

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Ana Paula Pinto do Nascimento

O CUIDADO PRESTADO A PESSOAS QUE TENTARAM SUICÍDIO:
QUESTÕES SOBRE A FORMAÇÃO PARA O TRABALHO EM SAÚDE

Rio de Janeiro

2011

Ana Paula Pinto do Nascimento

O CUIDADO PRESTADO A PESSOAS QUE TENTARAM SUICÍDIO:
QUESTÕES SOBRE A FORMAÇÃO PARA O TRABALHO EM SAÚDE

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Educação Profissional em Saúde.

Orientador: Maria Cecília de Araújo Carvalho

Coorientador: Arlinda Barbosa Moreno

Rio de Janeiro

2011

N244c

Nascimento, Ana Paula Pinto do.

O cuidado prestado a pessoas que tentaram suicídio: questões sobre a formação para o trabalho em saúde. / Ana Paula Pinto do Nascimento. - 2011.

56 f. : il. ; graf.

Orientador: Maria Cecília de Araújo Carvalho

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

1. Suicídio. 2. Cuidados em saúde. 3. Capacitação profissional. 4. Formação do trabalho. I. Carvalho, Maria Cecilia de Araújo. II. Título

CDD 362.28

Ana Paula Pinto do Nascimento

O CUIDADO PRESTADO A PESSOAS QUE TENTARAM SUICÍDIO:
QUESTÕES SOBRE A FORMAÇÃO PARA O TRABALHO EM SAÚDE

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Educação Profissional em Saúde.

Aprovada em 17/11/2011

BANCA EXAMINADORA

Profa Dr^a Carla Macedo Martins – FIOCRUZ / EPSJV

Prof. Dr. Paulo Roberto Fagundes da Silva – FIOCRUZ / ENSP

Profa. Dr^a Maria Cecília de Araujo Carvalho – FIOCRUZ / EPSJV

Profa. Dr^a Arlinda Barbosa Moreno – FIOCRUZ / EPSJV

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus pelo presente a mim ofertado, a vida, essa oportunidade de evoluir e semear o bem.

Aos amigos do mundo maior pelo auxílio e certeza de que uma parte de minha missão terrena está sendo cumprida.

A minha mãe Maria José, por seu amor incondicional, seu otimismo imensurável e seu exemplo de honestidade e ética.

Ao meu pai Raimundo (*in memoriam*), que esteve presente em quase todas as etapas desse trabalho, incentivando-me sempre e proporcionando momentos de reflexões ao narrar fatos ocorridos envolvendo suicídios e tentativas de suicídio de pessoas perseguidas na época da ditadura militar brasileira, cuja época ele vivenciou.

A minha orientadora Profa. Dr^a Maria Cecilia de Araujo Carvalho por ter aceitado me orientar, por seus conhecimentos, orientações eficientes, sugestões bibliográficas onde apresentou-me autores maravilhosos que estão compondo o trabalho, pela disponibilidade de atendimento, seja pessoalmente ou por e-mail.

A minha coorientadora Profa. Dr^a Arlinda Barbosa Moreno por ter aceitado me coorientar, por ter acreditado em mim, pelas valiosas sugestões, por acompanhar esse trabalho, pela presença constante em nossas reuniões para sugestões, correções e aditamentos, por todo auxílio prestado em todas as fases do trabalho. Sem vocês esse trabalho não seria possível. Agradeço a vocês por permitirem que o meu sonho tenha se tornado uma realidade.

Aos professores da banca examinadora, Profa. Dr^a Carla Macedo Martins e o Prof. Dr. Paulo Roberto Fagundes da Silva, agradeço a atenção dispensada a este trabalho e as suas valiosas contribuições.

À Profa. Dr^a Marise Nogueira Ramos por acreditar nesse trabalho e por me incentivar principalmente ao afirmar que o mesmo seria pioneiro na EPSJV com essa temática. Isso me fez sentir mais entusiasmada para começar a empreitada.

Ao Prof. Dr. Marco Antonio Carvalho Santos por compartilhar conhecimentos até então desconhecidos para mim, pela indicação de autores e valiosas sugestões de leitura nos dois semestres do curso.

À Profa. Dr^a Virginia Fontes que incentivou-me nesse trabalho e fortalecia-me sempre com suas palavras de que esse era importante tanto para a esfera da saúde quanto a esfera da educação profissional em saúde.

Ao Prof. Dr. Gustavo Corrêa Matta pelo empréstimo de materiais bibliográficos.

Ao Prof. Dr. Ramon Peña Castro por incentivar o meu trabalho e principalmente pela sugestão de leitura acerca do suicídio e capitalismo incentivando-me a esse tema rumo ao doutorado.

A todos os meus professores do mestrado que muito me auxiliaram nessa trajetória.

À psicóloga Cláudia Aguiar, membro do Comitê de atenção à tentativa de suicídio e suicídios, pela generosidade com que me recebeu na Área Técnica de Ações contra a Violência, da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil – ATAV-SESDEC, por me apresentar a pessoas, fornecer dados, relatórios e convidando-me a participar de seminários cuja temática fazia parte da minha pesquisa.

À sanitarista Otilia Pimenta Rezende, também membro do Comitê de atenção à tentativa de suicídio e suicídios e da ATAV-SESDEC que juntamente com Cláudia Aguiar incentivou minha pesquisa.

Ao Prof. Dr. Neury José Botega, pela nobreza tanto por compartilhar conhecimento e material de trabalho, quanto pelo incentivo a minha pesquisa quando estive na FIOCRUZ.

Ao Dr. Carlos Filinto da Silva Cais, por sua gentileza em enviar-me sua tese e por se colocar disponível para esclarecimentos.

À Psicanalista Ana Maria Ferrara C. Barbosa, coordenadora do projeto ComViver, pelo incentivo, esclarecimentos e sites fornecidos.

À Milena Leal Pacheco da área técnica de saúde mental, álcool e outras drogas DAPES/SAS, pelo envio de materiais e demais esclarecimentos.

Ao Dr. Carlos Estellita-Lins coordenador no grupo de pesquisa PesqSui e a pesquisadora Mariana Bteshe pelo fornecimento de dados sobre a capacitação realizada pelo grupo.

Aos membros da secretaria da pós-graduação que se destacaram pelo excelente trabalho desempenhado, em especial, a secretária Micheli da Silva Freitas de Abreu por todo o auxílio e palavras de otimismo a mim dedicada nos momentos difíceis.

A equipe da Biblioteca Emília Bustamante da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio: Carlos Eduardo de Almeida Gerônimo, Rosimere de Azevedo Freire, Renata Pinto de Azeredo, Marluce Maciel Gomes Antelo, pelo imenso auxílio na busca de produção bibliográfica.

A equipe da biblioteca da ENSP-FIOCRUZ.

A equipe da biblioteca de Ciências Biomédicas - FIOCRUZ, em especial ao Anderson Vargas da Silva.

A Dr^a Wanda Xavier Lacerda, pela sólida amizade, por todo o apoio e incentivo em minha caminhada acadêmica e profissional.

Ao Dr. Gil Xavier Lacerda, pela amizade, incentivo, revisões de textos e traduções no decorrer do mestrado.

A todos que contribuíram de alguma forma.

RESUMO

O enfrentamento das questões relacionadas ao suicídio se torna cada vez mais importante nos dias atuais. A Organização Mundial da Saúde (OMS) alerta que quase um milhão de pessoas se suicida a cada ano, sendo um ato comum em todas as faixas etárias. O significativo aumento das taxas de suicídio e os apelos da OMS para que os países enfrentassem o fenômeno, considerando-o um problema de saúde pública, contribuiu decisivamente para que o Brasil se tornasse o primeiro país da América Latina a ter uma proposta de ação nacional voltada à prevenção do suicídio. O desafio da construção de uma política de atenção relacionada ao suicídio passa pela formação de profissionais sensíveis à magnitude do problema em nossa sociedade. Este trabalho tem por objetivos discorrer sobre formas de efetivação do cuidado à pessoa que tentou o suicídio, identificar capacitações profissionais voltadas para os trabalhadores que atendem a essa demanda e identificar componentes da rede assistencial que atendem a pessoas que tentaram o suicídio no Rio de Janeiro. Foi possível observar que a capacitação profissional é uma forma importante e adequada para dirigir a informação e a sensibilização aos profissionais de saúde que atendem as pessoas que tentaram ceifar as próprias vidas.

Palavras-chave: Suicídio. Cuidado em saúde. Capacitação Profissional.

ABSTRACT

Dealing with issues related to suicide becomes increasingly important today. The World Health Organization (WHO) warns that nearly one million people commit suicide every year, a common act in all age groups. The significant increase in suicide rates and the appeals to countries by WHO for facing this phenomenon, considering it a public health problem, contributed decisively to Brazil to become the first Latin American country to have a proposal for a national action focused on suicide prevention. The challenge of building a care policy related to suicide involves the training of professionals sensitive to the magnitude of the problem in our society. This paper aims to broach ways to provide care to the person who attempted suicide, identify professional training for health professionals who care this kind of demand and identify components of the health care network that assist to people who have attempted suicide in Rio de Janeiro. It was observed that professional training is important and appropriate to direct the information and awareness to health professionals who serve people who tried to suicide.

Key Words: Suicide. Health Care. Professional Training,

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 ESTIGMA	13
3 O CUIDADO	18
3.1 O MODELO BIOMÉDICO E O CUIDADO HUMANIZADO E ÉTICO	19
3.2 O CUIDADO COMO PREVENÇÃO, O HOSPITAL E O SERVIÇO DE EMERGÊNCIA	22
4 A FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE	25
4.1 ORIENTAÇÕES PARA O CUIDADO À PESSOAS QUE TENTARAM SUICÍDIO	27
4.2 CAPACITAÇÕES PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE O TEMA SUICÍDIO: ALGUMAS INICIATIVAS BRASILEIRAS	29
4.2.1 Projeto ComViver: Um Componente da Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio	29
4.2.2 Outras Iniciativas Regionalizadas	32
4.2.2.1 Região Nordeste	32
4.2.2.2 Região Sul	33
4.2.2.3 Região Sudeste	33
5 COMPONENTES DA REDE ASSISTENCIAL A PESSOAS QUE TENTARAM SUICÍDIO NO RIO DE JANEIRO	37
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS	45
ANEXO 1 - RESOLUÇÃO “N” SMS Nº 784 DE 25 DE MAIO DE 2001	53
ANEXO 2 - FICHA DE NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO DE SUICÍDIO E TENTATIVA DE SUICÍDIO	55

1 INTRODUÇÃO

O enfrentamento das questões relacionadas ao suicídio se torna cada vez mais importante nos dias atuais. O suicídio pode ser definido como o ato de se matar intencionalmente executado pela pessoa com o conhecimento total ou expectativa do desfecho fatal (OMS, 2006a) ou, ainda, como todo o caso de morte que se origina de forma direta ou indireta de um ato positivo ou negativo, realizado pela própria vítima, sendo a mesma, sabedora que produzirá este resultado (Durkeim, 2000). “A tentativa de suicídio é um ato de risco de vida com uma intenção consciente de um fim de vida, necessitando de intervenção médica após o ato” (OMS, 2006a). Percebe-se a tentativa de suicídio como a prática ineficaz da ação que resultaria o próprio óbito, deste modo, o objetivo de findar com a própria existência não se logra por algum motivo. “A tentativa de suicídio tem as mesmas características fenomenológicas do suicídio, diferindo deste apenas quanto ao desfecho, que não é fatal.” (Bertolote; Mello-Santos; Botega, 2010 p. S87-S88). A tentativa de suicídio nem sempre é interrompida, mas alguns fatores podem impedir a efetivação do resultado morte. Dependendo dos casos, o socorro rápido ou a falha na execução do ato que busca a finitude podem salvar o indivíduo do resultado fatídico. Mas, o ato tentado pode acarretar danos físicos, e não exime o indivíduo da dor e sofrimento físicos.

Segundo Cassorla e Smeke (1994) a violência no ser humano, em seu aspecto autodestrutivo, constitui-se de um envolvimento em um inter-jogo dinâmico de inúmeras variáveis presentes no cotidiano. O autor sustenta que não existe uma causa para o suicídio e, esse fenômeno, culmina em decorrência de uma série de situações que se constituem em fatores que se acumulam na trajetória da vida da pessoa, não havendo dessa forma, uma causa para o suicídio, mas a junção de fatores de diversas esferas, desde aspectos ambientais, psicológicos, culturais e biológicos. O que pode ser chamado de causa, geralmente, é o resultado final do somatório dos fatores. Sendo assim, a causa não é o começo, mas sim o elo final de um desencadeamento de fatores (CASSORLA, 1991).

“O suicídio não é uma nosologia, não é uma doença específica: é o resultado de um comportamento que pode ocorrer em quadros clínicos diversos, que exigem terapias peculiares e abordagens individualizadas” (SERRANO, 2008 p.159).

Destaca Tafuri (1961) que as escolas psiquiátrica, psicanalítica e sociológica procuraram elucidar a gênese do suicídio. As escolas psiquiátrica e a psicanalítica atribuíram a causa a fatores presentes no indivíduo, enquanto, a escola sociológica encontra a causa do suicídio fora do indivíduo, ou seja, no ambiente social. Para os psiquiatras uma anormalidade

psíquica que tanto pode ser permanente ou temporária constitui a causa do suicídio, pois argumentam que um indivíduo normal não se suicida. Para os psicanalistas a gênese do suicídio, não estaria necessariamente em uma anormalidade psíquica do indivíduo, mas sim, no desejo de matar outra pessoa, mas não o faz, optando por suicidar-se. A escola sociológica sustenta que a gênese do suicídio encontra-se tanto nos fatores sociais quanto nos fatores econômicos.

O índice de suicídio aumentou 60% em 45 anos no mundo e o número das tentativas de suicídio é até 20 vezes mais frequente do que o suicídio consumado (OMS, 2011). A Organização Mundial da Saúde (OMS) alerta que “todos os anos, quase um milhão de pessoas morrem de suicídio; uma taxa de mortalidade global de 16 por 100.000 ou uma morte a cada 40 segundos” e que até o ano de 2020 mais de 1,5 milhões de pessoas cometerão suicídio por ano (OMS, [200-]). No Brasil, entre 2000 e 2008, ocorreram 73.261 mortes por suicídio, o que corresponde a 22 mortes por dia” (BRASIL, [200?]a).

A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) elaborou um trabalho intitulado “Comportamento suicida: conhecer para prevenir”, dirigido aos profissionais da imprensa. Neste documento, enfatiza-se que, no tocante aos coeficientes de suicídio, a média nacional esconde importantes variações regionais. O documento aponta que alguns coeficientes regionais e de alguns grupos populacionais brasileiros apresentam aproximação ou até mesmo superam os de países do Leste europeu e da Escandinávia e aponta que, para cada suicídio, podem ter ocorrido pelo menos dez tentativas que não resultaram em morte (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2009).

Estudos revelam que a tentativa de suicídio/suicídio se faz presente em todas as faixas etárias. Segundo Minayo e Cavalcante (2010) nos últimos anos, está havendo, no Brasil, um crescimento da prática de suicídio entre as pessoas idosas.

O suicídio está presente também na infância, sendo fato incomum entre menores de 12 anos, com maior incidência a partir de 14 anos. Em alguns países, está ocorrendo um aumento dos suicídios entre menores de 15 anos e na faixa de 15 a 19 anos. Constata-se que o suicídio é pouco estudado havendo uma escassez de publicações sobre esse tema, principalmente no tocante ao suicídio infantil (OMS, 2000).

Quanto à questão de gênero, a tentativa de suicídio é mais frequente entre as mulheres, porém, são os homens que possuem um índice maior de morte por suicídio. Verifica-se que os homens utilizam meios mais agressivos, como o enforcamento e armas de fogo, enquanto, as mulheres utilizam meios menos agressivos como medicamentos e venenos (RIO DE

JANEIRO, 2009). No Brasil, é na região Sul do país que encontramos as maiores taxas de óbito por suicídio (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2009).

O significativo aumento das taxas de suicídio e os apelos da Organização Mundial da Saúde (OMS) para que os países enfrentassem o fenômeno considerando-o um problema de saúde pública contribuiu decisivamente para que o Brasil se tornasse o primeiro país da América Latina a ter uma proposta de ação nacional voltada à prevenção do suicídio. A Portaria nº 1.876, de 14/08/2006, do Ministério da Saúde (MS), estabelece que as diretrizes nacionais para a prevenção do suicídio sejam articuladas intersetorialmente, abarcando os setores de saúde das três esferas de governo, além de instituições acadêmicas e organismos nacionais e internacionais com o desenvolvimento de estratégias que visem à promoção, prevenção e recuperação da saúde, organização de linha de cuidados integrais em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas e a necessidade de promoção da educação permanente de profissionais das unidades de atenção básica, dos serviços de saúde mental das unidades de urgência.

O desafio da construção de uma política de atenção relacionada ao suicídio passa pela formação de profissionais sensíveis à magnitude do problema em nossa sociedade. Diante de minhas observações e pesquisas à literatura, fazendo uma imersão em artigos científicos, livros, documentos e legislações acerca do fenômeno suicídio, tentativas e suas consequências, defrontei-me com situações paradoxais referidas e retratadas por alguns autores quanto ao cuidado prestado às pessoas que tentaram o suicídio.

No decorrer da vida profissional, o trabalhador da área de saúde tem grande probabilidade de ter de responder às demandas dessa espécie e surgiram-me algumas inquietações, tais como: De que forma se efetiva o cuidado prestado às pessoas que tentaram o suicídio? Estão os profissionais de saúde que atuam nesses setores sendo capacitados para lidar com essa situação?

Dessa forma, e diante desses questionamentos, me foi despertado o interesse de estudar essa temática, que resultou na proposta de elaboração da presente pesquisa, cuja metodologia é qualitativa, do tipo bibliográfico. Para Rampazzo (2005, p. 53), “a pesquisa bibliográfica procura explicar um problema a partir de referências teóricas publicadas. Pode ser realizada independente ou como parte integrante de outros tipos de pesquisa”.

Assim, esta pesquisa bibliográfica, baseou-se, na literatura nacional e internacional sobre o tema, a partir de pesquisa na base Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e periódicos CAPES, e na pesquisa de documentos oficiais do governo brasileiro, de instituições de saúde e de organismos internacionais, sendo seus objetivos: discorrer sobre

formas de efetivação do cuidado à pessoa que tentou o suicídio; identificar capacitações profissionais voltadas para os trabalhadores que atendem a essa demanda; e identificar componentes da rede assistencial que atendem às pessoas que tentaram o suicídio no Rio de Janeiro.

2 ESTIGMA

O suicídio possui uma historicidade com concepções diversas de acordo com o local, época, e cultura. Na antiguidade, “Aristóteles via o suicídio como um ato de covardia, bem como um ato contra o Estado” (JAMISON, 2002 p. 9). Barbáries de todas as espécies eram praticadas contra os suicidas, como uma forma de punição por ter findado com a própria vida.

Degradações aos corpos, imagem e memória de suicidas eram praticadas por toda a Europa. “Na França, o cadáver podia ser pendurado pelos pés e arrastado pelas ruas dentro de uma armação para condenados, queimado ou jogado no depósito de lixo público” (ALVAREZ, 1999, p. 60). Ainda, na França e na Inglaterra, as vinganças aos suicidas tornaram-se economicamente rentáveis para o Estado, por Lei. As propriedades dos suicidas eram entregues à Coroa (ALVAREZ, 1999).

Na atualidade, não são mais praticados esses atos primitivos contra os suicidas, como acontecia em vias públicas, sendo um espetáculo coletivo por destruição do corpo ou por negativa do sepulcro pela Igreja. Entretanto, ainda há muita incompreensão e falta de informação sobre o suicídio, visto que, qualquer assunto intrínseco ao tema transformou-se em um tabu, ou seja, um assunto velado considerado mórbido e ponderado nas conversações para não causar suspeitas, diante dos olhares alheios ao interesse pelo tema.

Esta reflexão se torna fundamental quando pensamos no atendimento a grupos sociais que, por suas características, podem vir a ser alvo de estigmatização. Na atualidade, o estigma está presente na sociedade e pode ser perfeitamente representado alegoricamente por um leque cujas hastes constituem-se de cada grupo que sofre a estigmatização. Entre eles estão homossexuais, negros, idosos, prostitutas, pacientes HIV positivos, drogadictos, mulheres que buscam atendimento após aborto clandestino, moradores de rua e pessoas sobreviventes após tentativa de suicídio.

Segundo Fernandes, Luft e Guimarães (1999), a palavra estigma é definida como marca infamante feita com ferro em brasa e, também, como nota infamante.

Elucida Johnson (1997) que estigma se traduz em uma rotulagem social de cunho negativo e concretiza-se, quando identificam as pessoas como desviantes, não porque seu comportamento ou atitudes transgridam normas, mas pelo fato delas apresentarem ou possuírem características sociais ou pessoais que conduzam outras a excluí-las. Ele assegura, ainda, que os grupos minoritários também possam sofrer esse tipo de implicação.

Entretanto, foi Goffman quem introduziu o conceito de estigma mais usado até hoje, definindo-o como referência a um atributo depreciativo, fraqueza ou desvantagem.

Elucidando que a pessoa estigmatizada é aquela considerada diferente dos padrões normalizados por uma sociedade, possuindo características diferentes das aceitas pela comunidade ou sociedade, gerando, desta maneira, preconceito ao indivíduo.

Para Goffman (1975), categorizamos as pessoas e identificamos atributos considerados normais a cada uma dessas categorias e baseado nessas concepções passamos a exigir que os indivíduos se enquadrem nos padrões esperados. Este autor categorizou três tipos de estigma: 1. anormalidades do corpo (deformidades físicas); 2. culpas de caráter individual; e 3. estigmas tribais de raça, nação e religião. Mas, é o segundo tipo que veste a situação em tela, pois está voltado para as culpas de caráter individual que são percebidas como as vontades fracas e elenca alguns fatores constitutivos de estigma, descritos por ele como: “distúrbio mental, prisão, vício, alcoolismo, homossexualismo, desemprego, *tentativas de suicídio* e comportamento político radical” (GOFFMAN, 1975, p.14) (grifo nosso).

O estigma aflora uma situação aviltante, indesejada e constrangedora ao indivíduo perante outras pessoas, configurando-se em alguns atos como os de divulgar, transformar e manipular a imagem e a personalidade do indivíduo em condição inferior perante os outros. Nos Estados Unidos, foi realizado programa que tinha entre seus objetivos educar os profissionais de saúde mental e os estagiários sobre as questões do estigma e do suicídio, e o impacto desse ato nas famílias, amigos, terapeutas. Os participantes do estudo tiraram partido das suas próprias experiências como sobreviventes de suicídio para a realização do estudo. Nos resultados, encontrou-se que houve redução no processo de estigmatização de pessoas portadoras de patologias físicas tais como câncer, tuberculose e doenças cerebrais, epilepsia, esclerose múltipla e, em menor escala, também em relação às doenças mentais. Contudo, a pessoa que tentou o suicídio continuou sendo alvo de grande preconceito (SUDAK et al., 2008).

As tentativas de suicídio são fenômenos frequentes nas emergências hospitalares e podem gerar um misto de conflito e incompreensão em alguns profissionais. A ausência de preparo quanto ao cuidado, falta de habilidade no trato com as pessoas e as situações adversas para as quais não houve uma adaptação ou prévio preparo para vivenciá-las, podem se tornar um expediente conflitivo entre o profissional e a situação factual com a qual precisa lidar, mas especificamente o cuidar de uma pessoa que tentou o suicídio.

Recentes estudos revelam que o suicídio ainda é visto como uma agressão à sociedade e não somente ao indivíduo que o tentou. Analisaram-se situações em que alguns profissionais de saúde em atitude paradoxal ao seu lema perseguido, o de salvar vidas, negam-se (ou dificultam) a cuidar de quem tentou matar-se.

A forma pela qual os profissionais concebem o fenômeno suicídio é evidenciada pela comunicação, pois é através dela que serão transmitidos os sentimentos de empatia, solidariedade e aceitação. Ressaltando que os sentimentos de rejeição poderão ser expressos também através da comunicação (IGUE; ROLIM; STEFANELLI, 2002).

Ressalta Fairbairn (1999) que a forma como a educação foi proporcionada e os fatores que compuseram essa educação, incluindo os contextos religioso e cultural, podem influenciar a maneira como pensamos a respeito do dano pessoal e também do suicídio. A consequência do profissional de saúde levar para a sua prática profissional sua maneira de pensar é o risco de não se conduzir adequadamente no trabalho dependendo do grau de desinformação e incompreensão a respeito da temática.

Eis uma questão que tem se mostrado presente em vários países e originado diversos estudos tanto qualitativos quanto quantitativos com a finalidade de compreender determinadas atitudes desfavoráveis de alguns médicos e enfermeiros em relação aos pacientes de tentativas de suicídio. As pesquisas não tendem a generalizar as atitudes indevidas de alguns profissionais, mas visam dar visibilidade e situar alguns dos problemas e implicações que decorrem desses atos com a intenção de buscar a resolução para a problemática. Muitas são as pesquisas que visam conhecer a representação social e a concepção dos profissionais de saúde acerca do suicídio; são realizadas em vários lugares no mundo e indicam o pensamento e o comportamento inadequado de muitos profissionais da saúde frente à tentativa de suicídio.

Um estudo realizado na Grécia por Ouzouni e Nakakis (2009) indicou que as atitudes desfavoráveis existentes entre os médicos e enfermeiros em relação aos pacientes de tentativa de suicídio têm um impacto negativo sobre a qualidade do cuidado que recebem¹.

No continente asiático, Sun, Long e Boore (2007) elaboraram um estudo quantitativo em sete grandes hospitais no centro de Taiwan com o objetivo de investigar as atitudes de enfermeiros para com os pacientes que tentaram o suicídio. O estudo apontou a necessidade de se promover a educação sobre os aspectos do suicídio com a finalidade de fomentar atitudes mais positivas em relação aos pacientes que tentaram o suicídio.

No Brasil, em diversos Estados, várias pesquisas foram realizadas trazendo a lume informações sobre a relação entre os profissionais e as pessoas que tentaram o suicídio.² As informações obtidas não são díspares quanto à necessidade de se promover a capacitação

¹ OUZOUNI.Christina;NAKAKIS.Konstantinos. Attitudes towards attempted suicide: The development of a measurement. Vol.3, issue 4 2009 . p. 222-31 “research evidence has indicated that unfavorable attitudes among doctors and nurses exist towards attempted suicide patients, which have a negative impact upon the quality of care they receive.” (texto original em inglês) disponível em: <http://www.hsj.gr/volume3/issue4/345.pdf>. Acesso em 01/11/2010

² Atualmente, no Brasil encontra-se crescente a produção de dissertações e teses sobre o fenômeno suicídio.

profissional para o atendimento a tentativas de suicídio, todavia, demonstram que além da incipiência de informação/formação, há existência de estigmatização e preconceito para com as pessoas que demandam atendimento por tentativa de suicídio.

Ximenes (2004) observou que o paciente atendido por ingestão de chumbinho, é considerado pelos técnicos de enfermagem como um não cooperativo, pois há a necessidade de ser dada a medicação em pequenos intervalos de tempo e em espaços curtos por várias vezes, podendo ser de dez em dez minutos. A autora, ainda observou alguns comportamentos, citando a ridicularização do paciente e a atitude de tratá-lo de uma forma como se ele não tivesse presente.

Botega et al. (2005) apontaram, ainda, que “a atitude negativa em relação ao comportamento suicida, frequentemente relatada, pode ser mais o resultado da falta de conhecimento e incerteza do que a verdadeira hostilidade para com o paciente” (BOTEGA et al., 2005 p. 217).

Corroborando com essa afirmativa, ressalta Quental (2008) que a desinformação dos profissionais de saúde com relação à questão do suicídio, tem perpetuado uma abordagem inadequada da questão. Expõe, Machin (2009), que a pessoa que tentou o suicídio não é vista como doente, tampouco, como vítima, pois, tal atitude é percebida pelos profissionais da saúde como uma atitude carregada de intencionalidade, resultado de uma escolha, o que acarreta a não identificação de doente ou vítima a demandar cuidados. Para Angerami-Camon (2004, p. 163) “A Medicina é considerada a arte de manter acesa a chama da vida. E todos aqueles que direta ou indiretamente atentam contra a própria vida, estão muitas vezes, na visão dos profissionais de saúde, atentando igualmente contra o princípio norteador da Medicina”.

Nesse contexto, afirma Botega (2000), que os preconceitos em relação ao suicídio podem conduzir a equívocos na avaliação da situação clínica do paciente e na proposta do tratamento. O autor traz a lume uma obscura situação que se faz importante ser transcrita:

“Veja se da próxima vez você se mata mesmo! É uma frase, pensamento, bastante frequente quando uma pessoa se autoagride. Revela o impacto que os atos suicidas têm sobre a equipe de saúde, provocando sentimentos de franca hostilidade e rejeição” (BOTEGA, 2000, p. 158).

O autor alega, ainda que “há também o perigo de se valer de um julgamento pessoal subjetivo para decidir sobre a vida de alguém” (BOTEGA, 2000, p. 158).

Nesse contexto, questiona-se sobre a possibilidade de sobrevir esse julgamento em decorrência de situações concomitantes do dever de prestar o socorro a uma pessoa em estado grave a qual é trazida para atendimento, sendo uma vítima de algum fator externo involuntário

e, a outra pessoa que se encontra também em estado grave, necessitada de atendimento por um motivo voluntário de tentativa de suicídio, sendo a causadora da auto lesão.

Nesse sentido, Estellita-Lins, Oliveira e Coutinho (2006 p. 156) observam que:

Não se deve julgar uma tentativa de suicídio, pois ao tentar separar aqueles que tentam daqueles que completam o ato, pode-se incorrer em negligência com graves consequências... O clínico atento e bem treinado considera qualquer tentativa ou intenção, por mais ingênua que se mostre, como fato relevante, sem prejudicar o ato em si ou potencial letal que qualquer situação crítica comporta. Qualquer tentativa atual ou pregressa, deve servir de alerta para o profissional que está cuidando do paciente.

Nesse contexto, vários estudiosos se debruçaram sobre essa questão e instrumentos foram criados para mensurar/avaliar as atitudes referentes ao fenômeno suicídio e a atitude dos profissionais de saúde no atendimento a essa situação. Apontam Botega et al. (2005) que dois instrumentos são usados com frequência para avaliar as atitudes com relação ao suicídio: o Suicide Opinion Questionnaire (SOQ)³ e o Suicide Attitude Questionnaire (SUIATT)⁴. Afirma, ainda, que ambos enfocam sobre as atitudes referentes ao suicídio.

No tocante às atitudes dos profissionais de saúde para com as pessoas que tentaram o suicídio, Botega et al. (2005) elaboraram uma escala de avaliação sobre a atitude frente ao comportamento suicida, denominada de Suicide Behaviour Attitude Questionnaire - SBAQ, (ou Questionário de Atitudes em Relação ao Comportamento Suicida - QuACS) que mede as atitudes do pessoal de enfermagem em relação aos suicidas e verifica as diferenças de atitude entre esses profissionais. A escala com 21 itens estrutura-se a partir de três bases (fatores): Sentimentos diante do Paciente, Capacidade Profissional e Direito ao Suicídio (BOTEGA et al., 2005).

³ Para maiores detalhes e informações sobre (SOQ) *Suicide Opinion Questionnaire*, ver: Domino G, Moore D, Westlake L, Gibson L. Attitudes towards suicide: a factor analytic approach. *J Clin Psychol.* 1982;38(2):257-62.

⁴ Sobre o Suicide Attitude Questionnaire (SUIATT), ver: Diekstra RFW, Kerkhof ALFM. Attitudes towards suicide: the development of a suicide-attitude questionnaire (SUIATT). In: Diekstra RFW, Maris R, Platt S, Schmidke A, Sonneck G, editors. *Suicide and its prevention: the role of attitude and imitation.* Leiden: Brill; 1993. p. 91-107.

3 O CUIDADO

O cuidado destina-se a assegurar a continuidade da vida e a recuperação da saúde. O ato do cuidado passou por um processo de profissionalização sendo um atributo dos profissionais de saúde. Segundo Donabedian (1980) as atividades realizadas no contato entre médicos e paciente são chamadas processo de cuidado. A qualidade desse cuidado pode ser avaliada segundo diferentes perspectivas. O manejo clínico de um episódio de doença pode ser dividido em dois domínios: o técnico e o interpessoal. O domínio técnico abrange a aplicação da ciência e da tecnologia da medicina à administração de um problema pessoal de saúde. O domínio interpessoal, ou seja, a relação interpessoal, refere-se à administração da interação social e psicológica entre o paciente e os profissionais de saúde. O autor reforça que neste ponto torna-se menos simples definir o que é boa qualidade, sendo necessário buscarmos os valores e normas que governam a interação dos sujeitos na sociedade, para, em relação a estes, definirmos critérios de qualidade das relações interpessoais.

Para Pinheiro (2009a), o cuidado se traduz no ato de tratar com qualidade e resolutividade os problemas dos pacientes, possuir atitude de respeito, acolher e compreender o sofrimento do ser humano que de uma forma bastante significativa é oriunda de uma fragilidade social. Pinheiro (2009b) destaca que a integralidade é uma dimensão do cuidado em saúde, que deve se fazer presente nas práticas de saúde. A escuta dos sujeitos, a relação de intersubjetividade dos mesmos e o acolhimento são componentes constitutivos inerentes à integralidade e o cuidado não pode se limitar somente às competências técnicas.

Para Ayres (2004), quando se fala em cuidado humanizado ou integral se faz uma alusão ao complexo de princípios e estratégias que direcionam ou devem direcionar a relação entre o paciente e o profissional que lhe atende. Ayres (2004) enfatiza que, para que exista uma verdadeira relação de cuidado, é muito importante que se estabeleça o diálogo. Corroborando com a opinião de Ayres, Costa (2004) observa que o diálogo é um fator importante no cuidado e afirma que o processo vinculado à história de vida do indivíduo, da família e da sociedade pode constituir um fator para o desencadeamento da perda do equilíbrio da saúde, esclarecendo, assim, que o fator doença não se constitui somente como um fator médico-biológico.

O cuidado integral tem como componentes constitutivos a relação de intersubjetividade, a escuta dos sujeitos e o acolhimento. “O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética” (BRASIL, 2009a, p. 17).

Nesse sentido, Abdo (1996) argumenta que nas relações entre o médico e o paciente está presente o aspecto psicossociológico da comunicação, isto é, existem duas ou mais personalidades envolvidas numa mesma situação e que debatem sobre as significações. A autora elucida que cada comunicante tem a sua história pessoal a qual engloba uma série de fatores singulares a cada indivíduo, dentre os quais: o sistema de motivação, o estado afetivo, o nível intelectual e social, como também os papéis psicossociais, que influenciam na emissão e recepção das mensagens e que a comunicação entre interlocutores depende da maior ou menor disponibilidade destes para a comunicação.

3.1 O MODELO BIOMÉDICO E O CUIDADO HUMANIZADO E ÉTICO

Abraham Flexner, educador, graduado na universidade de Johns Hopkins em 1886, escreveu o livro: *The American College: a Criticism*, fazendo uma crítica ao sistema educativo norte americano, cuja publicação resultou em um convite de Henry S. Pritchett, o então presidente da Carnegie Foundation, para realizar um estudo sobre a educação médica nos Estados Unidos e Canadá (PAGLIOSA, DA ROS, 2008) Deste estudo surgiu o relatório Flexner⁵, que resultou na consolidação de um modelo hegemônico de prestação de serviço na esfera da saúde “voltado para a assistência à doença em seus aspectos individuais e biológicos, centrados no hospital, nas especialidades médicas e no uso intensivo de tecnologias.” (SILVA JUNIOR, 2006, p. 28).

Esses procedimentos receberam denominações como: medicina científica, biomedicina e modelo flexneriano, pois, são práticas que enfatizam a doença e não o indivíduo que possui a doença. O paciente é destituído de sua individualização. Conforme Silva Junior (2006) o biologismo utiliza somente a ciência para instituir a chegada da doença, excluindo, assim todo o contexto social. Reduz o indivíduo apenas a um elemento biológico. O individualismo, onde o indivíduo é visto como um objeto, deferindo-o uma atitude a qual o aliena de sua vida e das questões inerentes aos aspectos sociais. E a especialização que foca o conhecimento científico em partes específicas, fragmentando-as. No modelo biomédico, o ser humano, em sua integralidade, não é analisado, é retirada do paciente a sua subjetividade e ele é tratado como uma enfermidade no homem ao invés de ser tratado como um homem com uma enfermidade.

Neste modelo não há a percepção sobre o homem, o ser humano, dotado de uma identidade, personalidade e sentimentos engendrando a imagem do corpo análoga a uma

⁵ Mais informações sobre o relatório Flexner em:
http://www.carnegiefoundation.org/sites/default/files/elibrary/Carnegie_Flexner_Report.pdf

máquina, decorrendo a despersonalização do ser humano. Boemer e Correa retratam a essência do modelo biomédico afirmando que “a racionalidade científica fragmenta e reduz o homem a portador de sintomas, sendo estes traduzidos em uma patologia que requer tratamento específico” (BOEMER, CORREA, 2003, p. 263) Passados cem anos, o modelo de ensino da medicina praticado em universidades brasileiras evidencia-se, ainda, sendo o flexneriano⁶, também denominado de modelo tradicional. Na atualidade, almeja-se a reformulação do currículo para um modelo centrado na integralidade.

No Brasil, em contrapartida, o Ministério da Saúde tem buscado uma mudança na ação tecnoassistencial na relação profissional/usuário, através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade. Para tanto, tem implantado diversos programas visando à humanização no âmbito da saúde.

O Programa Nacional de Humanização foi criado para enfrentar dificuldades relacionadas ao processo de cuidado, tais como a ausência ou pouca resolutividade nas relações de contato com o demandante de cuidado decorrentes de um prática baseada no modelo biomédico. Para o Ministério da Saúde, a Humanização refere-se a um trinômio: ética-estética-política. A inclusão da ética institui-se por dialogar com a atitude de diversos personagens atuantes, entre eles: os que demandam cuidados em saúde, gestores e trabalhadores da saúde comprometidos e corresponsáveis. A inserção da estética ocorreu pela compreensão de que a mesma se relaciona ao processo de produção de saúde, aos protagonistas e subjetividades autônomas. E, por último, a política, pelo motivo de se referir à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). O compromisso ético-estético-político da Humanização do SUS se constrói com os valores de autonomia e protagonismo dos autores envolvidos e da corresponsabilidade entre eles, também com a solidariedade dos vínculos estabelecidos, na existência do direito dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, [200?]b).

Além disso, a formação cultural familiar e social, pode apresentar-se, como um obstáculo na prática junto à pessoas que tentaram o suicídio, caso o profissional não tenha se apropriado ou recebido as noções humanísticas e teórico-conceituais sobre ética em seu curso

⁶ No ano em que o Relatório Flexner completou cem anos (1910-2010) a Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, o Grupo de Estudos História das Ciências da Saúde (GEHCsaúde), a Câmara de Ensino de Graduação da FCM/Unicamp e a Coordenadoria do Curso de Graduação em Medicina da FCM/Unicamp promoveram o Seminário "O relatório Flexner cem anos depois e suas repercussões no ensino em saúde" no Auditório da Faculdade de Ciências Médicas na data 17 e 18 de maio de 2010. A proposta é a de contribuir para a discussão desse tema e avançar nas propostas para a reformulação do currículo dos cursos de medicina. Mais detalhes em: http://prg.basico.unicamp.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=257%3A100cem-anos-do-relatorio-flexner&catid=35%3Aeventos&Itemid=151&lang=pt

profissionalizante ou formador. Como assinala Morin, o “Imprinting” é a marca indelével imposta primeiro, pela cultura familiar, e depois pela cultura social, que se mantém viva na vida adulta” (MORIN, 2005a, p. 302).

Daí, ser fundamental que o profissional compreenda a importância da vida, independente dos fatores comprometedores que tenham originado a demanda por cuidado pelo indivíduo, mesmo que tenha sido uma tentativa de suicídio. Para Bettinelli et al. (2004), o ato de compreender a significação da vida encontra-se na “capacidade de perceber e compreender o ser humano como ele está em seu mundo, como desenvolve sua identidade e constrói a sua própria história de vida” (BETTINELLI et al ,2004, p. 88).

No ato de cuidar do outro se faz necessário transpor o julgamento moral e o preconceito, haja vista, a situação desigual de compreensão da realidade e da resiliência para enfrentar os problemas impostos no cotidiano de cada pessoa.

Morin (2005b), indaga sobre como compreender a si mesmo e aos outros, e aponta que para haver a compreensão humana, devem existir três procedimentos, entendidos como: compreensão objetiva, subjetiva e complexa. A compreensão objetiva reúne em si informações referentes a um indivíduo desde um comportamento a uma situação. Esse procedimento aponta fatores necessários para o entendimento ampliado, indispensáveis a uma compreensão objetiva. A compreensão subjetiva permite por meio de *minesis*, ou seja, por projeção-identificação, resultado de uma compreensão de sujeito a sujeito, uma maneira de entender o que vive o outro ser, incluindo seus sentimentos, motivações e infortúnio. A compreensão complexa compõe-se das demais supracitadas, sendo ainda multidimensional com importantes fatores que tendem a não reduzir o indivíduo somente a um dos seus traços e atos, mas compreender o conjunto dos contextos e, concomitantemente, imaginar o psíquico, as atitudes e as ideias do outro e suas condições inerentes a sua condição social e cultural.

Oliviere (1985), debruçou-se sobre suas inquietações acerca do cuidado realizado de forma equivocada pelos profissionais de saúde, sem que estes compreendam a realidade vivenciada pelo paciente, e as trouxe a lume incutindo-as em uma dimensão humanizada do cuidado e contextualizando-as no formato indagação/reflexão. O autor questiona se estamos seguros de que compreendemos um doente em sua realidade e a sua existência tal como ela é. E se observamos, realmente, a significação que as coisas têm para esse indivíduo, incluindo o seu mundo, a sua estrutura basilar da experiência imediata, como também a realidade vivenciada por esse ser. Questiona, ainda, se estamos aptos a interpretá-lo à luz de nossas teorias e dos nossos conflitos e compleição, de acordo com a nossa realidade e com o nosso mundo, sem pensar no que se passa com esse ser humano que vivencia a sua temporalidade de

enfermo. Indaga, também, se podemos imaginar-nos vivenciando a situação do outro, ou seja, estar no lugar do outro, para interpretá-lo.

3.2 O CUIDADO COMO PREVENÇÃO, O HOSPITAL E O SERVIÇO DE EMERGÊNCIA

Souza (2010) propõe adoção de medidas de cuidado que visam à prevenção do suicídio. A prevenção primária estrutura-se em quatro eixos basilares: no primeiro, consta o acesso à informação, tendo como pontos propagadores os meios de comunicação, as escolas e os serviços de saúde. O segundo, refere-se a procedimentos mais rigorosos acerca das autorizações de posse de armas. O terceiro refere-se ao álcool, pelo motivo de ser um dos fatores relacionados à violência e a auto violência e o quarto eixo faz referência ao dever da venda disciplinada do carbamato (chumbinho e pesticidas). A prevenção secundária possui três eixos: o primeiro versa sobre o diagnóstico precoce de depressão e outros transtornos que estão relacionados às tentativas de suicídio, dessa forma, o tratamento pode reduzir a morte por suicídio. O segundo eixo diz respeito ao antidepressivo como uma forma eficaz na redução das tentativas, além de todas as medidas necessárias. O terceiro trata do atendimento integrado, ou seja, um atendimento que integre o setor de socorro imediato com o atendimento psiquiátrico. A prevenção terciária apresenta apenas um único eixo, contudo, reveste-se de uma substancial importância, pois trata da tentativa anterior, visto que, pessoas que tentam o suicídio tendem a reincidência. Nesse eixo, aponta-se a necessidade de cada emergência haver uma equipe com especialização em suicídio para realizar o atendimento inicial e, por conseguinte, o encaminhamento para um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou para um ambulatório especializado, para que haja uma continuação adequada ao tratamento.

Os dicionaristas Fernandes, Luft e Guimarães (1999) definiram o hospital como um edifício onde se recolhem e tratam doentes. O âmbito hospitalar é marcado pelas suas peculiares atividades: a de realizar o acolhimento, atender as mais diversas necessidades da população que demanda atendimento médico e de intervir entre a vida e a morte, muitas vezes, nos atendimentos nas emergências. Atentos a essas situações, Rego, Palácios e Siqueira-Batista, (2009) asseveram que os profissionais que atuam nas emergências precisam possuir tanto o preparo técnico para atuarem nas situações consideradas complicadas e percebidas como dramáticas por suas peculiaridades, quanto para lidarem com os aspectos morais referentes às mesmas.

O Ministério da Saúde (2004) apresentou um documento intitulado: *Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde*, onde elucida o acolhimento com avaliação e classificação de risco como dispositivo de mudança no trabalho da atenção e produção de saúde. Entre alguns objetivos, encontram-se: a melhoria do acesso dos usuários aos serviços de saúde, mudando, assim, a forma burocrática de entrada por filas e ordem de chegada e a relação entre profissionais de saúde e usuários alicerçadas na humanização, no que diz respeito à forma de escutar o usuário, tanto no que alude aos seus problemas quanto às suas demandas (BRASIL, 2004).

No tocante à tecnologia de avaliação com classificação de risco, o Ministério da Saúde pressupõe a agilidade no atendimento mediante a análise de um protocolo do grau de necessidade do usuário, proporcionando, dessa forma, a atenção centrada no nível de complexidade e não mais na ordem de chegada. Para tanto, apresentou-se, o conceito de classificação de risco: “É um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento” (BRASIL, 2004, p. 20). Sendo:

A classificação de risco se dará nos seguintes níveis: Vermelho: prioridade zero – emergência, necessidade de atendimento imediato. Amarelo: prioridade 1 – urgência, atendimento o mais rápido possível. Verdes: prioridade 2 – prioridade não urgente. Azuis: prioridade 3 – consultas de baixa complexidade – atendimento de acordo com o horário de chegada. (BRASIL, 2004, p.27).

Na classificação vermelha de risco, entre as situações que são encaminhadas diretamente à sala vermelha (emergência) encontram-se a “intoxicação exógena ou tentativa de suicídio com Glasgow abaixo de 12 [...] tentativas de suicídio” (BRASIL, 2004, p. 29). É importante ressaltar que quando há uma tentativa de suicídio, são os profissionais de saúde que atuam no setor da emergência de um hospital geral que prestam os primeiros atendimentos.

Seguindo a premissa de que as pessoas que tentaram o suicídio não retornam ao serviço de saúde até uma nova tentativa de suicídio e que as essas pessoas que tentam o suicídio têm maior risco maior de morrer por suicídio do que outras pessoas, a Organização Mundial da Saúde, entre outras estratégias de prevenção, elaborou o Projeto SUPRE-MISS tendo o protocolo de pesquisa (Estudo Multicêntrico de Intervenção no Comportamento Suicida), como uma parte integrante do projeto destinado a conscientização relativo aos problemas relacionados ao comportamento suicida, onde se delinearam estratégias de prevenção ao suicídio com o propósito de se evitar as recidivas. O projeto teve como

coordenador geral o Dr. José Manuel Bertolote e, como coordenador no Brasil, o Dr. José Neury Botega (OMS, 2001).

Fleischmann et al. (2008) realizaram um estudo randomizado controlado que teve por objetivo avaliar o resultado de uma intervenção breve e de contato na redução da mortalidade por suicídio entre as subsequentes tentativas de suicídio em países de baixa e média renda. Na pesquisa aplicou-se uma intervenção breve com uma entrevista motivacional, com o fito de motivar a pessoa ao tratamento, seguida de telefonemas incentivadores a prosseguir no tratamento de forma periódica durante 18 meses, efetuados sempre pela mesma pessoa que realizou a entrevista motivacional, haja vista, a precedente relação interpessoal estabelecida entre eles. O resultado do estudo apontou que o grupo que recebeu a intervenção teve um índice de mortalidade dez vezes menor do que o grupo que teve acompanhamento regular, porém, sem intervenção.

Diante dessas experiências e de aspectos teóricos que apontam para a necessidade de cuidado integral, vínculo dialógico e dimensão interpessoal, além da dimensão técnica, como forma de qualidade do cuidado, forma-se, uma construção discursiva que permite realizar uma integração de aspectos teóricos balizadores para a construção de um empreendimento educativo trazendo luz particularmente à sensibilização para o fenômeno suicídio e informações atuais a respeito desse fenômeno.

4 A FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

O conceito de formação profissional em saúde se constitui de processo ensino-aprendizagem referente aos conhecimentos necessários para exercer uma profissão regulamentada pelas normas legais que legitimam a educação técnica ou superior, com o fito de desenvolver a competência técnica e crítica, igualmente a conduta humanística, ética e solidariedade aos demandantes de cuidado com o intuito de qualificar o setor de saúde consequentemente às necessidades dos que buscam o sistema de saúde (BRASIL, 2009b).

No Brasil, a educação profissional em saúde iniciou no local onde se realizava o serviço, o hospital. Depois passou a ser ministrada nos centros de formação da secretaria de saúde, ocorrendo a institucionalização das Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) e, seguidamente, sendo regulada legalmente pela Lei nº. 9.394, de 20/12/1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional (RAMOS, 2009). O processo que levou à regulamentação da educação profissional em saúde foi iniciado alguns anos antes com implementações de políticas de educação que visavam as melhorias dos processos de formação dos profissionais de saúde.

Nos anos 1980, foi implantado o Projeto Larga Escala, “possibilitando estratégias que conduziram à visibilização de escolas formadoras e centros formadores do Sistema Único de Saúde (SUS)” (PEREIRA; RAMOS, 2006, p. 37). Em 1999, através da Portaria nº 1.262/GM, foi instituído o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFAE (BRASIL, 1999), elaborado a partir da necessidade de qualificar cerca de 225.000 trabalhadores da área de saúde em exercício no país. Grande número de trabalhadores que exerciam as ações de enfermagem não possuía sequer a escolaridade básica, o que ocasionava a dificuldade de ingressar em cursos de formação profissional existentes no mercado educativo (BRASIL, [200?]c). O Projeto apresentava a estrutura organizacional centralizada no Ministério da Saúde, e tinha sua execução de forma descentralizada em estados e municípios. O Ministério da Saúde implementou através da Portaria nº 198/GM, de 13/02/2004, a Política Nacional de Educação Permanente em saúde, “como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor” (BRASIL, 2004), visto a importância da conexão entre o ensino da saúde e a prática no serviço nesse setor. Nesse sentido, “A ‘educação permanente em saúde’ precisa ser entendida, ao mesmo tempo, como uma prática de ensino-aprendizagem e como uma ‘política de educação na saúde’” (CECIM; FERLA, 2009, p. 162).

A busca por mudanças reais e urgentes mesclada com o almejo por uma educação mais humanizada e uma sensibilização com eficácia, tanto na habilidade de educar quanto na prática do cuidado vem tornando-se cada vez mais intensa e evidente.

Para Silva e Sena (2008), os modelos de ensino dos profissionais de saúde necessitam de ser reformulados, sendo imprescindível a inserção de práticas pedagógicas com o objetivo de desenvolver a compreensão da integralidade como um pressuposto no decorrer da formação. Pereira (2009) enfatiza que “se jogamos fora o ideal de sensibilização na educação, priorizando apenas o conteúdo programático, deixamos de lado o espaço de uma formação orientada para o cuidado” e defende a inclusão de disciplinas das áreas humanas e sociais nos currículos do ensino técnico e graduação em saúde.

Estudo sobre tentativas de suicídio atendidas no setor de emergência de um hospital do Rio de Janeiro revelou que os profissionais não haviam recebido qualquer espécie de treinamento ao longo de suas vidas para lidarem com pacientes que tentaram o suicídio, referindo, não ao tratamento clínico, mas ao ato de cuidar e relacionar-se com eles (Ximenes, 2004).

Cancone apud Kovács (2003), sinaliza a preeminência do procedimento técnico em detrimento de uma formação mais humanista nos cursos da área da saúde, principalmente dos médicos e enfermeiros. Alega ainda que, no curso médico, as primeiras disciplinas destacam-se pela despersonalização dos conteúdos a serem apresentados e o primeiro encontro que o estudante terá na aula de anatomia será com um cadáver. Afirmou que tal situação causa sofrimento para alguns, entretanto, não é autorizada a expressão de sentimentos e, em consequência, pode ser observada com frequência as manifestações contrafóbicas evidenciadas nas atitudes de indiferença ou com piadinhas. Nogueira-Martins (2001) destaca o quanto a postura de alguns estudantes e professores apresenta ausência de compreensão sobre a natureza humana e também nas relações sociais, não sendo modelos positivos e estimuladores às atitudes valorizadoras da vida e da pessoa humana.

Os profissionais de saúde, especialmente os que estão inseridos no âmbito hospitalar, desenvolvendo suas funções, lidando com fenômenos como a vida e a morte, possuem uma gama de sentimentos complexos e distintos como anseios, sofrimentos e toda sorte de aflições inerentes ao ser humano. Contudo, o modelo tecnicista e fragmentado ao qual são submetidos no âmbito da educação e, após o término do curso, na maioria das instituições hospitalares tendem a silenciá-los, e pior, tendem a cristalizá-los nesse modelo. Igue, Rolim e Stefanelli (2002) apontam que os cursos de graduação preparam os profissionais de saúde para os atos de cuidar e salvar vidas e, nesse sentido, as palavras morte e suicídio somente são proferidas

quando há correlação com aspectos clínicos. A abordagem sobre o assunto é moldada sob a égide da forma técnica. Essa ótica, ausente de qualquer sentimento, se estende à morte e ao fenômeno suicídio mesmo quando estes se tornam um fato real.

Angerami-Camon (2004), destaca que os profissionais de saúde não tiveram em suas respectivas formações acadêmicas um espaço para abordar ou polemizar a questão da finitude. E, por conseguinte, inserem-se no pronto socorro sem nunca terem discutido o tema da morte e deparam-se com pessoas que tentaram o suicídio, buscando a auto exterminação como uma alternativa de findar os sofrimentos existenciais. A sedimentação teórico-prática acerca do suicídio precisa nortear a ótica dos profissionais da área de saúde para o fato de que o suicídio não constitui-se de um ato de covardia, tampouco, de heroísmo, mas sim, de um ato de desespero.

Nesse contexto, Nogueira-Martins (2006) adverte que em um ambiente de aprendizagem envolto em restrições, existindo críticas quanto à veiculação dos aspectos emocionais do aprendizado, o aluno apresentará resistências para discorrer sobre suas dificuldades e sentimentos. E, sobretudo, para “reconhecer em si alguns sentimentos não condizentes com os esperados de um profissional, por exemplo, o de não ter vontade de atender a um determinado cliente” (NOGUEIRA-MARTINS, 2006, p. 114).

4.1 ORIENTAÇÕES PARA O CUIDADO A PESSOAS QUE TENTARAM SUICÍDIO

A Organização Mundial da Saúde (2006b) preconiza que:

Para uma melhor compreensão e capacitação aos profissionais de saúde sobre os fatores de risco e métodos que são as questões-chave para prevenção do suicídio e intervenções eficazes, o setor de saúde deve iniciar programas de desenvolvimento pessoal em suicidologia provendo e ampliando os seus conhecimentos, habilidades, técnicas e estratégias de prestação de cuidados e, ainda, melhorar os serviços de emergência e os serviços de atendimento imediato de tentativas de suicídio, combinado com o encaminhamento e serviços de manutenção.

A OMS acredita que informando aos profissionais de saúde quanto à percepção e à abordagem adequada ao paciente com ideação suicida poderá reduzir o alarmante número de mortes ocasionadas por suicídio no mundo. Para mitigar a desinformação por parte dos profissionais de saúde em todo o mundo, a OMS elaborou cartilhas orientando como tratar, cuidar e manejar pacientes com ideação suicida, como o Manual para Médicos Clínicos Gerais, Manual para Profissionais da Saúde em Atenção Primária, Manual para Professores e Educadores - Suicide Prevention: Emerging from Darkness - What can be done? Mantém,

ainda, seu site o World Suicide Prevention – SUPRE com importantes informações sobre o tema.

Na França, a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados nos hospitais e nos consultórios destinados às pessoas que tentaram o suicídio, tornou-se uma meta a ser alcançada, não se poupando esforços para esse feito. Nesse intuito, foi criada pelo governo francês em agosto de 2004 a Hauté Autorité de Santé (HAS)⁷ que é uma autoridade pública independente nos domínios científicos, dotada de personalidade jurídica e autonomia financeira. Entre as suas responsabilidades, consta a de prover a qualidade do atendimento nas unidades de saúde e na assistência ambulatorial (HAS, 2010). Entre os relatórios apresentados pela HAS que apontam os resultados das auditorias clínicas focadas em temas específicos⁸, cumprindo o objetivo de avaliar as práticas profissionais para a certificação e acreditação dos estabelecimentos de saúde (2004-2005), encontra-se o seguinte tema: Os cuidados hospitalares das pessoas que tentaram o suicídio (HAS, 2007). A HAS publicou em seu site recomendações de boas práticas, entre as quais “cuidados hospitalares de adolescentes após uma tentativa de suicídio”. Essa recomendação tem como alvo os adolescentes e jovens que tentaram suicídio com idades entre 11 e 25 anos (HAS, 2006). Trata-se de elucidar sobre o acolhimento na emergência hospitalar, levantando questões como princípios gerais de gestão de adolescentes que tentaram o suicídio, como ampará-los no momento da chegada, nos exames físicos, na avaliação psicológica, social e após o atendimento de emergência havendo um acompanhamento posterior. O principal objetivo desse documento é proporcionar aos profissionais de saúde uma síntese das evidências científicas existentes, tendo, ainda, o propósito de auxiliar decisões, definindo as situações adequadas e inadequadas e apontando questões controversas e incertas. Nas recomendações concernentes ao assunto suicídio, existe também um item dirigido ao público intitulado “crise suicida: reconhecimento e manejo”⁹. O objetivo é oferecer às pessoas conhecimentos para que possam identificar uma crise suicida e saber que atitude tomar nessa situação. Aposta-se que a educação e a capacitação constituem fatores importantes para atenuar (e até extinguir) situações negativas.

Em 2009, a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal lançou um manual para atendimentos às vítimas de violência na rede de saúde. Neste manual há um capítulo específico intitulado “atendimento às situações de risco ao suicídio” que questiona por que o

⁷ Para mais considerações sobre Hauté Autorité de Santé, ver: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/j_5/accueil

⁸ Para conhecer o rol de temas: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_467073/rapports-d-audits-cliniques-cibles-acc-2004-2005?portal=c_63456

⁹ Essa recomendação encontra-se disponível em:

<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suicilong.pdf>

profissional de saúde não acredita que aquele que tenta suicídio não quer morrer. A resposta aponta que “o pouco entendimento acerca do suicídio gera concepções distorcidas (crenças) que interferem no atendimento integral e podem levar a consequências fatais.” (VILELA, 2009, p. 36).

4.2 CAPACITAÇÕES PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE O TEMA SUICÍDIO: ALGUMAS INICIATIVAS BRASILEIRAS

4.2.1 Projeto ComViver: Um Componente da Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio

O Projeto ComViver, uma Organização Não-Governamental (ONG), foi idealizado por Dr. Carlos Felipe d'Oliveira. Esta iniciativa intencionou realizar capacitações de profissionais da rede pública de saúde, na temática suicídio, em especial os que efetuam atendimentos de emergência, incluindo o SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e profissionais do Corpo de Bombeiros. O projeto que integra as ações propostas pela Estratégia Nacional de Prevenção de Suicídio do Ministério da Saúde visava realizar oficinas de capacitação de profissionais objetivando um atendimento de qualidade nos casos de tentativa de suicídio, onde as temáticas da morte e do suicídio seriam abordadas de uma maneira reflexiva, vislumbrando as experiências profissionais e da vida dos participantes, priorizando-se a troca de experiências e reflexões sobre esses temas, haja vista, que seria utilizada a vivência como um recurso ou instrumento de aprendizagem, com o intuito de propiciar um ambiente em que fosse possível uma dinâmica que produzisse sentimentos e reações perante as pessoas que se está atendendo.

A metodologia que seria utilizada para tanto teria uma dinâmica com trabalhos em grupo desenvolvidos de acordo com temáticas elencadas em três blocos, com assuntos que se inter-relacionavam da seguinte forma: preparação dos profissionais de saúde para entendimento da questão do suicídio, os instrumentos para trabalhar as pessoas em crise e o risco de suicídio e a oficina de trabalho. Esta oficina visava construir significações e sentidos pautados na ética, objetivando alcançar uma possibilidade de ampliação da sensibilidade do profissional de saúde, não somente para com o paciente, mas também junto a seus familiares.

No item contextualização do problema seriam abordadas, de forma bastante objetiva, maneiras de elucidar os problemas e apontadas várias situações desde a questão cultural de ignorar, ocultar e negar a morte até o prolongamento da vida por via da medicalização e uso de tecnologias. Seriam apontadas, ainda, situações delicadas, como os sentimentos dos

profissionais de saúde desencadeados pela morte, trazendo à baila, alguns casos em que o funcionamento mental do profissional o conduz a uma atitude que visa, essencialmente, evitar um contato com a finitude, como a frieza e o distanciamento do paciente, evidenciando neste comportamento de defesa o intuito de evitar o próprio sofrimento.

Vale ressaltar que, nesse item, explicar-se-ia que os mecanismos de defesa adotados pelos profissionais de saúde podem fazê-lo perder o contato com a realidade. No que concerne ao tema suicídio, haveria a contextualização de um grave problema: a desinformação dos profissionais de saúde acerca das questões do suicídio e, principalmente, das situações de tentativas, vem perpetuando uma abordagem inadequada do problema pelos profissionais de saúde. Alertaria, ainda, que as tentativas de suicídio são tidas como ameaças que não irão se concretizar e tendem a ser vistas como atitudes históricas. Apontaria, também, que essa percepção gera práticas desumanizadas por parte da equipe de saúde principalmente quando se trata de um risco mínimo ou nulo de vida.

A abordagem da questão do suicídio e dos sobreviventes se daria de forma estruturada com o propósito de melhor tratar o assunto, principalmente para os profissionais de saúde não especializados nessa temática. No item da preparação dos profissionais de saúde no atendimento da questão dos suicídios as seguintes questões seriam debatidas em grupo: contextualização histórico-cultural da morte e do morrer, elucidando que há diferentes olhares sobre a morte; o lidar com os limites, versando sobre os fatores extremos, como as reações diante da morte de um paciente e sobre a falta de acolhimento e compreensão por parte da equipe de saúde perante o ato violento de uma tentativa de suicídio. Esse tópico visava trabalhar também a superação de dilemas como a onisciência e a onipresença que podem afligir os profissionais de saúde.

A questão dos ideais equivocados em relação ao suicídio apontaria preconceitos comuns acerca do suicídio e tentativas, trazendo algumas frases tidas como verdadeiras para serem analisadas conforme os conhecimentos contemporâneos sobre a temática. Alertou-se, ainda, que há o perigo do profissional de saúde decidir suas ações de fazer ou deixar de fazer motivado por julgamento pessoal. Vale ressaltar, que nesse item se elucidaria que o comportamento suicida poderia provocar sentimentos de rejeição e de hostilidade que possivelmente impediriam o profissional de observar o suicídio como um extremo em uma trajetória de vida infeliz.

Nota-se, ainda, que há na metodologia, o objetivo de que, com a aquisição de informações contemporâneas ocorra uma transmutação de alguns sentimentos preconceituosos e de atos hostis que ainda transcorrem em algumas práticas. Para esse feito,

para cada frase preconceituosa enunciada há um esclarecimento a lume do conhecimento atual.

Outra questão apontada é a dos grupos de risco de suicídio, que incluem os deprimidos, os que tentam o suicídio, os que têm a ideia ou ameaçam suicidar-se, os sobreviventes, os sujeitos vulneráveis em situação de crise. O texto alerta ainda para o fato de que algumas situações podem aumentar o risco desses grupos. São situações referentes às fases da vida como: a infância, violência familiar, a morte de uma pessoa significativa, questões referentes à adolescência, à fase adulta e à terceira idade.

O segundo bloco teria a finalidade de apresentar os instrumentos para o trabalho com pessoas em crise e em risco de suicídio. Nele seriam apresentadas sugestões acerca da maneira de abordar e dialogar com as pessoas que se encontram em situação de consternação extrema e com seus familiares. As questões trabalhadas seriam: o contato inicial, o tempo necessário, o ouvir, como se comunicar, como não se comunicar, o que fazer, o que não fazer e os recursos de apoio aos sobreviventes.

O terceiro bloco seria constituído das orientações sobre a oficina de trabalho, elencando os seguintes itens: o que é uma oficina de trabalho, como se prepara uma oficina de trabalho, o grupo, passo a passo para construir e organizar o grupo e a oficina, analisar a demanda, montagem do grupo.

Foi afirmado que, o trabalho realizado em grupo, constitui um ponto essencial, visando à criação de estratégias de suporte com o intuito de promover um melhor exercício das práticas laborais de atenção aos pacientes. Sugeriu-se que o número ideal para uma oficina é de 15 a 20 participantes, adicionando dois coordenadores para revezarem no trabalho de grupo. Os principais conteúdos a serem trabalhados na dinâmica de grupo seriam: a contextualização histórica proporcionando o debate e relatos dos participantes, contando ainda, com distribuição de textos sobre a temática;

No item, “Lidando com o limite”, preconizou-se a atividade de reflexão e auto-observação, feita através da solicitação ao participante de que identificasse situações difíceis que tenha vivenciado e que o tenha feito se sentir incapaz de ajudar ou mesmo culpado perante o paciente. Desse modo, o participante poderia reconhecer não ser o único a ter dificuldades e poderia, assim, auxiliar a elaboração de novas formas de analisar e lidar com as situações apresentadas. (BARBOSA, 2006).

No item “Ideias equivocadas sobre o suicídio” seria apresentada uma lista de ideias e mitos acerca do fenômeno suicídio e discutiu-se a pertinência ou não de cada uma das frases apresentadas. No final da atividade se deveria elaborar uma nova lista de frases sobre o

suicídio com os resultados da discussão; no item “Grupos de risco de suicídio” debateu-se a identificação das pessoas em risco de suicídio; “Como atuar em uma crise” promoveu a reflexão do grupo no tocante ao modo de interagir com o paciente, utilizando-se situações baseadas em fatos da experiência do profissional participante do grupo de trabalho e o apoio à família (BARBOSA, 2006).

A consideração final do documento expressa a afirmativa de que se espera que o mesmo seja um instrumento que facilite a construção de estratégias e meios para interagir com os pacientes que tentaram o suicídio e com seus respectivos familiares nos serviços de saúde. Ressalta, ainda, que é importantíssimo multiplicar essas discussões na rede de saúde onde há atenção de urgência e emergência para que os casos de tentativas de suicídio recebam adequadamente o atendimento e acompanhamento.

4.2.2 Outras Iniciativas Regionalizadas

Foram encontradas capacitações para profissionais de saúde que lidam com pacientes com risco de suicídio ou tentativa de suicídio em três regiões do país. Na região nordeste, no estado do Piauí (município de Oeiras) e em Sergipe; na região sudeste, nos estados do Rio de Janeiro (em sua capital) e São Paulo (na capital e no município de Campinas); e região sul, no Rio Grande do Sul (Porto Alegre e município de Bento Gonçalves).

4.2.2.1 Região Nordeste

No Estado do Piauí, o Núcleo de prevenção do suicídio, foi criado pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Oeiras, em abril de 2010. A criação do núcleo ocorreu através de um projeto aprovado pelo Ministério da Saúde. O núcleo se propôs a realizar a capacitação dos profissionais de saúde em duas etapas. A primeira visou capacitar os profissionais da área de enfermagem, os profissionais da saúde mental e os assistentes sociais. A segunda voltou-se para a capacitação de agentes comunitários de saúde e médicos. Esse núcleo objetiva também desenvolver meios para que a população tenha acesso ao conhecimento acerca das questões referentes ao suicídio e às tentativas, visando à realização da prática de prevenção. Dessa forma, o núcleo tem em vista levar informações às escolas e igrejas dos bairros (PIAUI, 2010).

Segundo Menezes (2011), em Sergipe, foi criado, pelo o serviço de Psicologia do Hospital de Urgência de Sergipe (Huse), o Projeto Salva Vidas: Tentativa de Suicídio, tendo o objetivo de realizar a quantificação dos dados, promover a sensibilização e qualificar o

cuidado quanto às tentativas de suicídio. Há seis meses em funcionamento, o acompanhamento estende-se até a alta do paciente e, nos casos mais graves, ocorre o encaminhamento para a Urgência Mental do Hospital São José.

4.2.2.2 Região Sul

Em Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul, ocorreu em 2010 no Centro Científico Cultural Mãe de Deus, o treinamento que consistia na avaliação das atitudes suicidas, apresentando o tema Comportamento Suicida: Impacto na Saúde Pública, avaliação e manejo ao risco de suicídio e estratégias de prevenção do suicídio. O treinamento faz parte de uma estratégia conjunta com a Secretaria de Saúde e foi ministrado pelo psiquiatra Ricardo Nogueira, o psiquiatra Neury José Botega (Universidade de Campinas - UNICAMP)¹⁰ e Blanca Welang (Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUC-RS).

Essa capacitação continua sendo oferecida pela Universidade Corporativa Mãe de Deus, tendo como público alvo os profissionais da rede básica e os profissionais da área de saúde em geral. A realização ocorre gratuitamente no auditório do Hospital Mãe de Deus (UNIVERSIDADE CORPORATIVA MÃE DE DEUS, 2010).

No Município de Bento Gonçalves, no Estado do Rio Grande do Sul, foi realizada, em 2011, a II Oficina do Projeto Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio, com a finalidade de discutir as questões referentes ao suicídio, desde os temas sobre a vigilância, assistência e práticas de prevenção no estado do Rio Grande do Sul (RIO GRANDE DO SUL, 2011).

Estiveram presentes nesta II Oficina representantes de 18 municípios gaúchos. O público alvo constituiu-se dos profissionais de saúde de várias áreas como: saúde mental, vigilância em saúde, profissionais que atuam nas urgências atendendo diretamente as pessoas que tentam o suicídio e os seus respectivos familiares. Vale ressaltar que a oficina foi dirigida também aos profissionais da segurança pública.

4.2.2.3 Região Sudeste

No Estado do Rio de Janeiro foi realizada, em outubro de 2008, pelas gerências de ações contra a violência e de saúde mental (atuais Áreas Técnicas de Ações contra Violência – ATAV e de saúde mental, respectivamente) uma capacitação para profissionais de saúde no sistema de vigilância de atenção às tentativas de suicídio/suicídio. A capacitação teve como responsáveis a psicóloga Claudia Aguiar e Maria Teodoro Rufino da área técnica de ações

¹⁰ Professor Titular do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Coordenador da Comissão de Prevenção de Suicídio da ABP.

contra a violência e Francisco Sayão da área técnica de saúde mental. Esta capacitação teve o objetivo de ampliar o sistema de vigilância conforme a resolução da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro – SES/RJ nº 3051, de 11/07/2006, que inclui a capacitação para a notificação das tentativas de suicídio, bem como a formação de rede para a assistência às vítimas e suas respectivas famílias (AGUIAR et al., 2008).

O procedimento realizado para fazer os convites, foi o de solicitar às coordenações de saúde mental que enviassem um levantamento das unidades de emergência dos municípios que prestam atendimento às tentativas de suicídio e da rede de saúde mental que dá continuidade ao seu tratamento.

Foi recebido o levantamento dos Municípios e, por conseguinte, realizaram-se os convites. Do evento participaram representantes dos seguintes municípios: Rio das Ostras, São Pedro da Aldeia, Iguaba Grande, Paraíba do Sul, Três Rios, Conceição de Macabu, Piraí, Volta Redonda, Nova Friburgo, Cordeiro, Macuco, Cantagalo, Teresópolis, Magé, São Gonçalo, Duque de Caxias, Tanguá, Niterói e Rio de Janeiro.

Houve, também, a participação de alguns dos profissionais dos hospitais de emergência da rede Estadual. Entre essas instituições estão: Hospital Estadual Carlos Chagas, Hospital Estadual Azevedo Lima, Hospital Estadual Adão pereira Nunes, Hospital Estadual Albert Schweitzer, Hospital Estadual Getúlio Vargas, Hospital Estadual Pedro II.

Essa capacitação abordou os seguintes temas: Suicídio e relação com transtornos mentais, principais sintomas e sinais de alerta; Histórico do Sistema de Vigilância do Estado do Rio de Janeiro e o mapeamento realizado pelos municípios; Ficha de notificação e seu fluxo: ampliar o sistema e garantir a atenção; Sistema de informação: Bancos de dados (AGUIAR et al., 2008).

Ainda no Estado do Rio de Janeiro, em novembro de 2010, a ATAV promoveu o Seminário de Atenção às Tentativas de Suicídio/Suicídio: Vigilância e Cuidado, com o objetivo de trazer a lume questões inerentes ao cuidado e à vigilância acerca das tentativas de suicídio/suicídio. O evento, apesar de ser uma capacitação, foi elaborado de maneira diferenciada, teve um formato de Seminário, com o intuito de ampliar o público alvo, visando a beneficiar também aos estudantes da área de saúde com informações científicas atuais e promover a sensibilização para as práticas de atendimento às tentativas de suicídio/suicídio.

O evento contou com a presença de 22 participantes. Além dos palestrantes oriundos de unidades de pronto atendimento do Estado do Rio de Janeiro, contou ainda, com pesquisadores de diferentes áreas como: saúde mental, comunicação social, serviço social e membros do Centro de Valorização da Vida (CVV).

Apesar de o evento ter ocorrido em um momento de ondas de violência e vandalismo, que ocasionou um caos urbano, principalmente no centro do Rio de Janeiro, por um período de aproximadamente uma semana, a presença desses participantes demonstrou o forte interesse na busca pelo conhecimento, capacitação e informações atuais como uma ferramenta para lidar com o fenômeno suicídio em suas práticas profissionais.

Nos assuntos abordados, preponderaram as questões sobre o cuidado, tendo os seguintes temas em ordem de apresentação:

- a) Tentativas de suicídio registradas pelo Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas – SINITOX, nos últimos 10 anos;
- b) Comportamento suicida: Magnitude e avaliação de riscos;
- c) Condutas clínicas com pacientes após tentativa de suicídio: intervenções em situações de crise;
- d) Consolidações das notificações e tentativas de suicídio/suicídio dos Hospitais de Emergência de Estado do Rio de Janeiro - os últimos quatro anos;
- e) Estudos e projetos que apresentam a eficácia sobre a capacitação profissional destinada à sensibilização e ao enfrentamento do suicídio no Brasil. (AGUIAR, 2010)

Outra experiência interessante, no Rio de Janeiro, foi a realizada pelo “Grupo de Pesquisa PrevSui”, coordenado pelo Dr. Carlos Estellita-Lins, por meio do qual se ministrou capacitação aos profissionais de saúde do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz – ENSP/FIOCRUZ no sentido de contribuir para a formação dos profissionais da atenção básica para a prevenção do suicídio. A capacitação foi ministrada em duas ocasiões – maio e junho de 2011. A primeira foi realizada na forma de uma sessão científica, sendo ministrada uma palestra enfatizando importância de dar visibilidade a essa temática, apresentando dados epidemiológicos, alertando sobre a relação entre doenças crônicas e o risco de suicídio, do risco e sobre a questão das recidivas. Foi, ainda, elucidada a relação entre o suicídio e transtornos mentais na saúde básica, bem como os protocolos de avaliação e cuidado a nível ambulatorial e de internação. A importância do papel da informação e da educação também foi abordada, objetivando a redução do estigma. A segunda atividade foi treinamento teórico e prático para os residentes de medicina e seus preceptores em Saúde da Família, voltado para a intervenção em pacientes em crise e em risco de suicídio na atenção básica. Além de exposições teóricas, discussão e análises de casos houve treinamento para uso de escalas de avaliação de risco de suicídio, com ênfase nas escalas SadPersons e SSI-Beck. Por fim, foi

disponibilizado aos participantes material educativo elaborado pelo grupo de pesquisa PesqSui (BRASIL, 2011).

No município de São Paulo, pela Universidade de Campinas - UNICAMP, no ano de 2004, realizou-se o projeto “Levantamento do Perfil das Tentativas de Suicídio e Avaliação de um Programa de Seguimento”. Para sua realização, houve uma prévia capacitação com, a duração de 18 horas, para 50 profissionais da saúde mental. O projeto constituía-se no monitoramento do tratamento de pessoas que haviam tentado o suicídio, realizando uma busca, se necessária, ao longo de um período de seis meses. Esta avaliação foi realizada com os casos atendidos nos prontos socorros de hospitais públicos oriundos das subprefeituras de Sé e do Jabaquara (UNICAMP, [20??]).

Em 2003, foi realizado no Hospital das Clínicas da Universidade de Campinas – HC-UNICAMP, no município de Campinas, o “Estudo de Intervenção junto à Equipe de Enfermagem para Prevenção do Comportamento Suicida” que, constituiu-se, em um treinamento destinado aos profissionais de enfermagem que trabalhavam nas enfermarias. O acompanhamento dessa ação deu-se por meio de avaliações das atitudes dos profissionais no tocante ao comportamento suicida, antes, três meses e seis meses após o curso (UNICAMP, [20??]).

Também na UNICAMP, recente estudo revelou uma mudança positiva dos profissionais de saúde quanto ao suicídio e, por conseguinte, uma forma preventiva de recidivas, através de capacitação dos profissionais de saúde. Esse estudo consiste na tese defendida por Cais (2011) tendo como orientador, o Dr. José Neury Botega e discorreu sobre prevenção do suicídio, especificamente, sobre as estratégias de abordagens no tocante à prevenção do suicídio aplicadas no município de Campinas, Estado de São Paulo, que implementou duas estratégias, recomendadas pela Organização Mundial da Saúde, que versam sobre a capacitação de equipes de saúde e sobre o estímulo para que pessoas que tentaram o suicídio para que obtivessem e mantivessem em tratamento. No tocante à capacitação realizada junto à equipe de enfermagem do HC-UNICAMP, houve a participação de 317 profissionais, sobre a prevenção do suicídio, com duração de seis horas, com a finalidade de realizar tanto uma mudança de conhecimento como de atitude no tocante ao manejo de pessoas com comportamento suicida. Para tanto, a aplicou-se o Questionário de Atitudes em Relação ao Comportamento Suicida - QuACS, no início da capacitação, no final da capacitação e seis meses após o final da mesma. O Resultado final mostrou que a capacitação, ainda que breve, promoveu mudanças positivas de atitudes nos participantes e o aprimoramento dos conhecimentos e habilidades clínicas voltadas à prevenção do suicídio.

5 COMPONENTES DA REDE ASSISTENCIAL A PESSOAS QUE TENTARAM SUICÍDIO NO RIO DE JANEIRO

A Assessoria de Prevenção de Acidentes e Violência (APAV), atualmente denominada de Área Técnica de Ações Contra a Violência (ATAV), em 2.000, quando houve a implementação da ficha de maus tratos contra criança e adolescente, recebeu inúmeras notificações de tentativas de suicídio de adolescente do hospital Estadual Getúlio Vargas. A ficha de notificação de maus tratos que existia à época não era adequada para essas situações. Assim, a APAV realizou uma parceria com a equipe de assistência social desse hospital, por ser o que realizava os primeiros contatos com o paciente, e com pesquisadores da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ e da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ. Desse modo, iniciou-se a vigilância de tentativas de suicídio da Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, [200?]a).

Considerando a frequência e gravidade das tentativas de suicídio, e a seriedade das sequelas que afetam os sobreviventes de tentativas de suicídio e aos seus familiares, em 2001, o sanitarista Sérgio Arouca, Ex-Presidente da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, então, Secretário de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, assinou a Resolução “N” SMS nº. 784, de 25/05/2001 (Anexo 1), que instituiu a ficha de notificação de suicídio e tentativa de suicídio para os pacientes atendidos nas unidades de saúde da rede SUS (RIO DE JANEIRO, 2001).

Em 2003, com a implementação do Comitê Técnico Intersetorial e Interinstitucional de Atenção às Tentativas de Suicídio/Suicídio, os hospitais de emergência, que respondiam à demanda de atendimento a pessoas que tentavam suicídio, eram representados por profissionais da área de saúde, de várias áreas de atuação, que compunham o comitê, dentre eles, os técnicos da APAV, do Núcleo Central de Vigilância Hospitalar, do Departamento de Dados Vitais e da Subsecretaria de Atenção à Saúde (RIO DE JANEIRO, [200?]b).

Em 11 de julho de 2006, a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro regulamentou, através da Resolução SES nº 3.051, o Sistema de Vigilância de Suicídios e Tentativas de Suicídio no âmbito do RJ, que considerou o trabalho realizado pela APAV, atualmente, ATAV, e do Comitê de Atenção à Tentativa de suicídio, coordenada pela mesma como:

Um instrumento de gestão para avaliar informações sobre tentativa de suicídio/suicídio, estimulando, promovendo, acompanhando e realizando estudos, intervenções e recomendações voltadas para tais agravos (RIO DE JANEIRO, 2006).

Avaliou, ainda, a necessidade de integrar as instituições com o fito de realizar a prevenção das tentativas de suicídio, assim, regulamentou o Sistema de Vigilância de Suicídio e Tentativa de Suicídio gerenciado pela ATAV.

A ATAV tornou-se responsável tanto pelo recebimento das fichas de notificação e investigação de suicídio quanto pelo seu fluxo na esfera da Secretaria de Estado de saúde.

Estabeleceu-se, ainda, a responsabilidade ao Comitê de Atenção de Suicídio e Tentativas de Suicídio pela elaboração de relatório anual no qual constam as análises de informações “geradas pelo sistema e recomendações sobre as ações voltadas para atenção às tentativas de suicídio/suicídio no âmbito do Estado do Rio de Janeiro” (RIO DE JANEIRO, 2006).

Entretanto, houve modificação na ficha (Anexo 2 - Ficha de Notificação e Investigação de Suicídio e Tentativa de Suicídio) e teve a implantação de uma nova ficha para as equipes dos hospitais em 2005, assim, o Comitê criou um novo banco de dados com a inclusão de mais informações contidas na ficha. No ano seguinte, foi construído um consolidado das notificações de tentativas de suicídio.

Sobre as informações geradas, no período de junho de 2006 a agosto de 2009, o comitê recebeu do Núcleo de Vigilância Hospitalar Central (NVH) um total de 2.030 fichas de notificação de tentativas de suicídio, sendo 392 oriundas do Hospital Estadual Carlos Chagas e 380, do Hospital Estadual Getúlio Vargas (RIO DE JANEIRO, 2009).

Segundo a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, Comitê tem como objetivo, avaliar as informações geradas e oferecer subsídios para as políticas públicas e serviços, com foco na prevenção do suicídio (RIO DE JANEIRO, [200?]a).

Entretanto, os objetivos do comitê são ainda mais abrangentes, promovendo a permanente discussão entre as equipes que respondem à demanda de atendimento de casos de tentativa de suicídio, incentivando estratégias de acolhimento aos casos de tentativa de suicídio e promover discussão sobre a temática (RIO DE JANEIRO, [2000?]b).

Para tanto, o comitê reúne-se bimensalmente para debater sobre assuntos pertinentes aos temas tentativas de suicídio, práticas laborais, troca de experiências e situações que carecem de elucidaciones.

Uma de suas atribuições é a promoção do intercâmbio de informação científica com o fito de não só dar a visibilidade ao fenômeno, mas ampliar o conhecimento e fortalecer as políticas públicas a respeito da violência, visando o aprimoramento das práticas do profissional em saúde.

Participam desse comitê, para prestar atendimento emergencial às pessoas que tentaram suicídio (encaminhando-as, em seguida aos profissionais da área de saúde mental), 11 hospitais da rede estadual: Hospital Estadual Albert Schweitzer, Hospital Estadual Carlos Chagas, Hospital Estadual Getúlio Vargas, Hospital Estadual Pedro II, Hospital Estadual Rocha Faria, Hospital Estadual Adão Pereira Nunes (Saracuruna), Hospital Estadual Prefeito João Batista Caffaro, Hospital Estadual Azevedo Lima, Hospital Estadual Alberto Torres, Hospital Regional de Araruama, Hospital Estadual de Barra de São João. (PROJETO COMVIVER [sic], 2006).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da revisão bibliográfica realizada, pudemos observar que, apesar de o suicídio ser considerado um fenômeno preocupante por seus elevados e crescentes números em vários países do mundo, e um problema de saúde pública pela Organização Mundial da Saúde, podendo trazer sequelas diversas e irreversíveis aos sobreviventes, a temática suicídio e tentativas de suicídio, ainda é considerada um tabu. Agregado ao tabu, observou-se que a presença de estigma acerca de tal temática ainda se configura como um elemento capaz de promover negatividade em relação ao cuidado que poderia ser prestado àqueles sobreviventes de tentativas de suicídio, seja na esfera social, seja, como é o nosso foco, no campo da saúde.

Observou-se, também, que o suicídio e as tentativas tendem a ser vistos como um ato individual, decorrentes do livre arbítrio, ou seja, um agir deliberado de não querer mais viver percebido, dessa forma, como uma vontade do indivíduo e não como um fato gerado pela sucessão de fatores de diversas ordens que, frequentemente, deflagram-se por conflitos amorosos, familiares, luto, dificuldades econômicas (incluindo o desemprego), depressão, entre outros. Para utilizar a classificação de Gofmann (1975), pode-se destacar o tipo de estigma classificado como “culpas de caráter individual” - dentre as quais têm-se as tentativas de suicídio -, como aquele que, na contemporaneidade, permanece tendo como alvo, entre outras, as pessoas que tentaram suicídio (no Brasil e em outros tantos países).

É de se esperar, assim, que tanto o tabu quanto o estigma estejam na base das dificuldades apontadas por alguns estudos acerca do cuidado (em saúde ou não) prestado a sobreviventes de tentativas de suicídio. A criação de instrumentos para mensurar atitudes de profissionais de saúde em relação a esses pacientes, tais como o Suicide Opinion Questionnaire (SOQ) e o Suicide Attitude Questionnaire (SBAQ), aponta para uma dada preocupação acerca deste tema, no âmbito da saúde. Ao que tudo indica, caso tais profissionais venham a desconsiderar experiências infelizes dos indivíduos que tentaram contra a própria vida, utilizando-se de julgamento de valor, sem que seja o suicídio observado em seu contexto social, político e econômico, o cuidado prestado a essas pessoas pode ser negligenciado ou mesmo hostilizado.

Além disso, ao que parece, esses instrumentos não intenciam revelar somente as preocupações de pesquisadores em destacar e dimensionar um processo de cuidado mediante a verificação das atitudes de alguns profissionais da área da saúde, mas, também, proporcionar a visibilidade de possíveis práticas que confrontem-se com o cuidado no âmbito da saúde. O fato de, potencialmente, os achados provenientes da aplicação desses

instrumentos trazerem à baila tais práticas revela-se de grande importância, uma vez que podem desvelar atitudes negativas em relação ao cuidado em saúde, aclarando, ainda, conforme os resultados, motivações para tais posturas no processo de cuidado.

No tocante às formas de efetivação do cuidado, conforme enfatiza Ayres (2004), uma verdadeira relação de cuidado se faz com o estabelecimento do diálogo. Todavia, nossa revisão bibliográfica sugere que, nem sempre, tal diálogo se estabelece. Além disso, considerando-se a integralidade como uma dimensão do cuidado em saúde, constituída pela escuta dos sujeitos, abrangendo, ainda, o acolhimento e a atitude de respeitar e compreender o sofrimento do outro, que pode ser oriundo da fragilidade social (Pinheiro, 2009a, 2009b), vale destacar que o suicídio é um fato complexo – que, obviamente, inclui inúmeras dimensões, dentre elas, a individual, a social, a econômica, a política -, e que a prática da tentativa de suicídio também pode ter sido motivada tanto por um distúrbio psicológico quanto por uma fragilidade social. Portanto, quando o sofrimento do indivíduo que tenta exterminar a própria vida não é amplamente compreendido por alguns profissionais de saúde, tal fato pode configurar-se como uma ameaça à integralidade do cuidado.

No que tange à questão da qualidade do cuidado, em que o manejo clínico de um episódio de doença pode ser dividido em dois domínios: o técnico e o interpessoal, sendo este último uma integração de cunho psicológico e social entre o paciente e o profissional de saúde (Donabedian, 1980). Neste ponto, observou-se um certo desequilíbrio entre essas dimensões dadas as dificuldades já apontadas em relação ao domínio interpessoal. Ou seja, a dimensão técnica parece ser privilegiada em detrimento da interpessoal.

Pareceu-nos, então, que a ocorrência de incompreensão e de visão ampliada sobre o suicídio e tentativas de suicídio por parte de alguns profissionais de saúde reduzem essa temática ao julgamento moral. Daí, emergirem atitudes baseadas em conceitos preconcebidos que ainda não foram desconstruídos, tampouco, reconstruídos conforme a dinâmica contextual e com a atenção que o tema merece, resultando em preconceitos e escassez de práticas crítica-reflexivas sobre a construção e o processo de cuidado à essa demanda específica, tendendo, assim, a perpetuar um modo de fazer inadequado que não se justifica, mas sim, contraria a natureza da prática do cuidado, em diversas esferas, incluindo a da ética e a da humanização.

Outra questão que pudemos observar diz respeito ao fato de que o cuidado também pode tornar-se uma prevenção de recidiva. Ou seja, um cuidado adequado também constitui, de certa maneira, uma forma de prevenção. Desse modo, na esfera da educação em saúde, destacamos que o tema suicídio é reconhecido como importante e apropriado legalmente, pela

Portaria GM nº. 1.876 de 14 de agosto de 2006. Esse documento institui as diretrizes brasileiras para a prevenção do suicídio e traz, em seu escopo, uma importante implicação no tocante à promoção da educação permanente dos profissionais em saúde, incluindo a voltada para as emergências em saúde, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização. Consideramos que essa Portaria colabora para que se caminhe na direção de uma educação em saúde que propicie mudanças contra hegemônicas acerca do modelo biomédico, que ainda influencia a educação profissional e acadêmica em saúde no Brasil.

Encontramos nessa Portaria, no tocante à educação profissional, o intuito de não apenas capacitá-los para o enfrentamento desse fenômeno, mas também, de oferecer aportes teóricos que incluam os princípios da integralidade e da humanização, proporcionando, assim, condições favoráveis para a sensibilização e informação sobre a questão do suicídio e tentativas, facilitando, desse modo, a construção de uma visão ampliada e sem julgamentos.

No que se refere à possibilidade de eficácia das capacitações, Cais (2011) apontou em seu estudo uma mudança positiva dos profissionais de saúde quanto ao suicídio, após a realização de capacitações para lidarem com o tema. Nesse ponto, observou-se que as capacitações são um meio de difundir informação e sensibilizar pessoas, produzindo conhecimentos que, além de trazerem um refinamento teórico e informações atualizadas acerca do fenômeno suicídio, viabilizam a construção de novos conceitos, ampliando a visão sobre esse problema de saúde pública e, com isso, oferecem condições indispensáveis para o profissional de saúde produzir uma análise crítica acerca do cuidado que provê a pessoas que tentaram o suicídio.

Ou seja, as capacitações podem ser uma importante via de conhecimento acerca do suicídio e práticas de cuidado às pessoas que tentaram ceifar suas próprias vidas, tendendo, ainda, a proporcionar uma reflexão sobre o tema, que poderá facilitar a construção de atitudes ausentes de julgamento moral.

Entretanto, em face das raras citações acerca de capacitações de profissionais de saúde que lidam com o suicídio e tentativas de suicídio que esse trabalho pode localizar, no Brasil, parece haver um desaquecimento das políticas públicas voltadas para a educação de profissionais de saúde. Tal fato configura-se como negativo, uma vez que esta suposta escassez de capacitações pode influenciar a maneira como profissionais de saúde lidam com o fenômeno suicídio. Nossa análise apontou que tais capacitações poderiam, se bem elaboradas e ministradas, promover atitudes positivas sobre essa questão, pois ofereceriam sensibilização

e aportes adequados, visando, assim, desmistificar e mesmo findar possíveis preconceitos e estigmatizações.

Como vimos, a importância de se realizar capacitações foi preconizada pela a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2006b) que recomendou o início de programas promovendo e ampliando os conhecimentos em suicidologia, bem como estratégias de cuidado com o fito de melhor preparar os profissionais da saúde sobre os fatores de risco, prevenção do suicídio e intervenções eficazes. A OMS elaborou, também, manuais sobre a temática suicídio destinados a profissionais que atendem, ensinam, assistem e aconselham pessoas (conselheiros, professores e profissionais da saúde), o que denota a importância do aprimoramento do cuidado prestado a pessoas que tentaram e tentam o suicídio e das questões sobre a formação e o trabalho em saúde.

No que diz respeito à identificação de componentes da rede assistencial que atendem a pessoas que tentaram o suicídio no Rio de Janeiro, o presente estudo, por meio de documentos da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, mais especificamente, da Área Técnica de Ações contra a Violência (ATAV), observou que esta rede é formada por departamentos diversos do âmbito da saúde - com atuações e funções distintas -, que trabalham no sentido da prevenção e da assistência, além da elaboração de um banco de dados visando produzir, anualmente, informações consolidadas acerca das tentativas de suicídio/suicídio no Estado. Assim é que, em 2003, foi implementado o Comitê Técnico Intersetorial e Interinstitucional de Atenção às Tentativas de Suicídio, visando aprimorar a vigilância e avaliar as informações produzidas através dos dados resultantes do preenchimento de um documento chamado Ficha de Notificação e Investigação de Suicídio e Tentativa de Suicídio. Essas fichas são oriundas dos 11 hospitais estaduais que participam do Comitê e prestam atendimento à pessoas que tentaram suicídio. Cada um desses hospitais tem um respectivo profissional que representa e integra este Comitê e participa das atividades e encontro regulares.

Em relação ao banco de dados, a tarefa de produção das informações consolidadas pareceu-nos de grande importância. Apesar de existirem casos de sub-notificação, este consolidado pode colaborar para dimensionar a problemática do suicídio em nosso Estado, além de trazer informações que facilitam a promoção de pesquisas e demais estudos epidemiológicos e podem oferecer subsídios para a formulação de políticas públicas voltadas para prevenção do suicídio.

Por fim, mesmo considerando que muito ainda há que ser feito por meio da implantação de políticas públicas de saúde que caminhem na direção da prevenção do

suicídio, cabe ressaltar que, com base nas fontes pesquisadas, acreditamos que a capacitação de profissionais de saúde pode vir a ser um considerável meio transformador e um adequado modo de proporcionar conhecimentos a estes profissionais acerca de uma questão de saúde que vem produzindo inúmeras vítimas fatais ou sequeladas, atraindo a atenção da Organização Mundial da Saúde. Assim é que destacamos, também, a necessidade de ampliação de pesquisas acerca desta temática em nosso país, uma vez que seus resultados podem colaborar para a avaliação da eficácia de tais ações educativas, bem como para a consolidação de modelos de ensino-aprendizagem capazes de dar conta de tal problemática.

REFERÊNCIAS

ABDO, Carmita Helena Najjar, **Armadilhas da comunicação: O médico, o paciente e o diálogo**. São Paulo: Lemos editorial, 1996

AGUIAR, Cláudia, **Breve relatório do Seminário de Atenção às Tentativas de Suicídio/suicídio: vigilância e cuidado**. Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil-SESDEC. Área técnica de ações contra a violência. Rio de Janeiro, 2010. (mimeo)

_____. et al. **Breve relatório sobre a Capacitação para Profissionais de Saúde no Sistema de Vigilância de Atenção às Tentativas de Suicídio/Suicídio – outubro de 2008**. Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil-SESDEC. Área técnica de ações contra a violência. Rio de Janeiro. 2008 (mimeo)

ALVAREZ, A, **O Deus selvagem. Um estudo do suicídio**. Tradução de Sonia Moreira. São Paulo. Companhia das Letras, 1999.

ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto. **Tendências em psicologia Hospitalar**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning 2004.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP), **Comportamento suicida: Conhecer para prevenir. Dirigido para profissionais de imprensa**. Rio de Janeiro. Ed. ABP, 2009.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde**. Revista Saúde e Sociedade., São Paulo, v. 13, n. 3, Set-Dez. 2004.

BERTOLETE, José Manoel; MELLO-SANTOS, Carolina de, BOTEGA, Neury José. **Deteção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica**. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2010, vol.32, suppl.2, pp. S87-S95.

BARBOSA. Ana Maria Ferrara de Carvalho. **Metodologia de Oficina de capacitação de profissionais de saúde**, 2006. Disponível em: http://www.projetocomviver.org.br/html/port/textos/sug_metodologia2.htm. Acessado em: 02 mai. 2009

BETTINELLI, Luiz Antônio; WASKIEVICZ Josemara; ERDMANN Alacoque Lorenzini. **Humanização do cuidado no ambiente hospitalar**. In: Pessini L, Bertachini L (org). Humanização e cuidados paliativos. 2ª ed. São Paulo: Edições Loyola: 2004. p. 87-100.

BOEMER, Magali Roseira; CORREA Adriana Kátia. Repensando a relação do enfermeiro com o doente: o resgate da singularidade humana. In: Branco RFGR. **A relação com o paciente: teoria, ensino e prática**. Rio de Janeiro: Guanabra-Koogan, 2003. p. 263-269.

BOTEGA, Neury J., **Suicídio e tentativa de suicídio**. In: LAFER, Beny et al. (Org) Depressão no ciclo da vida. Porto Alegre: Artes Medicas, 2000. p.157-165.

_____. et al, **Nursing personnel attitudes towards suicide: the development of a measure scale**. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, v. 27, n. 4, Dec. 2005.

Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462005000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 de Janeiro 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde, Portal da Saúde SUS Dia 10 de setembro - Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio, [200?]a. Disponível em: <

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=35096> acesso em 05/09/2011

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em

<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf> Acesso em 18 de abril. 2010

_____.Ministério da Saúde. Portal da Saúde SUS. Glossário virtual de termos utilizados na Política Nacional de Humanização. **Verbetes, Política Nacional de Humanização**. 200[?]b disponível em

<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=28372> Acessado em 04 de março de 2009.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde** /Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro.**Portaria N. 1.876 de 14 de agosto de 2006**. Institui Diretrizes Nacionais para prevenção do suicídio a ser implantados em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_1876.pdf> Acesso em: 04 maio 2009.

_____, Ministério da Saúde. **Portaria nº1262/GM de 15 de outubro de 1999**, que institui o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem denominado PROFAE. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/port_1262.pdf> Acesso em: 15 out. 2011

_____,Ministério da Saúde. Portal da Saúde SUS. **Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem- PROFAE** Qualificação, [200?]c. Disponível

em:<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=26827>. Acesso em: 15 out. 2011.

_____, 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**. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) Disponível em:

<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_sgtes.pdf> Acesso em: 22 abr. 2010

_____, Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM Em 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. Disponível em:
<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-198.htm>> Acesso em: 22 abr. de 2010

_____, Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto de Comunicação e Informação científica e tecnologia em saúde. Labcities. **Release das capacitações e palestras ministradas pelo grupo de pesquisa e prevenção do suicídio** (PesqSui), 2011. (mimeo)

CAIS, Carlos Fílinto da Silva. **Prevenção do suicídio: estratégias de abordagem aplicadas no município de Campinas**- SP. 2011. 261f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) - Universidade Estadual de Campinas, São Paulo. 2011.

CASSORLA, Roosevelt. M. S. & SMEKE, Elisabeth L. M. **Autodestruição humana**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro.n.10 (Supl.1): 61-733. 1994

CASSORLA, Roosevelt. M. S. **O impacto dos atos suicidas no médico e nas equipes de saúde**. p 149-165. In: **Do Suicídio: Estudos Brasileiros**. CASSORLA Roosevelt. M.S(ORG), São Paulo.Campinas: Papyrus, 1991.

CECIM, Ricardo Burg; FERLA.Alcindo Antônio. **Educação Permanente em Saúde**. Dicionário da Educação em Saúde. (Org) PEREIRA.Isabel Brasil;LIMA Júlio Cesar França. 2.ed. rev.ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p.162-168.

COSTA, Ana Maria. **Integralidade na atenção à saúde integral**. Revista Saúde e Sociedade, São Paulo, 13(3): 5-15, set-dez. 2004.

DONABEDIAN, Avedis. The definition of quality: a conceptual exploration. In: _____ . **Explorations in quality assessment and monitoring**: The definition of quality and approaches to its assessment. Michigan: Health Administration Press, c1980, v. 1, p.1-31.

DURKHEIN, Emile. **O Suicídio: estudo de sociologia**. Tradução Monica Stahel. São Paulo. Martins Fontes, 2000

EILERS, Helena. **Treinamento no Mãe de Deus auxilia na prevenção ao suicídio**. Quarta-feira, 24 de Novembro de 2010. Disponível em:<
<http://www.guiadorep.com/index.php/noticias/297-treinamento-no-mae-de-deus-auxilia-na-prevencao-ao-suicidio>> . Acesso em 05 de jan. 2011.

ESTELLITA-LINS, Carlos; OLIVEIRA, Verônica Miranda de; COUTINHO, Maria Fernanda Cruz. **Acompanhamento terapêutico: intervenção sobre a depressão e o suicídio**. Psyche (Sao Paulo), São Paulo, v. 10, n. 18, set. 2006. Disponível em
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382006000200015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 ago. 2011.

FAIRBAIRN, Gavin, J. **Reflexões em torno do suicídio, A linguagem e a ética do dano pessoal.** Tradução Attilio Brunetta, São Paulo. Ed Paulus.1999.

FERNANDES, Francisco; LUFT, Pedro Celso; GUIMARÃES, Marques F. **Dicionário brasileiro Globo.** 52ªed. São Paulo: Globo 1999

FLEISCHMANN. Alexandra et al, **Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries.** Bulletin of the World Health Organization. 2008; v.86 n.9 p.703–709. disponível em: <<http://www.who.int/bulletin/volumes/86/9/07-046995.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2011

GOFFMAN, Erving. Estigma: **Notas sobre a manipulação da Identidade deteriorada.** Tradução de Márcia Bandeira de Leite Mello. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

HAUTÉ AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS) ,**Présentation de la HAS.** 2010. Disponível em:< http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_452559/presentation-de-la-has> Acesso em: 06 jan 2010

_____,**Retours d'expérience d'EPP. Rapports d'Audits cliniques ciblés (ACC) 2004-2005.** 12 mars 2007.
Disponível em:< http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_467073/rapports-d-audits-cliniques-cibles-acc-2004-2005?portal=c_63456> Acesso em: 06 jan 2010

_____,**Évaluation des pratiques professionnelles. RApport de l'expérimentation nationale. Audit clinique ciblé appliqué à l'évaluation de la prise en charge hospitalière des personnes ayant fait une tentative de suicide.** France.
HAS/Service Évaluation des Pratiques. Juin 2006. Disponível em:< http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/tsu_-_rapport_final.pdf> Acesso em: 06 jan.2010

IGUE, Cristina Emiko; ROLIM, Marli Alves; STEFANELLI, Maguida Costa. **Suicide and its social representations: schemes for organizing communication about the phenomenon.** In: BRAZILIAN NURSING COMMUNICATION SYMPOSIUM, 8., 2002, São Paulo. Proceedings online... Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, Disponível em:
<http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000052002000200001&lng=en&nrm=abn>. Acesso em: 06 abr. 2010

JAMISON, K. R. *Quando a noite cai: entendendo o suicídio.* Rio de Janeiro: Gryphus, 2002.

JOHNSON, Allan G.. Dicionário de Sociologia: **guia prático da linguagem sociológica.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1997.

KOVÁCS, Maria Julia. **Educação para a morte desafio na formação de profissionais de saúde e educação.**São Paulo.Casa do Psicólogo: FAPESP, 2003

MACHIN, Rosana. **Nem doente, nem vítima: o atendimento às "lesões autoprovocadas" nas emergências.** Revista Ciencia e saúde coletiva.n.14.v.5 nov-dez. 2009. p.1741-1750

MENEZES Katiane. *Portal Saúde. Psicologia do Huse elabora projeto pioneiro na área de suicídio.* 20/04/2011 . Disponível em:

<<http://www.ses.se.gov.br/profissional/index.php?act=leitura&codigo=6334>>. Acesso em 13 maio 2011

MINAYO, Maria Cecília de Souza; CAVALCANTE, Fátima Gonçalves. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, Aug. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000400020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 abr. 2011.

MORIN, Edgar, **O Método 5: A humanização da Humanidade**. Tradução: Juremir Machado da Silva. 3ªed. Porto Alegre: Sulina, 2005a

MORIN, Edgar, **O Método 6: A Ética**. Tradução: Juremir Machado da Silva. 2ªed. Porto Alegre: Sulina, 2005b

NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira Fantini. Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

_____, Maria Cezira Fantini. Formação: Saberes e Fazeres Humanos. Boletim da Saúde. Porto Alegre. Vol2.n2 jul-dez 2006. Disponível em: <http://www.esp.rs.gov.br/img2/v20n2_14Formacao.pdf>. Acesso em 10 mar. 2008

OLIVIERI, Durval Pessoa. **O “ser doente” dimensão humana na formação do profissional de saúde**. São Paulo: Editora Moraes, 1985.

OUZOUNI, Christina; NAKAKIS, Konstantinos. **Attitudes towards attempted suicide: The development of a measurement**. Health Science Journal. v. 3, issue 4 2009. p.222-31. Disponível em: <<http://www.hsj.gr/volume3/issue4/345pdf>>. Acesso em 11 nov. 2010

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS), SUPRE - The WHO worldwide initiative for the prevention of suicide. **Reported (1950-1995) and estimated (2020) suicide rates in reporting countries**. Geneva. [200-]. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/management/en/SUPRE_flyer1.pdf> Acesso em 18 jan. 2010

_____, Departamento de saúde mental transtornos mentais e comportamentais. Prevenção do suicídio: **Manual para Professores e Educadores**. GENEBRA. 2000. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_educ_port.pdf>. Acesso em 10 fev. 2010.

_____, **Historical Background. Mental Health and substance abuse. Facts and Figures. Suicide Prevention: Emerging from Darkness**, 2006a. Disponível em: <http://www.searo.who.int/en/Section1174/Section1199/Section1567/Section1824_8076.htm> Acesso em 01 jan 2010

_____, **What can be done?. Mental Health and Substance Abuse. Facts and Figures Suicide Prevention: Emerging from Darkness**, (2006b). Disponível em: <http://www.searo.who.int/en/Section1174/Section1199/Section1567/Section1824_8087.htm> Acesso em 01 jan. 2010

_____, **The problem. Mental Health, Suicide Prevention (SUPRE)**, 2011. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/> Acesso em: 03 jan.2011

_____, **Prevenção do Suicídio.(SUPRE). Protocolo de pesquisa. Estudo multicêntrico de intervenção no comportamento suicida (SUPRE-MISS) versão em português. Genova. 2001. Disponível em:** <http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/supre_miss_protocol_portuguese.pdf> Acesso em 22 jun. 2010

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurelio. **O Relatório Flexner: para o Bem e para o Mal.** Rio de Janeiro: Revista Brasileira de Educação Médica. 2008 n.32 v.4 p. 492-499.

PEREIRA, Isabel.Brasil;RAMOS, Marise Nogueira. **Educação profissional em saúde.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006

PEREIRA, Isabel Brasil. Palestra. **Trabalho e formação voltados para o cuidado.** In: Mesa-redonda “Sofrimento, adoecimento e emoções na produção do cuidado: o usuário, o profissional e o professor numa hora dessas?” in IX Seminário do Projeto Integralidade propôs uma reflexão sobre as questões atuais da ética e da formação para o cuidado em saúde. Disponível em: <<http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=1214&sid=20>> acesso em 10 dez. 2009

PIAUI, Prefeitura Municipal de Oeiras. **Secretaria Municipal de Saúde Lança o Núcleo de Prevenção do Suicídio.** Notícias. Segunda-feira, 19 de Abril de 2010. Disponível em: <<http://oeiras.pi.gov.br/noticias.php?id=201>>. Acesso em 05 jan. 2011

PINHEIRO. Roseni, Cuidado em saúde.In: PEREIRA.Isabel Brasil;LIMA,Júlio Cesar França. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde.**2ed.rev.ampliada. Rio de Janeiro: Ed FIOCRUZ, 2009a p. 110-118

_____, **Integralidade em Saúde.** In: PEREIRA.Isabel Brasil;LIMA,Júlio Cesar França. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** 2ed.rev.ampliada. Rio de Janeiro: Ed FIOCRUZ, 2009b p. 255-262

PROJETO COMVIVER. **Relatório de levantamento de Instituições de atendimento ao comportamento suicida no Brasil.** Segundo produto do contrato BR/CNT/0600197.001.Junho de 2006. Disponível em: <http://www.projetoconviver.org.br/html/port/textos/relatorio_levantamento2.htm> Acesso em 10 mar. 2009

QUENTAL, Araujo Isabel . **Tentativas de suicídio: Construindo dispositivos de prevenção. Um desafio para o SUS .** Texto produzido em 2008. Disponível em: <<http://prevencaodosuicidio.ea.ufrgs.br/uploaded/Quental.pdf>> Acessado em: 01 dez. 2009

RAMOS, Marise Nogueira, **Educação Profissional em Saúde no Brasil: concepções e praticas nas Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde.** Relatório de Pesquisa, Rio de Janeiro ,2009. (Mimeo)

RAMPAZZO, Lino. **Metodologia Científica. Para alunos dos cursos de graduação e pós-graduação.** São Paulo: edições Loyola. 3ª edição, 2005.

REGO, Sergio; PALACIOS, Maria; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. **Bioética para profissionais da saúde.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

RIO DE JANEIRO, Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Prevenção de suicídio: vigilância das tentativas e do suicídio. [200?]a. Disponível em:
<http://portal.saude.rj.gov.br/apav/prevencao_suicidio.html>. Acesso em: 18 fev. 2009

_____, Governo do estado do Rio de Janeiro.. Secretaria de saúde e defesa civil. Secretaria de Saúde de Estado e Defesa Civil do Rio de Janeiro Subsecretaria de Atenção à Saúde Superintendência de Atenção Básica e Gestão do de Ações contra a Violência. **Atenção às Tentativas de Suicídio na Rede de Hospitais Estaduais do Rio de Janeiro.** [200?]b Disponível em:
<http://www.conass.org.br/arquivos/file/atencao_as_tentativas_de_suicidio_rede_hospitais_estaduais_rj.pdf>. Acesso em 28 ago. 2010

_____, Secretaria Estadual de Saúde. Resolução Nº 3051 de 11 de junho de 2006. **Regulamenta o sistema de vigilância de suicídio e tentativa de suicídio no âmbito do estado do rio de janeiro e dá outras providências.** (mimeo)

_____, Secretaria de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. Comitê de Atenção às Tentativas de Suicídio/Suicídio. Área Técnica de Ações contra a Violência. Superintendência de Atenção Básica. Subsecretaria de Atenção à Saúde. **CONSOLIDADO DE NOTIFICAÇÕES DAS TENTATIVAS DE SUICÍDIO:** Banco de Dados de Junho de 2006 a agosto de 2009. Rio de Janeiro. 2009 (mimeo).

_____, **RESOLUÇÃO SMS Nº 784 DE 25 DE MAIO DE 2001. Institui a Ficha de Notificação de saúde da rede SUS de Suicídio e Tentativa de Suicídio para os pacientes atendidos nas unidades.** Disponível em:
<www.saude.rio.rj.gov.br/media/Rsms784.doc>. Acesso em: 18 jun. 2009.

RIO GRANDE DO SUL, Prefeitura de Bento Gonçalves. **Saúde: Oficina do projeto promoção da vida e prevenção do suicidio inicia com Grande público.** 08 de fevereiro de 2011. Disponível em:
<http://www.bentogoncalves.rs.gov.br/003/00301009.asp?ttCD_CHAVE=193577>. Acesso em: 06 mar. 2011.

SERRANO, Alan Índio. **Chaves do óbito autoprovocado: sua prevenção, assistência e gestão em saúde pública.** Florianópolis: Insular, 2008.

SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes da. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva.** São Paulo. Hucitec, 2006.

_____; ALVES, Carla Almeida. **Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e Perspectivas** In: Modelos de atenção e a saúde da família / Organizado por Márcia Valéria G.C. Morosini e Anamaria D. Andrea Corbo. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. P. 28-42

SILVA, Kênia Lara; SENA, Roseni Rosângela de. **Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro.** *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 42, n. 1, Mar. 2008 . Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000100007&lng=en&nrm=iso> Acesso em 31 Mar. 2010.

SOUZA. Fabio, **Suicídio - dimensão do problema e o que fazer.** Revista Psiquiatra Hoje Debates. O fim à vida. Rio de Janeiro. ABP. 2010. Disponível em:
<http://www.abpbrasil.org.br/medicos/publicacoes/debates/Debates_SetOut2010.pdf> Acesso em: 22 maio 2011

SUDAK Howard M.D., Karen Maxim, M.S., R.N., Maryellen Carpenter. **Suicide and Stigma: A Review of the Literature and Personal Reflections** *Academic Psychiatry*, 32:2, March-April 2008. Acessível em:
<<http://ap.psychiatryonline.org/cgi/reprint/32/2/136>> acesso em 28 nov. 2009

SUN, F.K.; LONG, A.; BOORE, J. **The attitudes of casualty nurses in Taiwan to patients who have attempted suicide.** *Journal of clinical nursing*. Oxford.UK. 2007 Feb;16(2):255-63.

TAFURI, Néelson. **Suicídio e tentativa.** Tese apresentada à Faculdade de Direito da Universidade de Minas Gerais para a obtenção de título de doutor em Direito. Minas Gerais. Belo Horizonte. 1961

UNIVERSIDADE CORPORATIVA MÃE DE DEUS, **Treinamento em prevenção ao suicídio.** 2010. Disponível em: <<http://www.maededeus.com.br/2010/Universidade/Extensao-Detalhe.aspx?Id=55>>. Acesso em 05 jan. 2011.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP), Faculdade de ciências Médicas. **Prevenção do Suicídio.** [20??]. Disponível em:
<<http://www.fcm.unicamp.br/fcm/pesquisa/grupos-de-pesquisa/laboratorio-de-saude-mental-e-medicina/prevencao-do-suicidio>>. Acesso em 10 maio .2011.

VILELA, Laurez Ferreira (Coord.). **Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal.** Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2009.

Ximenes, Liana Furtado. **Lidando com tentativas de suicídio em um serviço de emergência: estudo compreensivo de representações e práticas médicas.** 2004. 133f. Dissertação. (mestrado em saúde da criança e da mulher) Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2004.

ANEXO 1 - RESOLUÇÃO "N" SMS Nº 784 DE 25 DE MAIO DE 2001**RESOLUÇÃO "N" SMS Nº 784 DE 25 DE MAIO DE 2001**

Institui a Ficha de Notificação de Suicídio e Tentativa de Suicídio para os pacientes atendidos nas unidades de saúde da rede SUS

O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela legislação em vigor,

CONSIDERANDO a freqüência e gravidade das tentativas de suicídio atendidos nas unidades de saúde da rede pública;

CONSIDERANDO a seriedade das seqüelas afetando sobreviventes de tentativas de suicídio e seus familiares;

CONSIDERANDO a crescente solicitação dos profissionais de saúde da rede SUS de capacitação para o atendimento e prevenção dos casos de suicídio;

CONSIDERANDO a inexistência de dados e estudos que identifiquem grupos vulneráveis, fatores de risco, e fatores de proteção contra o suicídio na comunidade;

CONSIDERANDO a necessidade de registro e acompanhamento dos casos de tentativa de suicídio atendidos nas unidades de saúde;

CONSIDERANDO a necessidade de se instituir políticas públicas de proteção e medidas de prevenção de suicídio para distintos grupos da população;

CONSIDERANDO a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) de monitoramento dos suicídios e tentativas de suicídio, principalmente, entre jovens;

RESOLVE

Art. 1º - Reconhecer o suicídio como um problema de saúde pública na cidade do Rio de Janeiro:

Art. 2º - Instituir a Ficha de Notificação de Suicídio e Tentativa de Suicídio no âmbito da rede SUS do Rio de Janeiro (Anexo I).

Art. 3º - Determinar que a Ficha de Notificação de Suicídio e Tentativa de Suicídio seja preenchida por ocasião do atendimento do paciente, de acordo com as instruções no verso da ficha.

Art. 4º - Determinar que a notificação seja encaminhada para o Núcleo de Atenção ao Suicídio do Instituto Philippe Pinel em envelope fechado, no dia útil imediato.

Art. 5º - Implantar o Banco de Dados sobre suicídio no Núcleo de Atenção ao Suicídio do Hospital Philippe Pinel.

Art. 6º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 25 de maio de 2001

SERGIO AROUCA
Secretário Municipal de Saúde

Publicado em D.O. Rio, de 28.05.2001, p.25

ANEXO 2 - FICHA DE NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO DE SUICÍDIO E TENTATIVA DE SUICÍDIO



SECRETARIA DE
SAÚDE E DEFESA CIVIL

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E DEFESA CIVIL
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO BÁSICA
ÁREA TÉCNICA DE AÇÕES CONTRA A VIOLÊNCIA

FICHA DE NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO DE SUICÍDIO E TENTATIVA DE SUICÍDIO

Nº

01 - Unidade de Saúde: _____ 02 - Setor: _____

03 - Nº do prontuário/Boletim: _____ 04 - Data: _____

IDENTIFICAÇÃO

05 - Nome: _____

06 - Nome da mãe: _____

07 - Nascimento: ____/____/____ 08 - Idade: _____ IGN 09 - Sexo : masculino feminino

10 - Estado civil: solteiro(a) casado(a) / união estável viúvo (a) separado(a) / divorciado(a) IGN

11 - Cor: branca negra parda amarela indígena

12 - Escolaridade: analfabeto(a) 1º grau incompleto 1º grau completo 13 - Religião: _____ IGN
 2º grau incompleto 2º grau completo superior IGN

14 - Endereço atual: _____ 15 - Nº: _____ 16 - Complemento: _____ 17 - Bairro: _____

18 - Município: _____ 19 - Referência: _____

20 - Telefone de contato: _____ 21 - Ocupação: _____

22 - Local de nascimento (estado): _____ 23 - Tempo de residência no endereço atual: _____

HISTÓRIA DO EVENTO

24 - Data do evento : ____/____/____ 25 - Hora do evento: _____ IGN

26 - Local do evento: casa via pública outros: _____

27 - Método: Arma de fogo Queimadura
 Atropelamento Substâncias abrasivas, detergentes
 Chumbinho Agrotóxico Qual: _____
 Enforcamento Medicamentos Qual: _____
 Gás Pesticida / inseticida Qual: _____
 Objeto Cortante Outros Qual: _____
 Precipitação de lugar elevado IGN

28 - Conseqüências físicas / perigo de tentativa de suicídio à vida:
 Nenhum dano físico significativo, nenhum tratamento requerido
 Atenção médica / cirúrgica requeridos, mas sem perigo de vida
 Atenção médica / cirúrgica requeridos, houve perigo de vida

29 - Motivo alegado do ato: _____

30 - Nos últimos 30 dias o paciente procurou atendimento de saúde: Sim Não IGN

31 - Foi atendido: Sim Não IGN

32 - Setor / especialidade: _____

33 - Profissional de saúde (médico, psicólogo etc): _____

34 - Motivo do atendimento: _____

35 - Já fez tratamento psiquiátrico / psicológico anterior? Sim Não IGN

36 - Histórico de tentativas anteriores: Sim Não IGN Quantas? _____

37 - História de tentativas e/ou suicídio na família: Sim Não IGN

38 - Faz uso de bebidas alcoólicas: Sim Não IGN

39 - Faz uso de drogas ilícitas (exclui usuário eventual): Sim Não IGN

40 - Usa medicamentos psicoativos:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> IGN	
41 - Após atendimento na emergência o paciente evoluiu para:	<input type="checkbox"/> internação	<input type="checkbox"/> alta	<input type="checkbox"/> remoção	<input type="checkbox"/> óbito
42 - Informações prestadas pelo:	<input type="checkbox"/> paciente	<input type="checkbox"/> familiar	<input type="checkbox"/> outros	Contato: _____

43 - Paciente encaminhado à: _____ 44 - Unid. destino: _____ 45 - Munic.: _____ 46 - Em ___/___/___

47 - Profissional responsável pelo preenchimento - Nome: _____ 48 - Categoria: _____

49 - OBSERVAÇÕES: _____

Instruções para Preenchimento da Ficha de Notificação e Investigação de Suicídio e Tentativa de Suicídio

A Ficha de Notificação e Investigação de Suicídio e Tentativa de Suicídio tem por objetivo construir informações que orientem as medidas de prevenção e atenção voltadas aos pacientes e seus familiares.

Ela deverá ser preenchida pelo profissional de saúde em qualquer etapa do atendimento a casos de lesões auto-infligidas, mesmo quando a intencionalidade for desconhecida se as circunstâncias do agravo sugerirem tentativa de suicídio ou comportamento de risco .

- ▽ **IGN** significa ignorado
- ▽ **Campo N°** não deverá ser preenchido.
- ▽ **Campo 1** registra o nome e especifica a unidade, Ex.: Hospital Estadual Santa Margarida.
- ▽ **Campo 2** registra o setor do profissional responsável pelo preenchimento da ficha, Ex.: Emergência, Enfermaria, CTI, CTQ, outros.
- ▽ **Campo 4** registra a data do preenchimento da ficha.
- ▽ **Campo 19** registra referência para localização da residência.
- ▽ **Campo 21** registra o trabalho e/ou atividade exercida pelo paciente ou se o mesmo está desempregado.
- ▽ **Campo 25** registra a hora ou período em que ocorreu o evento.
- ▽ **Campo 28** o preenchimento deste campo se refere ao tratamento prestado na unidade.
- ▽ **Campo 29** registra o motivo alegado pelo paciente ao seu ato.
- ▽ **Campo 32** registra o setor e tipo de atendimento, Ex.: Ambulatório / Clínica Médica.
- ▽ **Campo 38 e 39** exclui o consumidor eventual, refere-se a consumo abusivo e regular de droga ou bebida alcoólica.
- ▽ **Campo 43** registra o tipo de serviço a ser encaminhado (ex.: saúde mental, clínica médica, clínica cirúrgica etc.),
- ▽ **Campo 44** registra a unidade de saúde de encaminhamento.
- ▽ **Campo 45** registra o município onde se localiza a unidade encaminhada.
- ▽ **Campo Observação** deverá registrar informações que o profissional julgar importante para a compreensão do caso. Ex.: separação conjugal; gravidez; opção sexual; se o paciente estava sob o efeito de álcool, drogas ilícitas e/ou medicamentos psicoativos no momento do evento.

Encaminhamento da ficha:

- 1 - O profissional que atende a pessoa que tentou suicídio deverá preencher a ficha de notificação ou em caso de busca ativa, o profissional do NVH da unidade.
- 2 - A ficha de notificação será encaminhada para o Núcleo de Vigilância Hospitalar / Comissão de Vigilância Epidemiológica da unidade.
- 3 - O Núcleo de Vigilância Hospitalar / Comissão de Vigilância Epidemiológica da unidade, encaminhará a ficha para a SES através do NVH Central

Para outras informações, contactar Área Técnica de Ações Contra a Violência (ATAV), Tel.: (21) 2333-4008 - E-mail: apav@saude.rj.gov.br