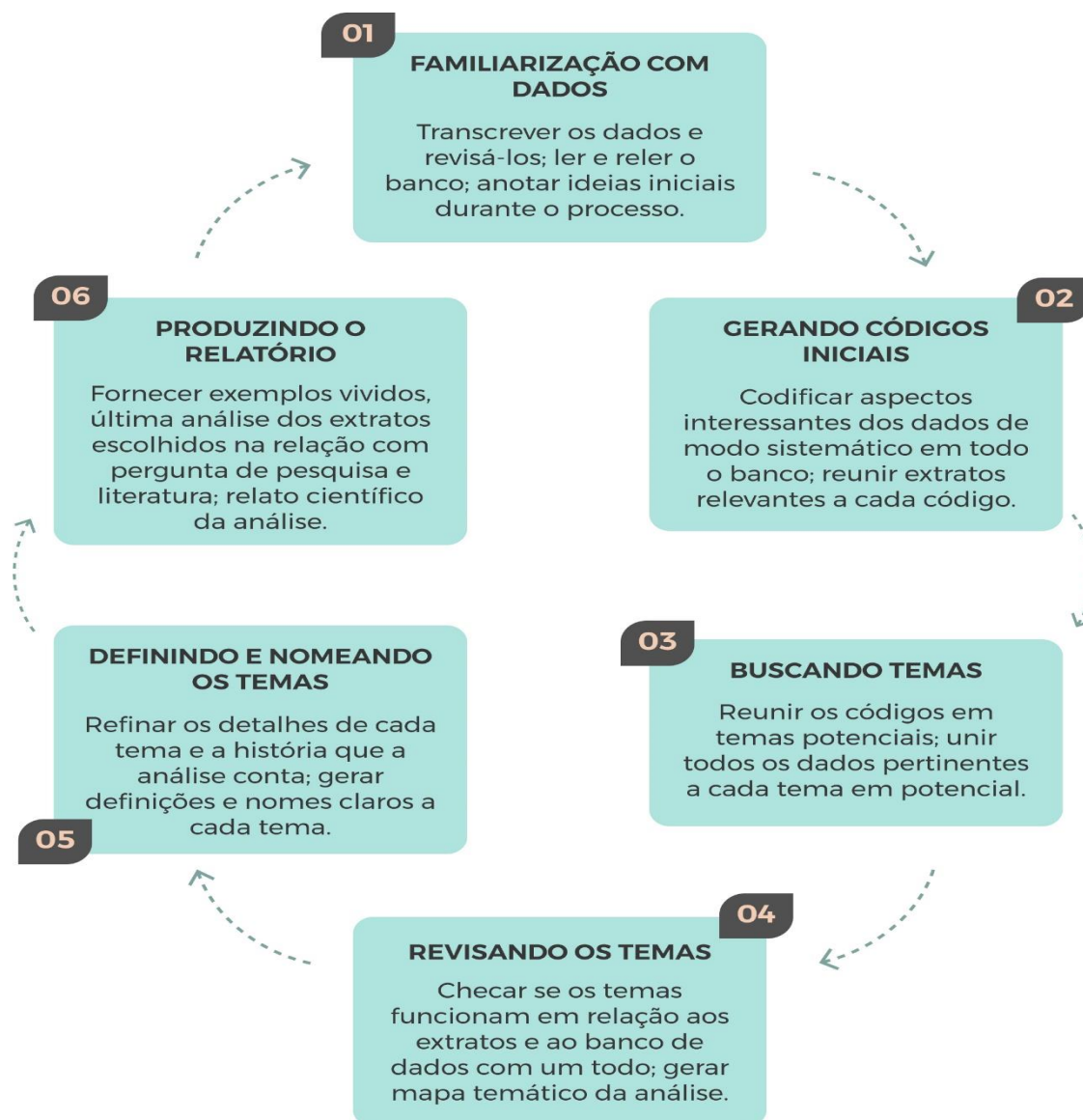
Vale pontuar que, durante o processo de pesquisa, foi necessário realizar adequação dos instrumentos de coleta de dados, uma vez que a proposta inicial se referia à realização de entrevista semiestruturada. Entretanto, com os efeitos decorrentes da instauração da pandemia do novo coronavírus, duas situações foram levadas em consideração: 1) a necessidade urgente de reorganização do ambiente hospitalar, como forma de adequação da estrutura para atendimento aos casos dessa patologia vigente, o que levou ao surgimento de uma realidade diferenciada; 2) a instituição de normas de controle da propagação do vírus, dentre elas o distanciamento físico como método mais eficaz de prevenção da pandemia (BRASIL, 2020). Sendo assim, a técnica de entrevista, que exigiria o encontro com aproximadamente vinte profissionais, por um período de tempo relativamente extenso (estima-se o período entre 20 a 30 minutos por pessoa), foi considerada inadequada ao cenário atual.

Para análise dos dados, lançou-se mão da Análise Temática, compreendida como,

Um método de análise qualitativa de dados para identificar, analisar, interpretar e relatar padrões (temas) a partir de dados qualitativos. [...] pois esta análise colabora muito para a geração de uma análise interpretativa sobre os dados. [...] É valorizado o registro constante de ideias, *insights*, rascunhos e esquemas. Na análise temática, a escrita é considerada parte integrante da análise, e não apenas uma redação mecânica e posterior à pesquisa deve começar já na fase 1, anotações livres de ideias, esquemas de codificação em potencial, continuando através de todo o processo de codificação/análise. Esse procedimento valoriza o papel ativo e fundamental do pesquisador no processo, com material em constante construção e transformação (SOUZA, 2019, p. 52-54).

No caso dessa investigação, valeram-se de 06 (seis) etapas de operacionalização, conforme demonstrado na Figura 10:

Figura 10 - Etapas da Análise Temática:



Fonte: Elaborado pelos autores

Diante da natureza desta pesquisa, optou-se por utilizar a Análise Temática do tipo *Codebook*¹¹ (grade de códigos), na qual está sustentado um guia de códigos previamente preparado com temas prontos, que podem ser alterados no seu decurso (BRAUN; CLARKE, 2017). Isso se deve ao fato de a pesquisa apresentada ter utilizado um questionário semiestruturado como fonte de dados, o que leva ao preestabelecimento de determinadas categorias.

¹¹ Existem outros dois tipos de análise temática: *Coding Reliability* (coleta de dados qualitativos, que são analisados e relatados, mas a lógica é quantitativa) e *Reflexive* (codificação flexível, cujo objetivo principal não é alcançar a exatidão, mas imersão e envolvimento com os dados) (BAUN; CLARKE, 2017).

O estágio seguinte consistiu na construção do produto educacional, tendo a metodologia pautada pela concepção de EPS, como uma prática social, pois propõe uma transformação da realidade e do processo de cuidado, firmada no aspecto pedagógico da construção de profissionais críticos e participantes, orientando para a melhoria da qualidade dos serviços, para equidade no cuidado e acesso aos cuidados em saúde (RIBEIRO; MOTTA, 1996).

A partir dos dados coletados, foi realizada seleção de material específico sobre a temática do suicídio e de abordagens a usuários com comportamentos suicidas em hospitais gerais. A busca deste material baseou-se no levantamento bibliográfico realizado no processo de pesquisa, considerando-se essa etapa da pesquisa como ponto de partida para definição dos assuntos a serem abordados no produto de ensino. Dessa maneira, foi elaborado o conteúdo do material que compôs o manual escrito, assim como o roteiro para os três vídeos complementares e apresentados em formato QR Code inserido no material textual. Para estruturação do produto, foram realizadas dezesseis reuniões virtuais: nove com produtores do vídeo e sete com os diagramadores do manual.

No momento posterior, foi executada a aplicação do produto, realizada no referido hospital, contando com 16 (dezesseis) participantes, tendo como público-alvo uma parcela dos sujeitos da pesquisa (assistentes sociais, enfermeiros, médicos, psicólogos e técnicos de enfermagem). Foram realizados quatro encontros presenciais, nos quais foram adotadas medidas de proteção contra a Covid 19, como o uso de máscara, distanciamento físico e higienização das mãos.

A metodologia utilizada nesta fase foi a exposição dialogada presencial, o acesso ao conteúdo e ao instrumento de avaliação por meio de tecnologia virtual (*WhatsApp* e *Google Forms*, respectivamente). Utilizou-se como recurso um computador.

Ao refletir sobre a proposta da elaboração de um material educativo direcionado à qualificação profissional no atendimento a pessoas com tentativas de suicídio em hospitais gerais, considerou-se essa etapa da pesquisa como parte das estratégias da EPS.

9 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados apresentados neste tópico referem-se à apreciação dos dados coletados por meio dos questionários, diário de campo e consulta em prontuários de pacientes, com posterior utilização do método da Análise Temática para explorar as informações e identificar temáticas significativas referentes a proposta desta pesquisa, a partir das quais foi pautada a elaboração do produto de ensino.

9.1 COLETA DE DADOS NA PESQUISA DE CAMPO

9.1.1 Questionário

Os questionários foram entregues para 40 (quarenta) funcionários, dentre os quais 36 (trinta e seis) responderam. No momento da aplicação, foram fornecidas informações acerca da pesquisa realizada, além de orientações sobre a participação. A figura 11 apresenta os resultados de acordo com as categorias profissionais.

Figura 11 – Quadro demonstrativo relativo aos resultados dos questionários de acordo com as categorias profissionais.

TEMAS INICIAIS ABORDADOS	ASSISTENTE SOCIAL	ENFERMEIRO	MÉDICO	PSICÓLOGO	TÉCNICO EM ENFERMAGEM
Reconhecimento de atendimento da demanda	Todos	Todos	Todos	Todos	Todos
Segurança no atendimento	Maioria se sente segura	Maioria não se sente segura	Maioria se sente segura	Maioria não se sente segura	Maioria se sente segura
Conhecimentos advindos da formação profissional	Maioria não possui	Maioria não possui	Parte possui	Maioria não possui	Maioria possui
Acesso a cursos/ capacitações	Maioria obteve	Maioria não obteve	Maioria não obteve	Maioria não obteve	Maioria não obteve
Hospital como local adequado para esse atendimento	Maioria considera que sim	Maioria considera que não	Maioria considera que sim	Maioria considera que não	Maioria considera que não
Objetivo do atendimento	Todos: Cuidados clínicos e emocionais	Maioria: Cuidados clínicos e emocionais	Maioria: Cuidados clínicos e emocionais	Maioria: Cuidados clínicos e emocionais	Maioria: Cuidados clínicos e emocionais
Profissionais responsáveis pelo atendimento	Todos: Psicólogo, psiquiatra, assistente social, enfermeiro e técnico de enfermagem. Maioria: médico	Grande maioria: Psicólogo Maioria: psiquiatra, assistente social, médico e técnico de enfermagem, enfermeiro.	Todos: psicólogo, médico, psiquiatra, assistente social, enfermeiro.	Grande maioria: Psicólogo Maioria: psiquiatra, assistente social, médico e técnico de enfermagem, enfermeiro.	Todos: psicólogo, psiquiatra. Alguns: assistente social, enfermeiro, médico, técnico de enfermagem, fisioterapeuta.
Profissionais responsáveis pela abordagem da demanda emocional	Todos: psicólogo, psiquiatra, assistente social. Alguns: enfermeiro, médico e nutricionista.	Maioria: psicólogo e psiquiatra. Alguns: assistente social, técnico, fisioterapeuta, qualquer profissional capacitado	Maioria: psicólogo, psiquiatra, assistente social, médico. Maioria: enfermeiro	Maioria: psicólogo e psiquiatra. Alguns: assistente social, técnico, fisioterapeuta, qualquer profissional capacitado	Todos: psicólogo, psiquiatra. Alguns: assistente social, técnico, médico.
Importância da demanda em relação às demais	Todos	Todos	Maioria	Todos	Todos
Conhecimento sobre fluxo de atendimento	Maioria refere conhecer.	Todos referem não conhecer	Maioria refere não conhecer ou descrevem de forma incompleta	Todos conhecem	Cerca de metade refere conhecer, mas não descrevem de forma completa
Considera que o atendimento desperta sentimentos diferentes de outros atendimentos	Maioria considera que sim: Tristeza, medo, frustração, compaixão, rejeição, impotência, empatia.	Parte considera que sim: tristeza, compaixão, pena, frustração, medo, desespero.	Maioria considera que sim : tristeza, pena, compaixão, medo.	Parte considera que sim: tristeza, compaixão, pena, frustração, medo, desespero.	Parte considera que sim: tristeza, compaixão, pena, frustração, medo, revolta, questionador.

TEMAS INICIAIS ABORDADOS	ASSISTENTE SOCIAL	ENFERMEIRO	MÉDICO	PSICÓLOGO	TÉCNICO EM ENFERMAGEM
Motivos que levam ao comportamento suicida	Maioria: sofrimento e transtorno mental. Alguns: pedido de ajuda, escolha, influência social.	Maioria: sofrimento e transtorno mental. Alguns: pedido de ajuda, chamar atenção, porque quer morrer, loucura, desespero, medo, ansiedade, tristeza, fuga.	Maioria: sofrimento, pedido de ajuda, transtorno mental. Alguns: querem morrer, chamar atenção, coragem, covardia, escolha, loucura, desespero, medo, solidão, tristeza.	Maioria: sofrimento, transtorno mental. Alguns: desespero	Maioria: sofrimento, transtorno mental. Alguns: pedido de ajuda, chamar atenção, porque quer morrer, escolha, loucura, desespero.
Consideram que há desejo de morrer por parte de quem tenta	Parte acha que minoria quer e parte acha que maioria quer.	Parte acha que minoria quer e parte acha que maioria quer.	Maioria acha que minoria quer morrer	Maioria acha que minoria quer morrer	Parte acha que minoria quer morrer e parte maioria quer morrer
Considera que pessoas sinalizam antes	Todos	Maioria	Todos	Todos	Maioria
Considera que forma como tenta reflete desejo ou não de morrer	Maioria	Maioria	Parte	Todos	Maioria
Conhecimento dos fatores de risco	Todos, não de forma completa	Maioria, não de forma completa	Todos, não de forma completa	Todos, não de forma completa	Maioria, não de forma completa
Consideram comum pensar em suicídio	Maioria sim	Nenhum considera	Maioria não considera	Todos não consideram	Todos não consideram
Palavras associadas ao comportamento suicida	Perda, desespero, sofrimento	Morte, solidão, falta de apoio, sofrimento, desespero, ajuda.	Depressão, desespero, morte, solidão, sofrimento	Sufrimento, desequilíbrio emocional	Morte, transtorno mental, conflito interno, desequilíbrio emocional, medo, tristeza, sofrimento.
Suicídio como passível de prevenção	Todos consideram	Maioria considera	Todos consideram	Todos consideram	Maioria considera
Considera hospital como local de prevenção	Todos consideram	Nenhum considera	Maioria não considera	Todos não consideram	Maioria não considera
Considera-se responsável pela prevenção	Parte se considera	Maioria não se considera	Maioria não se considera	Maioria se considera	Maioria não se considera
Considera possibilidade de superação	Maioria considera que na maioria das vezes sim	Todos consideram que na maioria das vezes sim	Maioria considera que na maioria das vezes sim	Maioria considera que na maioria das vezes sim	Maioria considera que na maioria das vezes sim
Profissionais que podem contribuir com essa superação	Todos: psicólogo, assistente social, técnico de enfermagem, enfermeiro. Maioria: psiquiatra e médico. Alguns: fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista.	Todos: psiquiatra Grande maioria: psicólogo Maioria: assistente social, enfermeiro, técnico, médico, fisioterapeuta, nutricionista	Todos: psiquiatra. Maioria: psicólogo, assistente social. Parte: médico, enfermeiro. Alguns: técnico de enfermagem.	Todos: Psicólogo, psiquiatra, médico, assistente social, Alguns: enfermeiro, técnico de enfermagem	Todos: psicólogo e psiquiatra. Alguns: assistente social, enfermeiro, médico, técnico
Falar sobre tema induz ao suicídio	Todos consideram que não	Maioria considera que não	Maioria considera que não	Todos consideram que não	Maioria consideram que não
Conhecimento sobre programas de prevenção	Maioria conhece: CVV, setembro amarelo, CAPS	Maioria não conhece: CVV, setembro amarelo	Maioria não conhece: CVV, setembro amarelo	Nenhum conhece	Maioria não conhece: CAPS, CVV

Fonte: Elaborado pelos autores

9.1.2 Diário de Campo

Esse tópico trata de conteúdos relevantes registrados em Diário de Campo, considerando dois formatos: 1) registros de circunstâncias que confirmam as categorias e dados do questionário; 2) registros não revelados nos questionários, embora tenham sido considerados para as análises em pauta e, por isso, destacados neste tópico.

Anotação obtida em 10/03/2019 – 11h – Hospital Geral:

X. chega ao hospital pela terceira vez no período de um mês com quadro de automutilação. Estava acompanhada da mãe e fora levada pelo SAMU. Recepcionista, enfermagem e médicos encontravam-se ao seu redor, uns buscando dados pessoais, outros avaliando seu corpo, analisando qual o procedimento necessário. Limpam o corte e realizam a sutura. A situação está resolvida do ponto de vista biológico e para a equipe do setor. Chegam então a psicóloga e a assistente social na busca de compreender a que a levou àquele momento.

Anotação obtida em 09/09/2019 – 08h – Hospital Geral

Em diálogo sobre o encaminhamento de um caso, uma pessoa afirma que 'esse pessoal' tenta se matar com remédio e sabe que não funciona, então porque não põe logo uma corda no pescoço.

Anotação obtida em 12/09/2019 – 09h – Hospital Geral

Em nova abordagem de uso abusivo de medicamento como tentativa de suicídio é afirmado que as pessoas sabem que remédio não vai adiantar e então o fazem para chamar atenção.

Anotação obtida em 10/10/2019 – 08h – Hospital Geral

O familiar de uma conhecida foi atendido no hospital após tentativa de suicídio. Não me encontrava no hospital, mas compareci após cerca de 2h para verificar como ele estava. Até então, atendido pela equipe médica e de enfermagem, já com prescrições clínicas e administradas. Estava aguardando avaliação da psicologia para encaminhamento do caso.

Anotação obtida em 18/10/19 – 09h – Hospital Geral

Paciente em observação por tentativa de suicídio, tendo ocorrido na noite anterior. Recebe alta hospitalar na mesma data pelo psiquiatra de sobreaviso, programada para a manhã seguinte. Ao solicitar atestado médico, este não é fornecido com a alegação de que deveria ser fornecido pelo psiquiatra, no entanto ele não permanece no hospital, não sendo possível essa conduta. Paciente saiu sem atestado médico.

Anotação obtida em 20/11/19 – 09h – Hospital Geral

Finalizando outro atendimento, uma pessoa é atendida por tentativa de suicídio. O profissional, de forma cuidadosa, lhe pergunta o que aconteceu e ela apenas responde que se trata do que se encontra escrito em seu Boletim de Atendimento. Naquele momento, o cuidado voltou-se para questões relacionadas a dor, doenças preexistentes e medicamentos em uso. Foi encaminhada para atendimento pela psicologia.

Anotação obtida em 27/11/2019 – 08h – Hospital Geral

Profissionais dialogam entre si acerca de uma tentativa de suicídio, apontando que o ocorrido não foi de forma concreta, mas de modo a chamar atenção.

Anotação obtida em 28/11/2019 – 09h – Hospital Geral

Atendimento realizado à paciente com tentativa de suicídio que deu entrada ontem (20:20h). Ele já estava impaciente em permanecer no local. A irmã que o acompanhava informou incômodo pelo irmão ter permanecido dormindo em cadeira (não em leito) após administrada medicação que lhe causara sono: 'Foi medicado e deixaram ele lá'.

Anotação obtida em 02/12/2019 – 10:30h – Hospital Geral

Em atendimento individual a uma paciente após tentativa de suicídio, esta relata seu aborrecimento diante da fala de um profissional aos seus pais sobre a forma como tentou, que associou sua atitude a tentativa de chamar atenção.

Anotação obtida em 08/12/2019 – 10h – Hospital Geral

Paciente trazida pelo SAMU após tentativa de suicídio. Atendimento médico e da enfermagem imediato. A médica, de forma acolhedora, procura entender o que aconteceu. A enfermagem mostra-se compreensiva com o ocorrido, abordando cuidadosa e compassivamente ao realizar a assistência prescrita.

Anotação obtida em 17/02/2020 – 09h – Hospital Geral

Em abordagem a paciente com tentativa de suicídio, no dia seguinte dá entrada no hospital, ela deseja ir embora e afirma tentativa de forma impulsiva e arrependimento. Apesar de avaliada com condições de alta pela psicologia, a paciente só será liberada após avaliação do psiquiatra de sobreaviso.

9.1.3 Análise e discussão dos dados

Conforme a proposta do método de Análise Temática, esta etapa foi iniciada a partir da leitura dos questionários aplicados, assim como dos registros relativos ao Diário de Campo. Os dados foram lidos e revisados considerando as seguintes etapas de leitura: 1) análise textual, buscando a visão de conjunto da mensagem; 2) análise temática, identificando o problema; 3) análise interpretativa, aproximando-se da associação de ideias, e por último a 4) síntese, reelaboração da mensagem (SEVERINO, 2013, p. 47). Dessa forma, procurou-se identificar, diante de assuntos preestabelecidos, padrões em comum detectados nos questionários e que estes, guardassem similaridade com as observações de campo, bem como as informações que foram constatadas apenas em um desses instrumentos, em busca de conteúdos latentes das experiências vivenciadas no processo de pesquisa.

Dessa forma, em um segundo momento, foram gerados códigos iniciais a partir dos quais foram originados cinco temas propostos:

- Educação na saúde: Formação Acadêmica / Educação Continuada / Educação Permanente em Saúde;
- Integralidade do cuidado: o suicídio é um problema de todos;
- Fluxo de atendimento ao usuário com tentativa de suicídio em hospitais gerais;
- Conhecimento sobre o tema suicídio;
- O papel do hospital na assistência ao usuário com tentativa de suicídio.

Cabe ressaltar que os temas identificados referem-se a assuntos extensivamente investigados na literatura científica acerca do fenômeno do suicídio.

TEMA: Educação na saúde: Formação Acadêmica / Educação Continuada / Educação Permanente em Saúde

Sobre este tópico, a presente pesquisa demonstra que todos os profissionais reconhecem que atendem pessoas com tentativa de suicídio; no entanto, a maioria afirma não ter obtido formação específica para realizar esse atendimento, com exceção dos técnicos de enfermagem. No que se refere a cursos e/ou capacitações acerca desta temática, grande parte dos profissionais informou não ter tido acesso, excetuando-se os assistentes sociais, dentre os quais a maioria informou a procura pelas atividades educacionais por conta própria. Esses dados podem justificar a falta de segurança identificada, devido ausência de conhecimento e preparo para abordar essa demanda.

A literatura científica demonstra que a formação profissional em saúde ainda é pautada principalmente pelo modelo biomédico de cuidado, seja do médico que é considerado o principal ator nesse processo ou o discurso biomédico que atravessa as demais profissões de saúde, apontando para o cuidado fragmentado e pautado no especialismo (BRASIL, 2008b; RAMOS; FALCÃO, 2011; SOUZA et al., 2012; BRASIL; 2013; SILVA, 2014; SANTOS et al., 2014; ALVES; CADETE, 2015; BRASIL, 2017b; STORINO, et al., 2018). Isso se reflete nas práticas assistenciais ao paciente com tentativa de suicídio, as quais devem considerar dimensões não contempladas pela biomedicina.

De acordo com Alves e Cadete (2015), “a formação do profissional e a especialização no paradigma biomédico dificultam a percepção da unicidade do sujeito (p. 82)”. Da mesma maneira, o MS reconhece que o modelo vigente de atenção à saúde não conseguiu acompanhar as mudanças epidemiológicas da população e, por isso, não alcança a singularidade de cada usuário (BRASIL, 2013b), importante característica na abordagem do comportamento suicida.

Para Ramos e Falcão (2011), a formação em saúde relacionada à temática do suicídio é, frequentemente, direcionada aos profissionais da saúde mental, como psicólogos e psiquiatras, apontando para o especialismo e não para a responsabilidade multiprofissional. No entanto, a complexidade do fenômeno

demanda articulação entre diferentes profissionais e não apenas dos especialistas (BOTEGA, 2005; RAMOS; FALCÃO, 2011).

Outros estudos demonstram que profissionais de saúde não recebem treinamento para abordarem pessoas com tentativa de suicídio em hospitais gerais, prevalecendo o modelo tecnicista e fragmentado no cuidado ofertado (SOUZA et al., 2012; SILVA, 2014; SANTOS et al., 2014; BRASIL, 2017b; STORINO, et al., 2018). Isso demanda desenvolvimento de ações educativas para qualificação do cuidado ao usuário com tentativa de suicídio em hospitais gerais, estando essas para além do conteúdo tecnicista, mas que inclua a reflexão do processo de trabalho e leve em consideração a realidade local. Ademais, reafirmam a importância do trabalho interdisciplinar e interprofissional para oferta de cuidado integral, importante para o manejo do comportamento suicida. Essas pesquisas apontam, ainda, para a necessidade da inserção de conteúdos teórico-práticos sobre saúde mental nos currículos dos cursos da área da saúde.

TEMA: Integralidade do cuidado: o suicídio é um problema de todos

A discussão acerca da educação na saúde conduz para o debate em torno do tema em pauta neste tópico.

A maioria dos profissionais desta pesquisa afirma que a assistência ao usuário com tentativa de suicídio deve contemplar cuidados clínicos e emocionais, reconhecendo-se como responsáveis por este atendimento. Entretanto, no que se refere à abordagem de aspectos emocionais, apontam que são os psicólogos e psiquiatras os profissionais capacitados para contribuir com a superação do comportamento suicida. Além disso, a maior parte considera esta demanda tão importante como as demais, porém essa ideia não é confirmada por observações registradas no diário de campo:

Paciente em observação por tentativa de suicídio, tendo ocorrido na noite anterior. Recebe alta hospitalar na mesma data pelo psiquiatra de sobreaviso, programada para a manhã seguinte. Ao solicitar atestado médico, este não é fornecido com a alegação de que deveria ser fornecido pelo psiquiatra, no entanto ele não permanece no hospital, não sendo possível essa conduta. Paciente saiu sem atestado médico (Trecho extraído do Diário de Campo em 18/10/2019).

Atendimento realizado a paciente com tentativa de suicídio que deu entrada ontem (20:20h). Ele já estava impaciente em permanecer no local. A irmã que o acompanhava informou incômodo pelo irmão ter permanecido dormindo em cadeira (não em leito) após administrada medicação que lhe

causara sono: 'Foi medicado e deixaram ele lá'. (Trecho extraído do Diário de Campo em 20/11/2019).

Finalizando outro atendimento, uma pessoa é atendida com tentativa de suicídio. O profissional, de forma cuidadosa, lhe pergunta o que aconteceu e ela apenas responde que se trata do que se encontra escrito em seu Boletim de Atendimento. Naquele momento, o cuidado voltou-se para questões relacionadas a dor, doenças preexistentes e medicamentos em uso. Foi encaminhada para atendimento pela psicologia. (Trecho extraído do Diário de Campo em 20/11/2019).

X. chega ao hospital pela terceira vez no período de um mês com quadro de automutilação. Estava acompanhada da mãe e fora levada pelo SAMU. Recepcionista, enfermagem e médicos encontravam-se ao seu redor, uns buscando dados pessoais, outros avaliando seu corpo, analisando qual o procedimento necessário. Limpam o corte e realizam a sutura. A situação está resolvida do ponto de vista biológico e para a equipe do setor. Chegam então a psicóloga e a assistente social na busca de compreender a que a levou àquele momento. (Trecho extraído do Diário de Campo em 10/03/2020).

Essas situações podem retratar a abordagem fragmentada, em que o cuidado é compartimentado pelas diferentes profissões, cada qual realiza o que é específico de sua área de formação.

A integralidade é definida, na Constituição de 1988, como um dos princípios do SUS e, de forma geral, pode ser entendida como o compromisso de garantir a atenção a todas as necessidades de saúde de cada usuário (BRASIL, 1988).

Mattos (2004) compreende a integralidade como uma atitude para alcançar a superação da visão fragmentada do sujeito, podendo esta ser compreendida de três formas: intervenção multidisciplinar, com atuação profissional de forma articulada, ultrapassando o cuidado apenas médico e com ênfase no biológico; ação organizadora de articulação entre os serviços assistenciais ao usuário; e conjunto de políticas específicas desenvolvidas para responder a determinados problemas de saúde das populações.

Para Pinheiro (2004), a integralidade visa superar a cultura médico-centrada, respondendo às necessidades e às demandas do sujeito com a garantia de sua liberdade.

Estudos revelam que, apesar de todo avanço tecnológico no campo da saúde, do ponto de vista dos usuários, ainda persiste a insatisfação uma vez que as ações de saúde baseiam-se na repetição, que conduz ao "agir protocolado", anula a diferença e leva os usuários a se queixarem de falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e de seus problemas, o que

desperta sentimentos de insegurança, desamparo, desinformação, desrespeito e desprezo (MERHY, 2002; FEUERWERKER, 2014).

Bastos et al. (2019) associam o paradigma positivista e o modo de produção capitalista ao redirecionamento no campo da saúde, que influenciou diretamente na configuração atual das profissões de saúde, levando-as ao especialismo, à fragmentação do cuidado e à limitação da ação profissional. Dessa forma, passam a visualizar parcialmente o processo social sobre o qual se dá a intervenção, já que as tecnologias da saúde, direcionadas pelos padrões do mercado e não pelas necessidades do sujeito, valorizam os procedimentos técnicos em detrimento dos inter-relacionais (DIAS, 2015).

Portanto, o cuidado integral passa a ser considerado imprescindível no atendimento ao usuário com tentativa de suicídio, uma vez que o enfrentamento ao comportamento suicida deve considerar as múltiplas determinações do fenômeno e não apenas as causas biológicas (BRASIL, 2017b).

Em estudo realizado em um hospital de Pernambuco, que investigou as percepções de profissionais atuantes no setor de emergência sobre comportamento suicida e suas práticas de cuidado, os resultados mostraram que os participantes apresentavam lacunas na compreensão do suicídio e da rede de saúde mental, o que interferia diretamente na assistência prestada e continuidade do cuidado. Os autores observaram que os profissionais desenvolviam ações voltadas para o aspecto biológico, de forma fragmentada, sem considerar aspectos psíquicos e sociais, o que impedia o alcance da integralidade (GONÇALVES; SILVA; FERREIRA, 2015).

Toro (2016), ao buscar compreender como os profissionais de um pronto-socorro vivenciam a assistência a usuários com tentativa de suicídio, também identificou falta de preparo adequado por parte dos profissionais de saúde e ações de cuidado fragmentadas.

Em pesquisa para analisar a forma de cuidado recebida por idosos após tentativas de suicídio, Conte (2015) também apontou o foco em questões biomédicas e o desfavorecimento de um tratamento que contemplasse outras dimensões da vida dos sujeitos e que alcançassem os sofrimentos apresentados.

Para Silva (2014), o hospital pode ser um espaço promotor da integralidade do cuidado e da promoção de saúde desde que saia da lógica médico-centrada para uma lógica usuário-centrada, na qual inclua outras tecnologias na assistência ao usuário em sofrimento.

Santos e Kind (2019) apontam que, quando o sujeito não recebe um cuidado que o perceba de forma integral e como ser biopsicossocial, atendo-se muitas vezes apenas à queixa física, há uma perda da possibilidade de identificar e cuidar dos fatores de risco que levam à busca pela própria morte.

Para Ayres (2004), é necessário trabalhar com os sujeitos em risco suicida, com uma escuta que ultrapasse as queixas físicas e concretize o cuidado integral, com ações que ofereçam um cuidado individualizado, acolhedor e pautado na ética.

Já a abordagem apresentada a seguir, identificada no presente estudo, demonstra a possibilidade de manter o foco na especificidade da área de atuação, porém abordando de forma integral, acolhendo para além do corpo, mas o sofrimento experienciado.

Paciente trazida pelo SAMU após tentativa de suicídio. Atendimento médico e da enfermagem imediato. A médica, de forma acolhedora, procura entender o que aconteceu. A enfermagem mostra-se compreensiva com o ocorrido, abordando cuidadosa e compassivamente ao realizar a assistência prescrita. (Trecho extraído do Diário de Campo em 08/12/2019).

TEMA: Fluxo de atendimento ao usuário com tentativa de suicídio em hospitais gerais

Em relação ao conhecimento sobre o fluxo de cuidado ao usuário com tentativa de suicídio no hospital, a maioria das categorias profissionais não o conhece ou o descreve de forma incompleta e, na maior parte das vezes, os trabalhadores não se incluíram como participantes desse processo. Observa-se que todos os psicólogos e a grande maioria dos assistentes sociais conhecem e descrevem de forma adequada este fluxo. Todos os enfermeiros declaram não o conhecer, assim como cerca de metade dos técnicos de enfermagem. Verifica-se que essa categoria profissional, apesar de ser parte atuante neste atendimento, na maior parte das vezes não se inclui nesse processo. Os dados abaixo demonstram essa constatação:

- Acolhimento, Psiquiatria, posterior acompanhamento pelo CAPS, caso necessário.
- Após avaliação do clínico é acionado serviço de psicologia e psiquiatra de sobreaviso.
- Serviço Social, Psicologia, Psiquiatria.

- Atendimento clínico e encaminhamento para psiquiatria.
- Atendimento no PS pelo médico, psicólogo, psiquiatra e contato com família pelo Serviço Social.
- Não conheço a fundo, mas presencio ultimamente que tem tido muitos casos.
- Avaliação do CAPS.

Observa-se, nos fluxos descritos, a centralidade do modelo biomédico, cujo enfoque dos cuidados médicos se sobrepõe a um olhar ampliado de saúde, assim como os especialistas em saúde mental (psicólogos e psiquiatras) são responsabilizados por esse processo de cuidado.

Sobre esse aspecto, Freitas e Borges (2017), em estudo sobre o fluxo de cuidados ao usuário com tentativas de suicídio (acolhimento, atendimento e encaminhamento) em urgências e emergências hospitalares no sul do país, constata a predominância da lógica médico-centrada, assim como do modelo compartimentalizado de atendimento, no qual cada classe profissional faz a sua parte e não se comunica com as demais para um trabalho em parceria.

Além disso, a maioria dos profissionais desta pesquisa considera que suicídio pode ser prevenido e é possível superar essa condição, mas não considera que o hospital é um local de prevenção e não se sentem responsáveis por esta ação, com excessão dos psicólogos e parte dos assistentes sociais. Nesse sentido, os serviços de base comunitária (Unidades de Saúde da Atenção Básica e os CAPS) são considerados os principais dispositivos preventivos para o suicídio, por garantirem o contato próximo, continuado e duradouro com os usuários assistidos (OMS, 2000b; BRASIL, 2006a). No entanto, por atuarem em um momento tão significativo na vida das pessoas, as instituições hospitalares poderão contribuir com estratégias preventivas do suicídio, desde que garantida uma abordagem pautada na integralidade e que leve em conta as necessidades globais do cuidado em pauta (VIDAL; CONTIJO, 2013a; GUTIERREZ, 2014; GONÇALVES, SILVA; FERREIRA, 2015).

Da mesma forma, constatou-se que grande parte não conhece programas/espços de prevenção, com excessão da maior parte dos assistentes sociais, não estando presente na maioria dos relatos a possibilidade de encaminhamento após alta, sendo esta uma importante estratégia preventiva.

Os programas de prevenção ao suicídio citados foram: CVV; Setembro Amarelo; CAPS.

As ideias até aqui explicitadas, podem refletir-se na forma de compreensão e condução do comportamento suicida em hospitais gerais. Para Vidal e Contijo (2013a), a atitude dos profissionais é uma importante variável, uma vez que a relação estabelecida entre paciente e profissional, da chegada até a saída do serviço, é um instrumento potente para a continuidade ou não dos encaminhamentos realizados, bem como para a prevenção de novas tentativas de suicídio.

Nesse sentido, Gutierrez (2014) assinala que um acolhimento de qualidade, somado ao atendimento e aos encaminhamentos realizados no serviço de saúde, podem determinar que o paciente aceite e dê continuidade ao seu tratamento, possibilitando o alcance da integralidade ao ofertar uma atenção resolutiva às demandas e à articulação necessária que deem conta das diferentes necessidades de saúde/doença trazidas pelo paciente. O adequado atendimento aos pacientes que chegam aos serviços de saúde por tentativa de suicídio é determinante para a recuperação e prevenção de que novas tentativas sejam cometidas.

TEMA: Conhecimento sobre o tema suicídio

A maioria dos profissionais deste estudo reconhece que 'sofrimento' e 'transtorno mental' são as maiores motivações para um comportamento suicida. 'Pedido de ajuda', 'desespero', 'loucura' e 'forma de chamar atenção' também são frequentes.

De acordo com Brasil (2005), os principais fatores de risco para o suicídio são: histórico de tentativa prévia e transtorno mental. No entanto, Netto (2013), ao debater sobre a predominância do discurso em torno do caráter biopsicossocial na explicação sobre o suicídio, aponta a contradição entre a afirmação de múltiplas determinações do fenômeno e o reducionismo a características de ordem orgânica ou psíquica ao correlacionar, em sua grande maioria, a transtornos mentais ou sofrimento psíquico.

Em relação ao real desejo pela morte de si mesmo, a maior parte dos profissionais pesquisados acredita que a minoria dessas pessoas realmente quer morrer.

Rigo (2013) aponta para o sentido pejorativo ao se compreender o suicídio como forma de chamar atenção, afirmando que se trata mais de “clamar a atenção”, uma vez que qualquer tentativa demonstra sofrimento, mesmo que, inconscientemente, o desejo não seja de alcançar a morte. Além disso, a ambivalência, que se refere ao desejo de morrer e viver ao mesmo tempo, pode justificar a dúvida presente nas pessoas com comportamento suicida (SCHNEIDMEN, 1993; BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2010).

A maioria dos trabalhadores pesquisados afirma que as pessoas emitem sinais antes de cometer o ato, assim como acreditam que a forma como o ato é executado reflete sobre o real desejo. Grande parte demonstra ter conhecimento sobre fatores de risco, mesmo que, em sua maioria, não de forma completa. No ano 2000, a OMS já demonstrava a importância da ampliação do conhecimento acerca da temática do suicídio por diferentes segmentos da sociedade, o que levou a publicações de diversos manuais (WHO, 2000). Da mesma maneira, a literatura científica aponta para a necessidade do aumento do entendimento sobre este fenômeno por parte de trabalhadores da saúde, o que poderá favorecer maiores chances de prevenção (BARBOSA et al., 2011; GONÇALVES; SILVA; FERREIRA, 2015; DIAS, 2015; SANTOS; KIND, 2019; BASTOS et al., 2019).

O presente estudo demonstra, igualmente, que grande parte dos trabalhadores não considera comum pensar em suicídio. Isso pode demonstrar o tabu ainda existente e muito presente sobre o tema. Scavacini (2018; 2019) afirma que o tabu ainda impede que o suicídio seja tratado de forma aberta pela sociedade, o que pode ser impeditivo para o cuidado e multiplicador para estigmas e preconceito.

Todos participantes do presente estudo demonstraram interesse em conhecer mais sobre o tema. Os mais recorrentes foram: causas do suicídio, abordagem ao comportamento suicida, cuidados após tentativa de suicídio, prevenção do suicídio, abordagem familiar diante do comportamento suicida.

Os dados apresentados acima revelam que houve um aumento do conhecimento sobre comportamento suicida pelos profissionais de saúde, apesar de não se sentirem preparados para esta abordagem.

TEMA: O papel do hospital na assistência ao usuário com tentativa de suicídio

A maioria dos profissionais pesquisados considera que o hospital geral não é um local adequado para atendimento ao comportamento suicida. Reconhecem, contudo, que essa abordagem desperta sentimentos diferentes das demais, como tristeza, medo, frustração, compaixão e impotência, assim como a associam aos seguintes termos: morte, solidão, ajuda, sofrimento, desespero, falta de apoio, depressão, transtorno mental, tristeza, conflito interno, desequilíbrio emocional, perda.

Estudos constataam aspectos ligados ao atendimento do comportamento suicida que impedem o amparo, os quais se refletem da seguinte maneira: 1) despreparo do profissional diretamente associado devido à falta de conhecimento e incompreensão da assistência a pacientes suicidas; 2) condutas e abordagens negativas permeadas de estigmas e preconceitos; 3) comportamento dos profissionais fundamentados na intolerância, na hostilidade, na rejeição, na negligência, na revolta, na agressividade e na resistência (LOUREIRO, 2006; VIDAL; CONTIJO, 2013a; VIDAL; CONTIJO, 2013b; BORGES; FREITAS, 2014; ALVES; CADETE, 2015; FREITAS; BORGES, 2017).

Outras pesquisas também descrevem sentimentos de ansiedade, de impotência, de fragilidade, de culpa, de frustração, de desespero, de desconforto emocional, de angústia, de sofrimento e de negação por parte dos profissionais de emergência no atendimento ao paciente suicida (VIDAL; CONTIJO, 2013a; GUTIERREZ, 2014; SANTOS et al., 2017; MELO et al., 2018).

Segundo Crepaldi (2012), esses profissionais parecem não compreender como o suicídio acontece e, na maioria das vezes, não estão preparados para lidar com tal sofrimento e com a angústia que este ato desperta.

Para Rigo (2013), o comportamento suicida “evidencia a impossibilidade, o furo e a inconsistência dos discursos médico, científico, religioso e capitalista, embaraçando e inquietando os que com ele se relacionam” (p. 36). Ao tentar contra a própria vida, o sujeito subverte a ordem médica, que baseia sua prática no princípio de preservação da vida a qualquer custo. Além disso, a tentativa de suicídio vai de encontro com as leis cristãs, que afirmam que a vida foi dada por Deus e somente ele pode cessá-la. Desafia, ainda, a lógica capitalista, que produz um discurso de sucesso e alegria constantes. Ao não conseguir seguir nessa linha, muitas vezes passa a ser julgado e condenado pela sociedade (RIGO, 2013). De

acordo com Freitas e Borges (2014), a equipe se sente fracassada diante do indivíduo que deseja a morte, contrariando justamente o trabalho de salvar e preservar vidas do profissional de saúde, vendo-se impossibilitada de realizar seu trabalho quando a morte é apontada como solução. Sua frustração e impotência se expressam por uma postura de afastamento e de rejeição ao usuário.

Para Tavares (2013), a desqualificação em torno do ato suicida são “formas sutis de aversão e ressentimento” por parte dos profissionais de saúde e ocorrem por meio de frases como: “é manipulação”; “é só para chamar atenção”; “ele não tem motivo para estar assim” (TAVARES, 2013, p. 53).

Para Gutierrez (2014), no momento em que os profissionais de saúde assistem outros seres humanos, deparam-se com sua própria existência, no que se refere a processos de adoecimento, limitações e frustrações. Isso poderá levar a utilização de mecanismos de defesa como tentativa de evitar o contato com esses aspectos, refletindo tanto na esfera profissional como na pessoal.

Esses dados poderiam fundamentar o tabu ainda vinculado à temática do suicídio, porque a abordagem desperta sentimentos e associações difíceis de lidar e podem justificar a forma de assistir o usuário ao focar os aspectos biológicos e não o contato com questões mais profundas.

10 PRODUTO DE ENSINO

A partir dos dados coletados na pesquisa de campo, análise e discussão dos mesmos, foi elaborado o produto de ensino proposto.

10.1 A ESCOLHA DO PRODUTO DE ENSINO

O aumento significativo dos casos de comportamento suicida no mundo despertou a atenção para a necessidade de atuar sobre este fenômeno e desenvolver políticas públicas para prevenção deste que hoje é considerado um grave problema de saúde pública.

São diversas as estratégias que vêm sendo utilizadas e, dentre elas, esta pesquisa destacou a necessidade de desenvolver ações de educação permanente para profissionais de saúde em todos os níveis de atenção, nesse caso, dos trabalhadores de hospitais gerais.

No ano 2000, a OMS lançou uma série de publicações sobre diretrizes para prevenção do suicídio, direcionadas a diferentes segmentos da sociedade, apontando a responsabilidade dos vários setores no que tange à temática da morte voluntária: manual para médicos clínicos gerais; manual para profissionais da mídia; manual para professores e educadores; manual para profissionais da saúde da atenção primária; diretrizes para agentes penitenciários; recurso para conselheiros; diretrizes para ambientes de trabalho; diretrizes para policiais, bombeiros e outros agentes de intervenção em emergências; diretrizes para formação de grupos de sobreviventes; diretrizes para registro de casos (WHO, 2000).

No Brasil, o MS também desenvolveu materiais relacionados a essa temática, como: Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária (tradução); Material Orientador para Prevenção do Suicídio em Povos Indígenas; Protocolos Assistenciais do SAMU 192 voltados para Manejo da Crise, Autoagressão e Risco de Suicídio; Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas famílias em situação de violência; Orientações Técnicas para a Implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no SUS; Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas; Agrotóxicos na ótica do Sistema Único de Saúde; Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da mídia (tradução); Cartilha com dicas para jornalistas sobre como abordar o tema; Prevenção do suicídio: sinais para saber e agir (BRASIL, 2020b).

Longe de pretender complementar esses materiais, observa-se a ausência de direcionamentos específicos para profissionais de hospitais gerais, locais que, conforme procurou-se demonstrar ao longo do texto, são estratégicos para abordagem do comportamento suicida, o que poderá contribuir com a prevenção do suicídio.

Dessa forma, o produto de ensino elaborado trata-se de um manual impresso, composto por material textual e audiovisual (vídeos em formato QR Code). A proposta busca oferecer uma ferramenta de EPS, cujo objetivo é contribuir com a qualificação profissional no atendimento ao comportamento suicida, considerando esta ser uma das estratégias de prevenção deste fenômeno.

O conteúdo apresentado refere-se a conceitos, a informações, a orientações e a abordagens possíveis junto a pessoas atendidas em hospitais gerais com tentativa de suicídio, que possibilitem a observação sobre a forma de compreender e intervir sobre esse fenômeno, somadas a provocações por meio de reflexões e de casos ilustrativos que propiciem a aproximação com a realidade cotidiana e com as práticas de cuidado possíveis.

Levando-se em consideração a especificidade do produto, qual seja, um manual, este favorece o aprendizado autônomo. Dessa maneira, baseou-se nos conceitos de aprendizagem significativa e de autonomia do aprendiz da Teoria Humanista de Carl Rogers, ao partir de experiências, conhecimentos e vivências dos profissionais para selecionar o conteúdo do manual (pesquisa de campo) e estimular a liberdade do aprendiz em se relacionar de forma autônoma com o material e poder, a partir desta interação singular, construir seus saberes e suas atividades, unindo conhecimento científico às práticas cotidianas, indo ao encontro dos objetivos da EPS. Soma-se a isso, o fato de se tratar de um manual, focado no aprendiz/trabalhador e nas mudanças que este recurso poderá proporcionar, funcionando como um recurso facilitador no processo de aprendizagem.

Isso porque a proposta desse material não está relacionada com o caráter prescritivo; mas, sim, em propiciar uma reflexão sobre o processo de trabalho e fornecer subsídios para atuação profissional diante de situações complexas e reais vivenciadas pelos trabalhadores. Daí decorre a possibilidade de construção de novos saberes e fazeres em saúde, de acordo com as necessidades e as realidades de pessoas com tentativa de suicídio.

A escolha por este material fundamentou-se na especificidade do público-alvo, do campo da pesquisa e do momento vivenciado em virtude do contexto da pandemia do novo coronavírus. Os hospitais gerais são instituições que se caracterizam pelo fluxo contínuo de atendimentos, com profissionais que, em sua maioria, trabalham em regime de plantão (BRASIL, 2013), o que reflete no planejamento de ações coletivas de educação. Acrescenta-se a isso o contexto da pandemia causada pelo novo coronavírus que causou impacto na vida das pessoas ao redor do mundo, com a necessidade de reorganização em nível global. Em relação ao contexto hospitalar, apesar da necessidade prioritária de prosseguimento das atividades, essas foram reestruturadas de acordo com o novo cenário, dentre as quais as ações educativas foram readequadas de forma a evitar as aglomerações. Neste sentido, a elaboração de um manual mostrou-se em consonância com a realidade manifestada.

Todavia, como observado por Junior et al (2014), o discurso linear nem sempre é a melhor forma de conquistar a atenção do aluno. A sociedade contemporânea é marcada por inovações tecnológicas que provocam transformações no comportamento dos sujeitos. É importante a reflexão sobre o uso dos recursos tecnológicos no processo de aprendizagem como forma de tornar o aprendizado mais fácil e eficaz. Para Norton e Hathaway (2010), a geração atual é marcada por diferentes mídias que devem ultrapassar as imagens impressas, alcançando imagens e sons.

Dentre as recursos disponíveis, vale ressaltar a importância do vídeo como ferramenta didática, ao contribuir com o processo de construção do conhecimento e de facilitação do processo de ensino-aprendizagem.

Segundo Camargo et al. (2019), a linguagem audiovisual poderá ser um importante recurso uma vez que a informação ganha um formato mais simples de ser interpretada e lembrada, composta por três etapas: oralidade, escrita e imagem.

Brame (2016) demonstra que os vídeos educacionais vêm-se consolidando como importante ferramenta de ensino nos diversos cenários da educação, assim como metodologia ativa de aprendizagem. Fundamenta-se na teoria de aprendizagem multimídia, a qual identifica dois canais para aquisição e processamento de informação: visual e auditivo. Por conseguinte, afirma que as pessoas aprofundam mais os seus conhecimentos a partir de imagens e palavras do que apenas de palavras isoladas, já que compreendem que a informação é

processada por meio de dois canais: o verbal e o visual. O processo de aprendizagem torna-se mais eficaz ao utilizar esses dois recursos.

Além disso, esse autor apresenta outra lente a ser considerada na utilização do vídeo como recurso, no que se refere ao envolvimento do aluno. Expõe, então, diretrizes que contribuem para a ampliação da atratividade desta ferramenta: 1) manter o vídeo curto, uma vez que estudos demonstram que o tempo ideal é menos de 6 (seis) minutos; 2) utilizar linguagem coloquial; 3) elaboração de materiais direcionados para seu público-alvo.

A partir da reflexão acerca dos benefícios aqui descritos na utilização de vídeos como instrumentos educacionais potentes, optou-se por sua inserção como recurso complementar para o material textual, como forma de fomentar o processo de aprendizagem.

10.2 UTILIZAÇÃO DE DADOS PARA ELABORAÇÃO DO PRODUTO

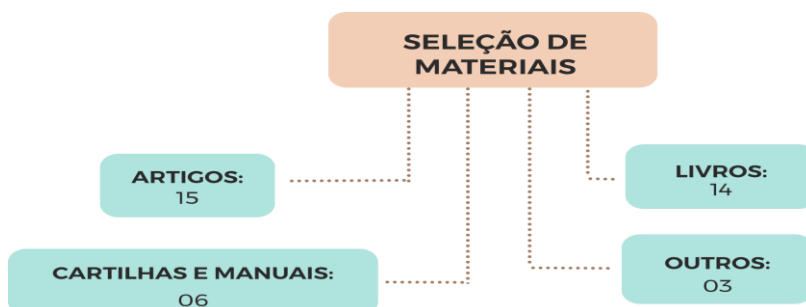
10.2.1 A construção do produto: seleção do conteúdo, diagramação e produção dos vídeos

Esta etapa da pesquisa constituiu-se por dois momentos distintos. O primeiro referiu-se à seleção dos conteúdos específicos a serem abordados, a partir da qual foram organizados os temas para composição do manual. No segundo período foi realizada a diagramação do manual e produção dos vídeos.

Dessa maneira, a partir dos resultados identificados na pesquisa de campo buscou-se a escolha de referenciais que se encontravam alinhados com as temáticas eleitas para composição dos materiais de ensino.

Com base no levantamento bibliográfico realizado durante o processo de investigação, foram selecionados 15 (quinze) artigos científicos, 14 (quatorze) livros, 06 (seis) cartilhas/manuais de órgãos federais, 01 (uma) Portaria, 01 (um) dicionário *online*, 01 (um) acesso a informações do site da OMS, conforme fluxograma que segue:

Figura 12 – Fluxograma demonstrativo dos materiais selecionados para composição do produto.



Fonte: Elaborado pelos autores

Após a seleção, foi elaborado o conteúdo do material que compôs o manual escrito, assim como o roteiro que compôs os três vídeos complementares e apresentados em QR Code no material textual.

O manual foi constituído por 58 (cinquenta e oito) páginas e categorizado nos seguintes tópicos:

- 1- O suicídio como grave problema de saúde pública: fatos relevantes
 - 2- Comportamento Suicida
 - 3- Definições
 - 4- Estados mentais associados ao comportamento suicida
 - 5- Multicausalidade do comportamento suicida
 - 6- Mitos e verdades sobre o comportamento suicida
 - 7- Fatores de risco e fatores de proteção
- Vídeo 1 e 2 – Prevenção do suicídio – Conhecer para cuidar

As seções descritas acima abrangem a temática “Conhecimento sobre o tema suicídio”.

- 8- Papel dos hospitais gerais na prevenção, cuidado e abordagem a usuários com tentativa de suicídio
 - 9- A importância da qualificação no atendimento
 - 10- Abordagem a usuários com tentativa de suicídio em hospitais gerais
 - 11- Primeiros Socorros Psicológicos na abordagem a usuários com tentativa de suicídio em hospitais gerais
 - 12- Referências Bibliográficas
- Anexo 1 – Plano de Segurança
- Vídeo 3 – Prevenção do suicídio no hospital geral – Acolher para cuidar

Nesses segmentos são abordados os conteúdos “Integralidade do cuidado: o suicídio é um problema de todos”; “Fluxo de atendimento ao usuário com tentativa de suicídio em hospitais gerais” “O papel do hospital na assistência ao usuário com tentativa de suicídio”.

Acrescenta-se ainda que a elaboração do manual como instrumento de qualificação profissional, contempla a problemática da “Educação na saúde: Formação Acadêmica / Educação Continuada / Educação Permanente em Saúde”.

Conforme já relatado, para diagramação do manual e elaboração dos vídeos, foram realizadas dezesseis reuniões virtuais, sendo nove entre os pesquisadores e equipe de produção dos vídeos, e sete com diagramadores do manual. Inicialmente os pesquisadores apresentaram a proposta inicial do trabalho sobre os materiais. Os produtores e diagramadores ajustaram a ideia às possibilidades mais viáveis.

No que se refere à etapa da diagramação, primeiramente foi selecionado o modelo/layout do manual textual, com base em outros modelos que tratavam temáticas relacionadas à saúde. Posteriormente foi abordada a escolha dos recursos utilizados nessa elaboração, como cores, símbolos, figuras, letras e composição. Dentre esses, foi selecionada a forma de apresentação dos vídeos em QR Code, aproximando-os dos recursos virtuais amplamente utilizados por todas as faixas etárias na atualidade.

Para produção dos vídeos, inicialmente houve orientação por parte dos produtores em relação à elaboração do roteiro. Em seguida analisou-se, em conjunto, as propostas iniciais vislumbradas *versus* as possibilidades e necessidades de adequações para os tipos de vídeos produzidos, assim como

tempo de duração e adaptação do roteiro construído de acordo com o objetivo do trabalho.

No decorrer do processo, os materiais foram apresentados, explorados e ajustados, conforme necessidades observadas até a elaboração final. Após aplicação do produto, foram realizadas novas adequações de acordo com as avaliações realizadas pelos trabalhadores, conforme apresentado na etapa que segue (Aplicação do produto de ensino).

Salienta-se que, para construção do produto final, foi realizado um percurso na literatura científica que embasasse a proposta em pauta, assim como a composição do conteúdo do material elaborado.

A apresentação dos referenciais históricos e conceituais sobre o suicídio (Capítulo 3) foi exposta como forma de situar o fenômeno no tempo e no espaço, assim como no momento atual que a sociedade o vivencia. A conceituação em torno do tema tornou-se necessária para compreensão do assunto e explanação do mesmo no manual proposto.

A abordagem sobre a prevenção do suicídio (Capítulo 4) fez-se pertinente uma vez que a pesquisa aborda uma da estratégia preventiva, ou seja, a educação permanente de profissionais de saúde. Neste aspecto, são apresentados modelos de prevenção ao suicídio, assim como conceituações referentes a motivações/multicausalidade do suicídio, os fatores de risco e de proteção e o tabu em torno do tema. Esses conteúdos são considerados essenciais para compreensão do fenômeno. O capítulo indica ainda o papel do Estado como responsável pelo desenvolvimento de ações preventivas.

Dessa forma, inaugura-se a temática no campo das políticas públicas no que se refere a prevenção do suicídio, assim como a discussão em torno do conceito da EPS como política formativa para o SUS. Nesse sentido, foi realizada a correlação entre a EPS e a Teoria Humanista de Carl Rogers como embasamento teórico possível para materializar as ações educativas (Capítulo 5).

A proposta de elaboração de um instrumento de EPS para profissionais de saúde que atuam em hospitais gerais, gerou a necessidade de problematizar o cuidado ofertado nesse campo de atuação, assim como compreender o contexto para construção e aplicação do produto (Capítulo 6).

Por fim, apresentou-se a estratégia PSP (Capítulo 7) como possível para qualificação do cuidado ao usuário com tentativa de suicídio nos hospitais gerais ao

possibilitar o alcance da integralidade na compreensão e no cuidado deste fenômeno.

Todo esse embasamento referiu-se à necessidade de aproximar-se da temática, do campo de pesquisa e de aplicação; justificar a construção do produto, além de compor o conteúdo do material.

As figuras abaixo apresentadas referem-se a partes do produto de ensino desenvolvido:

Figura 13 – Capa do manual



Fonte: Elaborado pelos autores.

Figura 14 – Índice do manual

<p>Índice</p>  <p>PSP PRIMEIROS SOCORROS PSICOLÓGICOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> Apresentação 06 Lista de Siglas 08 Introdução 10 1. O suicídio como grave problema de saúde pública: fatos relevantes 11 2. Comportamento suicida 14 3. Definições 16 4. Estados mentais associados ao comportamento suicida 18 5. Multicausalidade do comportamento suicida 21 6. Mitos e verdades sobre o suicídio 23 7. Fatores de risco e fatores de proteção 26 8. Papel dos hospitais gerais na prevenção, cuidado e abordagem a usuários com tentativa de suicídio 31 9. A importância da qualificação do atendimento 34 10. Abordagem a usuários com tentativa de suicídio em hospitais gerais 37 11. Primeiros Socorros Psicológicos na abordagem a usuários com tentativa de suicídio em hospitais gerais 39 12. Referências Bibliográficas 48 Anexo 1 - Plano de Segurança 52 Telefones importantes 54
--	---

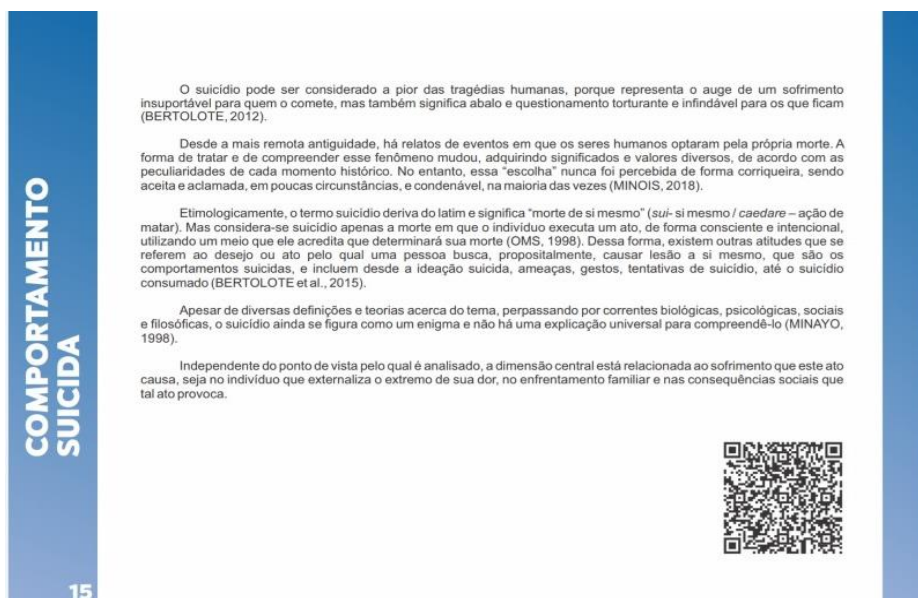
Fonte: Elaborado pelos autores.

Figura 15 – Capítulo do manual



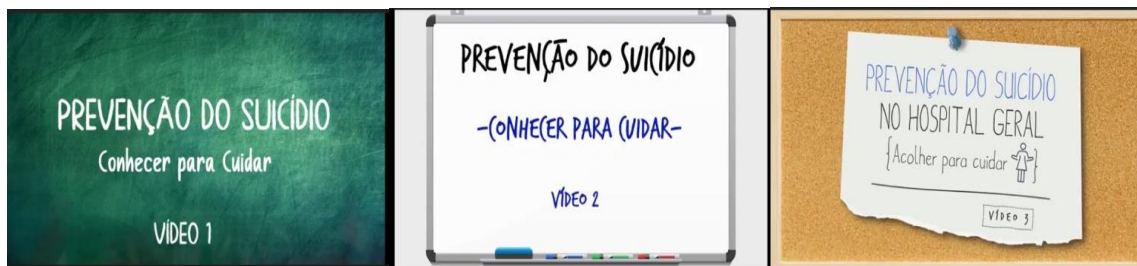
Fonte: Elaborado pelos autores.

Figura 16 – Conteúdo do manual com vídeo em QR Code



Fonte: Elaborado pelos autores.

Figura 17 – Imagem ilustrativa dos vídeos 1, 2 e 3



Fonte: Elaborado pelos autores.

Figura 18 – QR Code dos vídeos 1, 2 e 3

VÍDEO 1



VÍDEO 2



VÍDEO 3



Fonte: Elaborado pelos autores.

10.3 APLICAÇÃO DO PRODUTO

Para aplicação do produto, optou-se pela realização presencial, uma vez que uma das pesquisadoras trabalha no campo de pesquisa, o que facilitou o desenvolvimento desta etapa e possibilitou a dialogicidade, essencial para a proposta de educação em pauta.

Para isso, a pesquisadora responsável foi a campo com o objetivo de convidar trabalhadores do referido hospital geral para participarem dessa investigação, tendo como público-alvo uma parcela representativa dos sujeitos da pesquisa: assistentes sociais, enfermeiros, médicos, psicólogos e técnicos de enfermagem.

Inicialmente, foi realizada a sensibilização dos profissionais de saúde, por meio de apresentação da pesquisadora, do curso e da instituição à qual ela se encontra vinculada, além de explanação sobre a temática abordada. Essa atividade foi realizada presencialmente mediante conversa individual com cada colaborador.

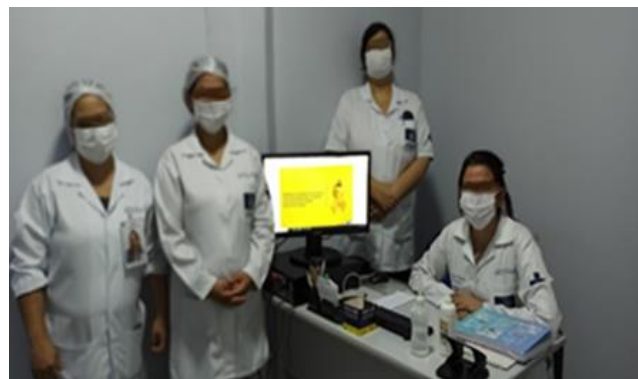
O produto foi aplicado em 16 (dezesesseis) trabalhadores, o equivalente a 44% (quarenta e quatro por cento) dos participantes da pesquisa. Os profissionais foram reunidos em quatro encontros, realizados em dois dias (21/10/20 e 28/10/20, respectivamente), com diferentes formatações: equipe 1 - médico (1), enfermeiro (2), técnico de enfermagem (1); equipe 2 - médico (1), enfermeiro (1), técnico de enfermagem (2); equipe 3 - enfermeiro (1), técnico de enfermagem (3); equipe 4 - psicólogo (1); assistente social (2).

Para demonstração do material elaborado, utilizou-se como recurso um computador. Por meio da exposição dialogada presencial, foi realizada a apresentação do produto, abordando o conteúdo do material, as ferramentas de acesso ao conteúdo (manual e vídeos) e o instrumento de avaliação por meio de tecnologia virtual (*Google Forms*). As reuniões possibilitaram que os participantes compartilhassem suas experiências, conhecimentos, dúvidas e limitações, viabilizando uma maior aproximação com a realidade local.

Nesses encontros, foi acordado que a forma de acesso ao material seria via WhatsApp, por solicitação dos integrantes. Além do produto educacional, foram fornecidas explicações sobre o instrumento de avaliação do mesmo e importância desta tarefa por meio de seus objetivos: registrar as primeiras impressões que os profissionais de saúde obtiveram a respeito do produto de ensino; e se essa ferramenta funciona como dispositivo facilitador do processo ensino e aprendizagem e, ainda, como veículo de socialização de conhecimentos entre os referidos profissionais.

O instrumento de avaliação foi respondido por doze participantes, representando 75% (setenta e cinco por cento) do total. Como resultados, foram obtidos os seguintes dados: cem por cento consideraram que o produto contempla o tema abordado, esclarece dúvidas e estimula o aprendizado sobre a temática; confirmaram, igualmente, a adequação da linguagem utilizada e o seguimento de sequência lógica de ideias, além de ausência de preconceito ou discriminação. Dos onze participantes, oito atribuíram valor 10 para estrutura e apresentação dos materiais e três o valor 9. Dentre os comentários realizados, foi destacada a importância da abordagem da temática do suicídio e estratégias para sua abordagem, a contribuição para o exercício profissional e a sugeriram a ampliação dos casos para reflexão e a utilização de vídeos.

Figura 19 – Fotos da aplicação do produto de ensino.



Fonte: Imagem produzida pelos autores, outubro/2020

11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O crescimento significativo de comportamentos suicidas ao redor do mundo impactou no aumento dos atendimentos relacionados a essa demanda em hospitais gerais, o que requer profissionais capacitados para responder às necessidades de cuidado desses sujeitos.

Dessa maneira, a ideia central deste estudo foi capacitar profissionais de saúde de hospitais gerais para o atendimento a usuários com tentativa de suicídio. Para isso, inicialmente, foi-se a campo em busca de informações sobre os percursos de cuidado do usuário com tentativa de suicídio nesses hospitais; da forma como os trabalhadores compreendem o fenômeno do suicídio; e das práticas de cuidado utilizadas ao usuário com tentativa de suicídio no hospital geral.

Os resultados encontrados mostraram a predominância do modelo biomédico na formação e atuação dos profissionais de saúde; a necessidade de avançar em ações de capacitação e educação permanente no que tange à temática do suicídio; a fragmentação do cuidado ofertado e a ênfase do cuidado especializado diante do comportamento suicida; a falta de reconhecimento dos profissionais como atores desse processo; o reducionismo na compreensão sobre as motivações deste ato; o aumento do conhecimento sobre a temática pelos trabalhadores; o não reconhecimento dos hospitais como locais de prevenção; além de poucas informações acerca de locais para encaminhamento.

Esses dados se constituíram como ponto de partida para o alcance do último objetivo: sistematizar informações em um material didático impresso e audiovisual no formato de manual impresso, composto por material textual e vídeos em QR Code, voltado à qualificação da equipe de saúde.

Ao optar-se por uma intervenção pautada na perspectiva da EPS como prática educativa, elaborou-se um material educacional constituído por informações técnico-científicas, correlacionando-as ao cotidiano de trabalho, estimulando a interação singular com o material e a reflexão acerca o processo de cuidado, o que poderá favorecer a construção de novos saberes e fazeres em saúde, em busca da melhoria das práticas assistenciais.

A escolha do conteúdo do material levou em consideração os saberes, vivências, experiências e interesses desses trabalhadores, identificados no percurso da pesquisa, além da percepção da pesquisadora para complementação e contribuição no processo de construção do conhecimento. Destaca-se ainda a

extensa pesquisa bibliográfica realizada sobre a temática no decorrer da pesquisa, que contribuiu para o embasamento teórico adequado na composição do conteúdo e elaboração do manual impresso.

Buscou-se demonstrar a característica multideterminada do suicídio e contribuir para a conscientização de que a atuação sobre este fenômeno é responsabilidade de todos, apontando como fundamental o cuidado em sua forma integral. A hipótese é que a ampliação e a compreensão sobre o comportamento suicida e as estratégias possíveis para sua abordagem, contribui para sua prevenção, apostando-se na EPS como ferramenta potente, acoplada ao PSP, para provocar mudanças nos discursos e práticas dominantes no cuidado a usuários com tentativa de suicídio.

O PSP foi selecionado como estratégia possível por ser compreendido como uma forma de acolhimento que poderá contemplar outras dimensões da vida do usuário assistido e, então, contribuir para o alcance da integralidade no cuidado. Além disso, busca fornecer subsídios para lidar com momentos de crises e emergências das mais variadas ordens, passível de utilização pelos demais profissionais. Por essas características, tem sido amplamente utilizado em variados cenários que envolvem situações complexas.

Sobre este aspecto, merece destaque a reflexão acerca do momento histórico que vivenciamos, considerado a maior crise sanitária do país de todos os tempos: a pandemia causada pela Covid 19.

A pesquisa, desenvolvida em um hospital geral, sofreu impacto no que se refere a esse novo contexto: mudança de setor de trabalho da pesquisadora (que passou a atuar prioritariamente nos setores de isolamento/Covid 19); aumento da carga laboral; necessidade de adequação de instrumentos de coletas de dados, do produto de ensino e na aplicação do produto. Neste percurso, foi necessário aprender sobre uma nova patologia, sobre como se comportar diante dela, como trabalhar com ela, a lidar com os medos (nossos, dos colegas, das nossas famílias, dos pacientes e de suas famílias) e a vivenciar sofrimentos jamais experienciados antes. Novos percursos e percalços foram inseridos em nossas existências, muitos desafios diários a superar, muitos aprendizados que nenhum outro lugar nos dará. Esse é o contexto em que esta pesquisa foi inserida, vivenciada e construída.

Além das afecções físicas, observou-se o aumento dos quadros de saúde mental atendidos no decorrer da pandemia, uma vez que esta doença repercute

diretamente no aspecto emocional das pessoas, seja das que se encontram internadas, das pessoas adoecidas em casa, das famílias enlutadas ou das pessoas que, mesmo não afetadas diretamente pela doença, depararam-se com suas vidas transformadas.

Ressalta-se ainda que abordagem PSP, como estratégia para qualificar a assistência prestada pelos diversos profissionais de saúde, vai ao encontro dessa nova realidade e é reconhecida como um recurso legítimo para utilização em contextos como pandemias. Dessa forma, observa-se uma ferramenta potente para auxiliar nos diversos cenários de cuidado em saúde.

Nesse sentido, espera-se, com esta pesquisa, impulsionar a reflexão acerca da assistência em saúde a pessoas com comportamento suicida e com outros processos de sofrimento psíquico; ampliar o conhecimento acerca da temática do suicídio, da EPS e do PSP e possibilitar a construção de saberes e fazeres em saúde, que levem em consideração o ser humano em sua complexidade e completude.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, A. F. Efeito de Werther. *Análise Psicológica*, v. 1, n. 18, 2000.
- ALMEIDA, L. A.; GOMES, R. C. Processo das Políticas Públicas: Revisão de Literatura, Reflexões Teóricas e Apontamentos para Futuras Pesquisas. *Cadernos EBAPE.BR*, v. 16, n. 3, p. 444-455, 2018.
- ALVES M.A.G; CADETE, M.M.M. Tentativa de suicídio: lesão da parte ou o do todo? *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 75-84, 2015.
- AMARAL, S.C.F; PEREIRA, A.P.C. Reflexões sobre as políticas públicas de Educação Física, esporte e lazer. *Rev. Bras. Cienc. Esporte*, Campinas, v. 31, n. 1, p. 41-56, set. 2009
- ANDRÉ, W. Literatura e suicídio: alguns operadores de leitura. *Acta Scientiarum. Language and culture*, v. 40, n.2, p. 1-12, 2018.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. *Suicídio: informando para prevenir*. Brasília: CFM/ABP, 2014.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface*. Botucatu, v. 2, n. 14, p. 73-92, 2004.
- BARBI, K. B. S. Impulsividade e manifestações do comportamento suicida em pacientes com diagnóstico de depressão. 2018. 116 f. Dissertação, Área de Concentração Saúde Mental. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2018.
- BARBOSA, F. O.; et al. Depressão e o suicídio. *Rev. SBPH [online]*,v.14, n.1, pp. 233-243, 2011.
- BARRERO, S.A.P. El suicidio, comportamiento y prevención. *Rev Cubana Med Gen Integr*, v.15, n.2, p. 196-217, 1999.
- BARROS, L. F. F; GONDIM, D. S. M. Integralidade na Assistência em Saúde: desafios e impasses. *Revista Científica da Faculdade de Medicina de Campos*, v. 9, n. 2, p. 21-30, 2014.
- BASTOS, L. et al. Desafios no atendimento a mulheres com risco e/ou tentativa de suicídio em uma maternidade de alto risco. *Rev. Saúde Públ.*, v. 2, n. 1, p. 43 – 56, jul. 2019.
- BECK, A. T, et al. *Terapia Cognitiva da Depressão*, Porto Alegre: Artmed, 1997.
- BEJA, M. J., et al. Primeiros Socorros Psicológicos: intervenção psicológica na catástrofe. *Psicologica*, v. 6, n. 1, 2018.
- BERTOLETE, J.M; FLEISCHMANN, A. Suicide and psychiatric diagnosis: A worldwide perspective. *World Psychiatry*, v.1, p. 181-185, 2002.

BERTOLETE, J. M; MELLO-SANTOS, C.; BOTEAGA, N.J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de psiquiatria* [on line], vol 32, suppl. 2, p. S87-S95, 2010.

BORDENAVE, J. D. *Alguns fatores pedagógicos*. [Apostila do curso de capacitação pedagógica para instrutor/ supervisor da área da saúde – Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS]. Brasília, 1994.

BERTOLETE, J.M. *O suicídio e sua prevenção*. São Paulo: Unesp, 2012.

BOTEAGA, N. J. et al. Suicide behavior in the community: prevalence and factors associated to suicidal ideation. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 27, n. 1, p. 45-53, 2005.

BOTEAGA, N.J. et al. Prevenção do comportamento suicida. *PSICO*. Porto Alegre, v. 37, n. 3, p. 213-220, 2006.

BOTEAGA, N. J. Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicologia USP*. São Paulo, v.25 n.3, set./dez., 2014.

BOTEAGA, N. J. *Crise suicida. Avaliação e manejo*. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado>.

BRASIL. Ministério da Saúde. HUMANIZASUS. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Manual de Primeiros Socorros. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: MS, 2006a, 76 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1876, de 14 de agosto de 2006. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do suicídio. *Diário Oficial da União*, Brasília / DF, ago. 2006b. Seção 1, p. 65.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 ago 2007. Seção 1, p. 65.

BRASIL. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Anexo do Manual Técnico do CNES. Tabelas Atualizadas. Brasília / DF: Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – práticas*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Gestão da Educação em Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília, DF: 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde*. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: Editora MS, 2013a, 82p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2004; 14 fev.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil: 2017 a 2020*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. *Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde*. Boletim Epidemiológico [online], set. 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente: o que se tem produzido para seu fortalecimento?* Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 abr 2019. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 13979. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 07 fev 2020. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Prevenção do Suicídio*. Disponível em - <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z-1/s/prevencao-do-suicidio> - nov. 2020b.

BRASIL. Subchefia de Assuntos Jurídicos. Decreto n. 10630, de 12 de fevereiro de 2021, que dispõe sobre a aquisição, o registro, o porte e a comercialização de fogo e de munição e sobre o Sistema Nacional de Armas e o Sistema de Gerenciamento Militar de Armas. *Diário Oficial da União*, Brasília, 12 fev 2021. Edição extra.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, v. 3, n. 2, P. 77-101, 2006.

BREME, C. J. Effective Educational Videos: Principles and Guidelines for Maximizing Student Learning from Video Content. *CBE-Life Sciences Education*, v. 15, n. 6, p. 1–6, 2016.

CAMARGO, L. B; et al. Desenvolvimento de material didático dinâmico em odontopediatria para utilização na teleodontologia: utilização do software Macromedia. *Rev. Paul. Odontologia*, v. 31, p. 31-35, 2009.

CAMPOS, G. W. Reforma da Reforma: repensando a saúde. 1991. 398 f. Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1991.

CAMPOS, G. W. S; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciênc. saúde coletiva* [online], v.12, n.4, p.849-859, 2007.

CAROTTA, F.; KAWAMURA, D.; SALAZAR, J. Educação permanente em saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. *Saude soc.* [online], v.18, suppl.1, p.48-51, 2009.

CASSORLA, R.M.S. *Suicídio*. Fatores inconscientes e aspectos socioculturais: uma introdução. São Paulo: Blucher, 2017.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 9, n. 16, p. 161 – 168, 2005.

CECCIM, R. B; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadonia como travessia de fronteiras. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 6, n. 3, p. 443-456, nov/fev. 2008.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Quadrilátero da Formação para a área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *PYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1; p. 41-65, 2004.

CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA (CVV). Disponível em: <https://www.cvv.org.br/>. Acesso em: 22 dez. 2020.

CHAVES, W. S. O Partido dos Panteras Negras. *Topoi*, vol.16, n.30, Rio de Janeiro jan./jun., 2015.

CONTE, M. et al. Encontros ou Desencontros: histórias de idosos que tentaram suicídio e a Rede de Atenção Integral em Porto Alegre/RS, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p.1741-1749, jun. 2015

CORREA, H.; BARRERO, S. P. *O suicídio: definições e classificações*. In: Suicídio uma morte evitável. São Paulo: Atheneu, 2006.

COUTO, M.H; SANTOS, R.C. *Cartilha de Apoio Psicossocial Cruz Vermelha Brasileira*. Disponível em: <www.ifrc.org/psychosocial>.

CREPALDI, M, A. Prefácio. In: M. E. Maliska, & A. Wallauer. *Suicídio: um desafio para profissionais de saúde*. Florianópolis: Pandion, 2012.

CRESCENTINI, A.; MAINARDI, G. Qualitative research article: guidelines, suggestions and needs. *Journal of Workplace Learning*, v. 21, n. 5, p. 431-439, 2009.

DANTAS, Eder Samuel. *Prevenção do suicídio no Brasil: como estamos?* Rio de Janeiro. *Physis*, v. 29, n. 3, 2019.

DESLAURIERS, J. P.; KÉRISIT, M. O delineamento da pesquisa qualitativa. In: POUPART, J. et al. (Orgs.), *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes, 2008.

DIAS, E. C. Condições de trabalho e saúde dos médicos: uma questão negligenciada e um desafio para a Associação Nacional de Medicina do Trabalho. *Rev Bras Med Trab.*, v. 13, n. 2, p. 60-68, 2015.

DÓRIA, A.R; FARO, A. Estigma em pacientes admitidos em urgência/emergência por tentativa de suicídio: análise de estudantes e profissionais da saúde a partir de casos hipotéticos. *Salud & Sociedad*. Chile, v. 8, n. 3, p. 200-215, 2017.

DOWBOR, M; CARLOS, E; ALBUQUERQUE, M. C. As Origens movimentistas de Políticas Públicas: Proposta Analítica Aplicada às áreas de Criança e Adolescente, Direitos Humanos e Saúde. *Lua Nova*. São Paulo, v. 105, p. 47-80, 2018.

DURKHEIM, E. *O suicídio: estudo de sociologia*. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

FALKENBERG, M. B, MENDES, T. P. L., Moraes EP, SOUZA, E. M. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Cienc Saude Colet.*, v. 19, n. 3, p. 847-52, 2014.

FEUERWERKER, L. C. M. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FRANCO, T. B.; MEHRY, E. E.. *Cartografias do cuidado e trabalho em saúde*. Potencialidades e Inovações nos Processos de Trabalho em Saúde, v. 6 n. 2, 2012.

FRANKLIN, J. C., NOCK, M. K. *Nonsuicidal self-injury and its relation to suicidal behavior*. New York: Oxford University Press. 2017.

FIGEL, F. C.; MENEGATTI, C. L., PINHEIRO, E. P. N. Suicide attempts: a contingency analysis. *Estud. psicol.* [online]. Campinas, v. 30, n. 2, 2013, p. 211-218.

FONSECA. M. J. M. Carl Rogers: uma concepção holística do homem - da terapia centrada no cliente à pedagogia centrada no aluno. *Millenium: ordem, Viseu*. Portugal, v.1, n.36, p.1-28, 2009.

FOX, J. H.; et al. The effectiveness of psychological first aid as a disaster intervention tool: research analysis of peer-reviewed literature from 1990-2010. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, v. 6, n. 3, p. 247-252, 2012.

FRANCO, C. P. *Autonomia na aprendizagem de inglês: um estudo de caso com nativos digitais sob as lentes do caos e da complexidade*. 2013. 201 f. Programa de Pós-Graduação em Estudos Linguísticos da Faculdade de Letras, Universidade Federal de Minas Gerais, 2013.

FREITAS, A. P. A; BORGES, L. M. Tentativas de suicídio e profissionais de saúde: significados possíveis. *Estud. pesqui. psicol.* Rio de Janeiro, v.14, n.2, p. 560 - 577, 2014.

FREITAS, A. P. A; BORGES, L. M. Do acolhimento ao encaminhamento: O atendimento às tentativas de suicídio nos contextos hospitalares. *Estud. psicol.*, Natal, v.22, n.1, p. 50-60, 2017.

FREUD, S..(1905). *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. Edição Standard Brasileira das obras completas, vol. VII.

FREUD, S. (1915). O Inconsciente. In: FREUD, S. *Escritos sobre a psicologia do inconsciente*. v. 2. Rio de Janeiro: Imago, 2006, p. 13-74.

FREUD, S. (1920). Além do Princípio de Prazer. In: FREUD, S. *Escritos sobre a psicologia do inconsciente*. v. 2. Rio de Janeiro: Imago, 2006, p. 123-198.

FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. *Planejamento e políticas públicas (IPEA)*, Brasília, v. 21, p. 211- 259, jun. 2000.

FUKUMITSU, K. O. *Suicídio e luto: histórias de filhos sobreviventes*. São Paulo: Digital Publish e Print, 2013.

FUKUMITSU, K. O. Suicídio: do desalojamento do ser ao desertor de si mesmo. *Revista USP*, 2018.

FUKUMITSU, K. O. *Programa RAISE*. Gerenciamento de crises, prevenção e pósvenção do suicídio em escolas. São Paulo: Phorte, 2019.

GOHN, M. G. Abordagens teóricas no estudo dos movimentos sociais na América Latina. *Caderno CRH*. Salvador, v. 21, n. 54, p. 439-455, 2008.

GONÇALVES, P. I. E; SILVA, R.A.; FERREIRA, L.A. Comportamento suicida: percepções e práticas de cuidado? *Psicol. hosp.* São Paulo, vol. 13, n. 2, p. 64 - 87, 2015.

GORDON, R.. An operational classification of disease prevention. In: *Preventing mental disorders: a research perspective*. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, National Institute of Mental Health.

GUEDES, C. R; NOGUEIRA, M. I; JUNIOR, K. R. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v.11, n.4, 2006.

GUTIERREZ, B. A. O. Assistência hospitalar na tentativa de suicídio. *Psicol. USP* [online], vol.25, n.3, p.262-269, 2014.

HADLACZKY, G., et al. Mental Health First Aid is an effective public health intervention for improving knowledge, attitudes, and behaviour: a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, v. 4; p. 467-475, 2014.

HOBFOLL, S. E., et al. Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma interventions: Empirical evidence. *Psychiatry: Interpersonal Biological Processes*, v. 70, n. 4, 2007, p. 283 – 315

IASC - Inter-Agency Standing Committee. *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. Geneva: IASC. 2007

JUNIOR, A. S. O., et al. Desenvolvimento de animação para a odontologia como ferramenta no processo educacional. *RFO. Passo Fundo*, v. 19, n. 3, p. 288-292, 2014.

JUNIOR, C. S; CADONÁ, M. A. Políticas Públicas na prevenção do suicídio: os processos políticos e sociais necessários para sua implementação. *Controle Social e desenvolvimento territorial*, v. 5, n. 6, , p. 15-26, jul/dez 2019.

KAPLUN, G. Material Educativo: a experiência do aprendizado. *Comunicação & Educação*, v. 27, n. 6, p. 571-588, 2007.

KLOCK, D. B. K.; OLIVEIRA, P. R. M.. As políticas públicas paea prevenção de suicídio. *Revista Brasileira de Tecnologias Sociais*, v. 2, n. 2, 2015.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. *Medicina Preventiva*. Mcgraw hill. 1976.

LITTEKEN, C; SALE, E. Long-Term Effectiveness of the Question, Persuade, Refer (QPR) Suicide Prevention Gatekeeper Training Program: Lessons from Missouri. *Community Mental Health Journal*, v. 54, n. 1, p. 1-11

LITTLE, D. Learning as Dialogue: The dependence of learner autonomy on teacher autonomy. *In System*, v. 123, n. 2, p.175-181, 1995.

LOUREIRO, M. L. Um possível olhar do comportamento suicida pelos profissionais da saúde. *Scientia Medica*, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 64 - 67, 2006.

MACHADO, M. F. S; LEITE, C. K. S; BANDO, D. H. Políticas Públicas de Prevenção do Suicídio no Brasil: uma revisão sistemática. *Revista Gestão & Políticas Públicas*, v. 4, n. 2, 334-356, 2014.

MANCIA; J. R.; CABRAL, L. C.; KOERICH, M. S. Educação Permanente no contexto da enfermagem e na saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v. 57, n. 5, set/out. 2004.

MARCO, M. A. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, jan/abr. 2006.

MARIS, R. W. Suicide. *Lancet*, v. 360, n. 9329, p. 319-329, 2002.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 8a ed. Rio de Janeiro: Abertura; 2009. p. 43-68.

MELO, A. K., et al. Atuação do psicólogo no hospital geral com pacientes de tentativa de suicídio: estudo fenomenológico. *Revista Brasileira em promoção da saúde*, v. 31, n. 4, p. 1-7, 2018.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação; *INTERFACE – COMUNICAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO*. Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-177, fev. 2005.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Editora Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S. A autoviolência, objeto da sociologia e problema de saúde pública: a sociological concern and a public health problem. *Caderno de Saúde Pública* [on line], v.14, n. 2, p. 421-428, 1998.

MINOIS, G. *História do suicídio*. A sociedade ocidental diante da morte voluntária. São Paulo: Unesp, 2018.

NATO - North Atlantic Treaty Organization. *Psychosocial care for people affected by disasters and major incidents: a model for designing, delivering and managing psychosocial services for people involved in major incidents, conflict, disasters and terrorism*. Brussels: NATO, 2008.

NEVES, C. C. S; PEREIRA, A. P. C; PEREIRA, C. A. S. Estratégias de prevenção do suicídio na escola para adolescentes: uma revisão de Literatura na base Medline. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 7, 2020.

NETTO, Nilson Berenchtein. *Suicídio: uma análise psicossocial a partir do materialismo histórico dialético*. 2017. 179 p. Mestrado em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2007.

NETTO, Nilson Berenchein. Suicídio: uma questão de saúde pública e um desafio para psicologia clínica. Capítulo I. *Suicídio e os desafios para psicologia*. 1ª edição. Brasília: CFP, 2013.

NORTON; P.; HATHAWAY, D. Video production as an instructional strategy: Content Learning and teacher practice. *Contemporary Issues in Technology and Teacher Education*, v. 10, n. 1, p. 145-166, 2010.

O'CARROLL, P.W., et al. Beyond the tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, v. 26, n. 3, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Prevenção do suicídio: um manual para médicos clínicos gerais*. Genebra, 2000a.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária*. Genebra, 2000b.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Primeiros Cuidados Psicológicos: guia para trabalhadores de campo*. Genebra: OMS. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *OPAS/OMS Brasil, 2018. Folha informativa – Suicídio*. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5671:folha-informativa-suicidio&Itemid=839>. Acesso em: 20 jun 2019.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A.. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 32, n. 4, 2008, p. 492–499.

PAIM, J. S. Organização da atenção à saúde para a urgência/emergência. In: SILVA, L. M. V (Org.) *Saúde Coletiva: textos didáticos*. Salvador: Centro Editorial e Didático/ Universidade Federal da Bahia, 1994.

PAIVA, V.L.M.O. Autonomia e complexidade. *Linguagem & Ensino*, vol. 9, n.1, p. 77-127, 2006.

PINHEIRO, R. Integralidade como princípio do direito à saúde. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>>.

PINTO, H. A.; FERLA, A. A.. Formulação e implementação de políticas como pedagogias para a gestão: um ensaio a partir de três casos do Sistema Único de Saúde. *Saúde em redes*, v. 1, n. 1, 2015.

QUESADA, A. A., et al. *Noções gerais sobre automutilação*. Fortaleza: Fundação Demétrio Rocha, 2020.

RAMOS, I. N. B.; FALCÃO, E. B. M. Suicídio: um tema pouco conhecido na formação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 35, n. 4, p. 507-516, 2011.

RIGO, S. C. Suicídio: uma questão de saúde pública e um desafio para psicologia clínica. Capítulo III. *Suicídio e os desadidos para psicologia*. 1 ed. Brasília: CFP, 2013.

ROVERE, M.R. Gestion estratégica de la educacion permanente em salud. In: HADDAD, J. Q.; ROSCHKE, M. A.; DAVINI, M. C. Educación permanente de personal de salud. Washington: OPS, 1994.

ROGERS, C. R. Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications, and Theory. Boston: Mass, Houghton Mifflin, 1951.

ROGERS, C. R. Significant Learning in Therapy and Education. *Educational Leadership*. Alexandria, v. A, n. 16, 1959, p. 232-242, 1959.

ROGERS, C. R. *Sobre o poder pessoal*. São Paulo: Martins Fontes, 1978.

ROGERS, C. R. *Tornar-se pessoa*. São Paulo: Martins Fontes, 1985.

RIBEIRO, E. C. O.; MOTTA, J. I. J. Educação Permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*. Londrina, v.12, p. 39-44, 1996.

SALBEGO; TUMOLO. Autonomia na aprendizagem de línguas em EAD: percepção de alunos com relação ao desenvolvimento das quatro habilidades em inglês. In: XI Congresso Brasileiro de Ensino Superior à Distância, 2014. Florianópolis.

SANTANA, F. R. et al. Integralidade do cuidado: concepções e práticas de docentes de graduação em enfermagem do Estado de Goiás. *Ciênc Saúde Colet.*, v. 15, n. 1, p. 1653-1664, 2010.

SANTO, E. M. Os manuais escolares, a construção de saberes e a autonomia do aluno. Auscultação a alunos e professores. *Rev. Lusófona de Educação*. Lisboa, n.8, 2006.

SANTOS, C. M.; TENÓRIO, F. P. S.; KICH, F. D. *Educação Permanente em Saúde no Estado de Sergipe Saberes e tecnologias para implantação de uma política*. Livro do Aprendiz. 1 ed. Aracaju-SE 2011.

SANTOS, E.G.O. et al. O olhar do enfermeiro emergencista ao paciente que tentou suicídio: estudo exploratório. *Online braz j nurs* [on line], vol. 1, n. 16, p. 6-16, mar. 2017.

SANTOS, L. F. et al. Atenção à pessoa com tentativa de suicídio em hospital geral: a voz de profissionais de enfermagem. *Revista Brasileira De Pesquisa Em Saúde/Brazilian Journal of Health Research*, v. 21, n. 4, p. 27-37, 2019.

SANTOS, L. A.; KIND, L. Integralidade, intersectorialidade e cuidado em saúde: caminhos para se enfrentar o suicídio. *Interface* [online]. Botucatu, v.24, set. 2019.

SCAVACINI, K. *O suicídio é um problema de todos: a consciência, a competência e o diálogo na prevenção e posvenção do suicídio*. 742p. Doutorado em Psicologia. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, 2018.

SCAVACINI, K., CORNEJO, E. R., CESCÓN, L. F. Grupo de Apoio aos Enlutados pelo Suicídio: uma experiência de posvenção e suporte social. *Revista M. Estudos Sobre a Morte, Os Mortos E O Morrer*, v. 4, n. 7, p. 201–214, 2019.

SERAFIM, M. P.; DIAS; R. B. Análise de política: uma revisão de literatura. *Cadernos Gestão Social*. Rio Grande do Sul, v. 2, n. 1, 2012.

SEVERINO, A. J. *Metodologia do trabalho científico*. São Paulo: Cortez, 2013.

SETTI, V.M.G. Políticas Públicas e prevenção do suicídio no Brasil. *ÂNDÉ: Ciências e Humanidades*, v. 1 n. 1, 2017.

SILVA, T. L. G., et al. Primeiros Socorros Psicológicos: relato de intervenção em Santa Maria. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, v. 15, n. 1, 2013, p. 93-104.

SILVA, L. L. T. *Atitudes e percepções de estudantes e professores de enfermagem frente ao suicídio de adolescentes [tese]*. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais; 2014.

SIMONETTI, A. *Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença*. São Paulo: Casa do psicólogo, 2016.

SHNEIDMAN, E. S. Suicide as psychache. *The journal of nervous and mental disease*, v 181, p. 147-149, 1993.

SHNEIDMAN, E. S. Comprehending suicide. Landmarks in 20th-century suicidology *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, v. 22, n. 2, 2001.

SOUZA, L. G. S., et al. Saúde mental na estratégia saúde da família: revisão da literatura brasileira. *Revista Saúde e Sociedade*, v. 21, n. 4, p. 1022-34, 2012.

SOUZA, L. K. *Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Abálise Temática*. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. Rio de Janeiro, v. 71, n. 2, 2019, p. 51-67.

SCHOLOCHAUER, C. *Um estudo exploratório sobre a autodireção da autoaprendizagem em ambientes informais*. 201 p. Doutorado em Psicologia. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

STORINO, Bárbara Diniz et al. Atitudes de profissionais da saúde em relação ao comportamento suicida. *Cad. saúde colet.* [online]., v. 26, n. 4, pp.369-377, 2018.

TAVARES, M. S. A. Suicídio: Uma questão de saúde pública e um desafio para a psicologia clínica – Capítulo IV. In: *O Suicídio e os Desafios para a Psicologia*. 1º

edição. Brasília: CFP, 2013. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Suicidio-FINAL-revisao61.pdf>

TERENZI, T, et al. A crise como potência: os cuidados de proximidade e a epidemia pela Covid-19. *Interface*. Botucatu, v. 25, supl. 1, 2020.

TERRA, L. S. V; CAMPOS, G. W. S. Alienação do trabalho médico: tensões sobre o modelo biomédico e gerencialismo na atenção primária. *Trab. educ. saúde* [online], v.17, n.2, Mar. 2019.

THE SPHERE PROJECT. *Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response*. Geneva: The Sphere Project, 2011.

TORO, G. V. R. Tentativa de suicídio: vivências dos profissionais de saúde no pronto-socorro [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2016.

VASCONCELOS, T. P. *Atenção psicológica em situações extremas: compreendendo a experiência dos psicólogos*. 148 p. Doutorado em psicologia como ciência e profissão. Pontifícia Universidade Católica, Campinas, 2015.

VEDANA, K. G. G. *Urgências e emergências psiquiátricas*. Ribeirão Preto: EERP-USP, 2016.

VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. D. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. *Cad. saúde colet.* [online], vol.21, n.2, p.108-114, 2013a.

VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. D. Estigma em pacientes admitidos em urgência/emergência por tentativa de suicídio: análise de estudantes e profissionais da saúde a partir de casos hipotéticos. *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 21, n 2, p. 108-114, 2013b.

WENZEL, A.; BROWN, G.K; BECK, A.T. *Terapia cognitivo-comportamental para pacientes suicidas*. Porto Alegre: Artmed. 2008

WERLANG, B. Suicídio: Uma questão de saúde pública e um desafio para a psicologia clínica – Capítulo I. In: *O Suicídio e os Desafios para a Psicologia*. 1º edição. Brasília: CFP, 2013. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Suicidio-FINAL-revisao61.pdf>

WERLANG, B. S. G Suicídio: uma questão de saúde pública e um desafio para psicologia clínica. Capítulo II. *Suicídio e os desafios para psicologia*. 1º edição. Brasília: CFP, 2013. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Suicidio-FINAL-revisao61.pdf>

WERLANG, B. S. G., BOTEAGA, N. J. (Orgs.). *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Art-Med, 2004.

WERLANG, B. S. G.; ASNIS, N. Perspectiva histórico-religiosa. In: *Comportamento Suicida*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

WERLANG, B. S. G; MACEDO, M. M. K.; KRUGER, L. L. Perspectiva psicológica. In: Comportamento Suicida. Porto Alegre: Artmed, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Preventing suicide: a global imperative*. Geneva: WHO, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global Health Estimates 2016: Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2016*. Geneva: WHO, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Suicide in the world*. Global Health Estimates. Geneva: WHO, 2019.

ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Ensino Interprofissional: Atendimento ao usuário com tentativa de suicídio.

Pesquisador: CRISTINA CAMOES SAMPAIO NEVES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 25959419.1.0000.5237

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO ARANHA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.781.568

Apresentação do Projeto:

Esta pesquisa terá uma abordagem qualitativa que visa compreender a experiência e o tipo de ação que envolve os trabalhadores do hospital geral com o fenômeno do suicídio, ou seja, como ocorre a operacionalização do atendimento a usuários com tentativa de suicídio no hospital geral. A aquisição dos dados será realizada com base nas seguintes técnicas: observação participante, com uso de diário de campo; entrevista semiestruturada individual, registrada por meio de gravador digital e as informações serão armazenadas em computador do UniFOA/MECSMA; documental (acesso a prontuários como fonte de dados secundários). Para análise de dados será utilizada a metodologia da análise de discurso.

Objetivo da Pesquisa:

Desenvolver um produto de ensino voltado para a qualificação dos trabalhadores do hospital geral que realizam atendimento a usuários com tentativa de suicídio, na perspectiva da Educação Interprofissional.

Objetivo Secundário:

- a) Identificar os percursos de cuidado do usuário com tentativa de suicídio no hospital geral;
- b) Analisar a compreensão dos trabalhadores do hospital geral sobre o fenômeno do suicídio;
- c) Analisar as práticas de cuidado ao usuário com tentativa de suicídio no hospital geral.

Endereço: Avenida Paulo Ezequiel Alves Abrantes, nº 1325
 Bairro: Prédio 03, Sala 05 - Bairro Três Poços CEP: 27.240-560
 UF: RJ Município: VOLTA REDONDA
 Telefone: (24)3340-8400 Fax: (24)3340-8404 E-mail: coeps@foa.org.br



Continuação do Parecer: 3.781.568

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O autor afirma que não existem riscos para o participante da pesquisa. Embora o questionário possa trazer algum desconforto ao participante.

Benefícios:

O pesquisador menciona como benefício a qualificação do profissional, mas ele não revela nenhuma ação voltada para o profissional.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O trabalho está bem apresentado e não apresenta impedimentos éticos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão de acordo

Recomendações:

Apresentar ao CoEPS, via Plataforma Brasil, relatórios parcial e final do estudo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Apresentar ao CoEPS, via Plataforma Brasil, relatórios parcial e final do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1460078.pdf	13/12/2019 14:09:08		Aceito
Outros	FOLHA_DE_ROSTO_CRISTINA_CAMOES_ASSINADA.pdf	04/12/2019 11:57:08	Walter Luiz Moraes Sampaio da Fonseca	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_07_11.doc	07/11/2019 14:22:25	CRISTINA CAMOES SAMPAIO NEVES	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	07/11/2019 14:19:57	CRISTINA CAMOES SAMPAIO NEVES	Aceito
Outros	roteiro_entrevista.pdf	07/11/2019 14:16:59	CRISTINA CAMOES SAMPAIO NEVES	Aceito
Outros	carta_autorizacao_instituicao.pdf	07/11/2019 14:05:14	CRISTINA CAMOES SAMPAIO NEVES	Aceito
Outros	autorizacao_orientador.pdf	07/11/2019	CRISTINA CAMOES	Aceito

Endereço: Avenida Paulo Eraldo Alves Abrantes, nº 1325
 Bairro: Prédio 03, Sala 05 - Bairro Três Poças CEP: 27.240-560
 UF: RJ Município: VOLTA REDONDA
 Telefone: (24)3340-8400 Fax: (24)3340-8404 E-mail: coeps@foa.org.br



Continuação do Parecer: 3.781.568

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O autor afirma que não existem riscos para o participante da pesquisa. Embora o questionário possa trazer algum desconforto ao participante.

Benefícios:

O pesquisador menciona como benefício a qualificação do profissional, mas ele não revela nenhuma ação voltada para o profissional.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O trabalho está bem apresentado e não apresenta impedimentos éticos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão de acordo

Recomendações:

Apresentar ao CoEPS, via Plataforma Brasil, relatórios parcial e final do estudo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Apresentar ao CoEPS, via Plataforma Brasil, relatórios parcial e final do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1460078.pdf	13/12/2019 14:09:08		Aceito
Outros	FOLHA_DE_ROSTO_CRISTINA_CAMOES_ASSINADA.pdf	04/12/2019 11:57:08	Walter Luiz Moraes Sampaio da Fonseca	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_07_11.doc	07/11/2019 14:22:25	CRISTINA CAMOES SAMPAIO NEVES	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	07/11/2019 14:19:57	CRISTINA CAMOES SAMPAIO NEVES	Aceito
Outros	roteiro_entrevista.pdf	07/11/2019 14:16:59	CRISTINA CAMOES SAMPAIO NEVES	Aceito
Outros	carta_autorizacao_instituicao.pdf	07/11/2019 14:05:14	CRISTINA CAMOES SAMPAIO NEVES	Aceito
Outros	autorizacao_orientador.pdf	07/11/2019	CRISTINA CAMOES	Aceito

Endereço: Avenida Paulo Eraldo Alves Abrantes, nº 1325
 Bairro: Prédio 03, Sala 05 - Bairro Três Poças CEP: 27.240-560
 UF: RJ Município: VOLTA REDONDA
 Telefone: (24)3340-8400 Fax: (24)3340-8404 E-mail: coeps@foa.org.br

ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO**QUESTIONÁRIO**

Este questionário enquadra-se em uma investigação no âmbito de uma dissertação de Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente, curso este vinculado ao Centro Universitário de Volta Redonda, cujo tema trata da prevenção do suicídio nos hospitais gerais. Os resultados obtidos serão utilizados apenas para fins acadêmicos (dissertação de Mestrado e publicação de artigos científicos). O questionário é anônimo, não devendo ser colocada sua identificação em nenhuma das folhas, nem mesmo assiná-lo. Não existem respostas certas ou erradas. Por isso, solicitamos que responda de forma espontânea e sincera a todas as questões. Na maioria das questões, apenas uma opção deverá ser assinalada. No entanto, quando for possível mais de uma alternativa esta instrução constará nas próprias questões.

1. Idade: _____ anos

2. Sexo:

Feminino Masculino

3. Profissão:

Assistente Social Enfermeiro Médico Psicólogo Técnico de enfermagem

4. Você atende pessoas com tentativas de suicídio no hospital?

Não Sim

5. Você se sente seguro em atender essa demanda?

Não Sim

6. Sua formação profissional proporcionou conhecimentos necessários para realizar abordagem ao paciente com tentativa de suicídio no hospital?

Não Sim

7. Você já teve acesso a cursos, capacitações ou materiais educativos para abordagem do comportamento suicida?

Não

Sim. Qual tipo?

8. Qual assunto relacionado ao suicídio você teria interesse em conhecer mais?

9. Você considera o hospital um local adequado para atendimento a pessoas com tentativa de suicídio?

Não Sim

10. Qual objetivo do atendimento ao paciente com tentativa de suicídio no hospital?

Cuidados clínicos (alterações físicas e biológicas)

Cuidado emocional (alterações psicológicas e emocionais)

Cuidados clínicos e emocional

Não deveria ser atendido no hospital

Outro _____

(mais de uma opção pode ser assinalada)

11. Você acha que as outras demandas emergenciais (como acidentes, AVC, infarto, e outras) são mais importantes do que as relacionadas com tentativas de suicídio?

Não Sim

12. Quais profissionais são responsáveis pelo atendimento ao comportamento suicida no hospital?

Assistente Social Enfermeiro Fisioterapeuta

Fonoaudiólogo Médico Nutricionista

Psicólogo Psiquiatra Técnico de Enfermagem

(mais de uma opção pode ser assinalada)

13. Na sua opinião, outros profissionais podem abordar aspectos emocionais dos pacientes com comportamento suicida ou só os profissionais de saúde mental (psicólogos e psiquiatras)?

Apenas psicólogos e psiquiatras

Apenas psicólogos

Apenas psiquiatras

Outros profissionais. Quais?

14. Você conhece os fluxos para atendimento de tentativas de suicídio neste hospital? Não Sim. Descreva:

15. A abordagem a pacientes com tentativa de suicídio desperta em você sentimentos diferentes de outros atendimentos? Não Sim**16. Quais sentimentos são despertados em você na abordagem ao comportamento suicida?** Pena Compaixão Raiva Revolta Rejeição Culpa Tristeza Frustração Medo Indiferença Desespero Outro(s). Qual?

17. Na sua opinião e levando em consideração sua experiência profissional, por que as pessoas tentam suicídio? Porque realmente querem morrer Para chamar atenção Como pedido de ajuda Devido a um grande sofrimento Outro

18. Você relaciona o suicídio (ou as tentativas de suicídio) com algumas das características abaixo? Transtorno mental Ato de coragem Covardia Escolha Loucura Outro

(mais de uma opção pode ser assinalada)

19. Você acha que as pessoas que tentam suicídio realmente querem morrer?

- Sempre
 Na maioria dos casos
 Na minoria dos casos
 Nunca

20. Você acha que as pessoas com intenção suicida dão avisos antes de cometer o ato?

- Sempre
 Na maioria dos casos
 Na minoria dos casos
 Nunca

21. Você acredita que a forma como a pessoa tenta suicídio traduz se ela realmente quer morrer ou não?

- Não Sim

22. Quais motivos levam as pessoas a tentarem suicídio?

- Rompimentos Transtorno mental Dificuldade em lidar com perdas
 Desemprego Conflitos familiares Doença física
 Frustração Dificuldade financeira Abuso sexual
 Tristeza Decepção Uso de álcool e/ou outras drogas
 Outros _____

(mais de uma opção pode ser assinalada)

23. Pensar em suicídio é comum?

- Não Sim

24. Qual a primeira palavra que vem em sua mente relacionada a temática do suicídio?

25. Você considera que uma parcela de mortes por suicídios possa ser prevenida?

- Não Sim

26. Você considera que os hospitais gerais são espaços de prevenção do suicídio?

- Não Sim

27. Você se considera responsável por desenvolver ações de prevenção do suicídio, enquanto profissional de saúde do hospital geral?

- Não Sim

28. Você acredita que uma pessoa com comportamento suicida pode superar essa condição?

- Sempre
 Na maioria dos casos
 Na minoria dos casos
 Nunca

29. Quais profissionais de saúde podem contribuir para essa superação?

- Assistente Social Enfermeiro Fisioterapeuta
 Fonoaudiólogo Médico Nutricionista
 Psicólogo Psiquiatra Técnico de Enfermagem

(mais de uma opção pode ser assinalada)

30. Você acha que falar sobre suicídio com pessoas com ideias ou tentativa de suicídio pode aumentar o risco ou induzir ao suicídio?

- Não Sim

31. Você conhece algum programa ou projeto de prevenção ao suicídio (seja a nível municipal, estadual ou federal)?

- Não

Sim. Qual (quais)?

ANEXO 3 – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO PRODUTO DE ENSINO (GOOGLE FORMS)

Instrumento de aplicação de conteúdo educacional em saúde.

Este documento possui dois propósitos: 1) registrar as primeiras impressões que os profissionais de saúde (Assistentes Sociais, Enfermeiros, Médicos, Psicólogos e Técnicos de Enfermagem) obtiveram a respeito de dois produtos educativos elaborados para difundir conhecimentos que trata da temática do suicídio; 2) identificar até que ponto tais produtos funcionam como dispositivo facilitador do processo ensino-aprendizagem e ainda, como veículos de socialização de conhecimentos entre os referidos profissionais. Para isso, você avaliador, primeiramente precisa concordar (ou não) em participar da pesquisa. Após ler todas as informações contidas no Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) avalie os itens relativos aos produtos. Obrigada!

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)

Título do Projeto: Equipe de saúde e o atendimento ao usuário com tentativa de suicídio: o vídeo como recurso de socialização de conhecimentos. Pesquisador responsável: Cristina Camões Sampaio Neves. Pesquisadores participantes: Profa. Dra. Ana Paula Cunha Pereira e Prof. Dr. Carlos Alberto Sanches Pereira.

Instituição a que pertence o pesquisador responsável: Centro Universitário de Volta Redonda
Telefone para contato: 24- 99815-5846 / 33408400

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que tem como objetivo de difundir conhecimentos sobre a temática do suicídio voltada para profissionais da área de saúde. De modo geral, a intenção é que esse tipo de material funcione como um dispositivo facilitador do processo ensino-aprendizagem sendo veículo de socialização de conhecimentos. Para isso, antes de aceitar participar desta pesquisa, leia atentamente as explicações abaixo que informam sobre os procedimentos:

O projeto de pesquisa intitulado "Equipe de saúde e o atendimento ao usuário com tentativa de suicídio: o vídeo como recurso de socialização de conhecimentos" investigará o atendimento realizado por trabalhadores do hospital geral a usuários com tentativa de suicídio para propor um recurso educacional que contribua com a qualificação deste atendimento. Dessa forma, nossa intenção é sensibilizar por meio de um material impresso (Guia de primeiros socorros psicológicos - Título Provisório) com vídeos complementares visando dar suporte as equipes de saúde que estabelecem contatos com o paciente identificado por tentativa de suicídio e usufruem do atendimento hospitalar. Cabe também informar que, os dados obtidos dessa pesquisa são frutos de observação participante e questionário semi-estruturado junto a trabalhadores de um Hospital Geral de Resende. Os desdobramentos dessas informações servirão como reflexões geradoras de estudos mais aprofundados, englobando a temática do suicídio e as práticas de cuidado em Hospital Geral.

Vale destacar que, você poderá recusar-se a participar do processo de avaliação deste produto educacional. A sua participação como voluntário não acarretará nenhum privilégio, seja de caráter financeiro ou de qualquer outra natureza. Esteja ciente que você pode se retirar do projeto em qualquer momento sem prejuízo a V. Sa. A sua participação não envolve riscos físicos, psicológicos e serão garantidos o sigilo e privacidade, sendo reservado ao participante o direito de omissão de sua identificação e/ou dados que possam comprometé-los. Frisamos ainda que, na apresentação dos dados não serão citados nomes dos participantes. Declaro ter conhecimento do conteúdo deste termo e sendo assim, a adesão em responder as questões a seguir indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu consentimento.


Centro Universitário de Volta Redonda - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos". - Prédio 3, sala 5 Campus Olegio Galotti, Av. Paulo Erlei Alves Abrantes, nº 1325, Três Poços, Volta Redonda/ RJ Cep: 27240-560 Telefone: (24) 3340.8400 - Ramal 8571.



Aceito participar

Não aceito participar

Data de aceite de participar da pesquisa *

Mês, dia, ano 

Os dois produtos educativos (manual e vídeos) contemplam o tema abordado? *

Sim

Não

Caso a resposta anterior seja não, qual conteúdo deveria ser abordado, na sua visão? *

Texto de resposta longa

Os produtos esclarecem dúvidas sobre o tema abordado? *

Sim

Não

Os produtos estimulam o aprendizado do tema abordado? *

Sim







Não

Atribua um valor para a Estrutura e Apresentação dos produtos educativos em questão (entre 0 a 10) *

Texto de resposta curta

A linguagem utilizada para comunicar a temática mostra-se adequada? *

Sim

<https://docs.google.com/forms/d/1Z6agdwD5dLPVi2g-vfYwGqFRNBELiSVwydQyrGHMg/edit>

2/3

Perguntas Respostas

Não

O conteúdo mostra-se isento de discriminação ou preconceito? *

Sim

Não

Comentários