



METODOLOGIA DE OFICINA DE
CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE
SAÚDE, INCLUINDO OS DO SISTEMA DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA-SAMU

ANA FERRARA

Dezembro, 2006.

ÍNDICE

1. APRESENTAÇÃO.....	03
2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA.....	03
3. ESQUEMA METODOLÓGICO PARA ABORDAGEM DA QUESTÃO DO SUICÍDIO E DOS SOBREVIVENTES.....	06
4. PREPARAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA ENTENDIMENTO DA QUESTÃO DO SUICÍDIO.....	07
4.1 Contextualização histórico-cultural da morte, do morrer e do suicídio.....	07
4.2 Lidando com limites.....	08
4.3 Idéias equivocadas em relação ao suicídio.....	08
4.4 Grupos de risco de suicídio.....	11
5. OS INSTRUMENTOS DE TRABALHO.....	16
5.1 O contato inicial – o lugar, o tempo e o ouvir.....	16
5.2 Como se comunicar.....	17
5.3 Como não se comunicar.....	18
5.4 O que fazer.....	18
5.5 O que não fazer.....	18
5.6 Os recursos de apoio aos pacientes.....	18
6. A OFICINA DE TRABALHO.....	21
6.1 O que é uma Oficina de Trabalho.....	21
6.2 O Grupo.....	21
6.3 Passo a passo para constituir o grupo e organizar a Oficina.....	22
6.4 Construção de uma rotina de acompanhamento do grupo.....	24
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24
8. REFERÊNCIAS.....	25

1) APRESENTAÇÃO

O objetivo deste trabalho é oferecer uma proposta de roteiro de oficina, coordenada por profissionais de saúde mental, para profissionais de saúde onde os temas morte e suicídio sejam abordados de modo reflexivo e baseado nas experiências profissionais e de vida de cada um.

Utilizando a vivência como instrumento de aprendizado espera-se poder propiciar um espaço para que se entre em contato com sentimentos e reações diante dos seres humanos que se está atendendo. Um espaço que priorize a reflexão e a troca de experiências.

Como esse profissional se coloca diante de situações como a morte, a morte violenta e o suicídio?

O objetivo dessa oficina é trazer estes temas tão difíceis para uma conversa em que essas situações se transformem em força motriz de vida, provocando a construção de sentidos e significados, podendo desenvolver e ampliar a sensibilidade do profissional para com seu paciente e seus familiares, dentro de uma ética de respeito e consideração.

2) CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

Vivemos numa cultura em que a morte é constantemente ocultada, negada ou ignorada.

Por mais que a ciência aplicada à medicina venha conseguindo prolongar a vida humana, inclusive com melhor qualidade, nossa condição de finitos, mortais é a mesma.

Diante de um paciente que vai morrer, o profissional que integra uma equipe de saúde pode ser tomado por sentimentos e idéias difíceis de ser admitidos e elaborados. Numa tentativa de evitar o sofrimento, passa a adotar comportamentos defensivos, tais como a frieza e distanciamento do paciente e sua família.

Cassorla nos diz que “quando o médico e a equipe de saúde se defrontam com pacientes que vão morrer, são mobilizados por idéias, sentimentos e fantasias de várias intensidades, predominando aquelas com características aterradoras. Na maioria das vezes,

esses conteúdos não são conscientes, incluindo as ansiedades e defesas deles decorrentes, e sua dinâmica depende de como se construiu o mundo interno do profissional de saúde. Por outro lado, sabemos que fantasias e ansiedades inconscientes repercutem no médico e na sua equipe, por vezes de forma sutil ou inaparente, redundando em sofrimento mental e somático e podendo extrapolar para a conduta social. No entanto, observa-se que geralmente o profissional não se dá conta do próprio sofrimento nem de seus desencadeantes: o contato com a morte e o morrer e as fantasias inconscientes que o acompanham.

Há fortes indícios de que os médicos, provavelmente, têm mais medo da morte do que outros profissionais, ainda que de forma não-consciente, podendo esse medo ser um dos motivadores da escolha profissional. Enfrentar a morte, lutar contra os sentimentos aterradores que ela desencadeia, pode estimular o sentimento e a ação de médicos dedicados que usam todos os recursos para recuperar a saúde de seus pacientes. Mas, em alguns casos, o funcionamento mental do profissional de saúde leva-os a atitudes que visam, primordialmente, à evitação do contato com o fato (a morte e o morrer), utilizando mecanismos que poderíamos chamar de contrafóbicos, pelos quais o terror é negado, expelido. O profissional pode chegar a ponto de perder o contato com a realidade utilizando mecanismos de defesa que dificultam a sua percepção de que a morte existe e faz parte da vida. Com essa evitação da certeza de morrer pela consciência, ele tenta escapar das ansiedades conseqüentes de ter que se defrontar com sua impotência profissional e, mais ainda, com o fato de que ele mesmo, como ser humano, também é mortal. São fatos extremamente penosos que, para alguns, podem ser insuportáveis. Outra conseqüência dessas defesas, por vezes, são as condutas onipotentes, vistas como “heróicas”, ainda que a razão mostre que nada mais há a ser feito para evitar a morte do paciente.

Esses conflitos pessoais, a “fobia” ante a morte e o morrer e sua contrapartida contrafóbica, articulam-se como fatores sociais e culturais que têm tornado a morte algo “feio”, “inoportuno”, que deve ser escondido e tratado com menosprezo. Nas últimas décadas, aos poucos, o homem foi perdendo o direito sobre a própria morte, que passou a ser controlada por profissionais específicos, entre eles os de saúde. A morte não somente foi “medicalizada” com se constituiu (principalmente nos Estados Unidos) em uma área de “especialistas”, cuja função é fazer com que os rituais de luto sejam padronizados, sem

envolvimento familiar, a morte e o morto sendo maquiados a tal ponto que “incomodem” o menos possível. Assim, se antes o moribundo podia morrer em sua casa, cercado de sua família e de entes queridos, muitas vezes reconciliando-se com eles e consigo mesmo, agora não tem mais o direito de escolher, opinar ou mesmo saber exatamente o que está acontecendo”. (CASSORLA, 2002)

Outros problemas surgem em decorrência desta onipotência não elaborada. Quando as coisas não andam dentro de um ideal, um culpado precisa ser identificado. Brigas e acusações mútuas entre colegas de equipe também são freqüentes nesses momentos de crise.

A desinformação dos profissionais de saúde com relação à questão do suicídio, particularmente, do papel das tentativas de suicídio como um fenômeno que comunica e pede ajuda para um estado de desestabilização psíquica, tem perpetuado uma abordagem inadequada da questão.

Ainda hoje, tentativas de suicídio tendem a ser vistas como atitudes histéricas com ameaças que nunca vão se concretizar. Essa percepção desencadeia atitudes hostis e desumanizadas por parte da equipe de saúde, particularmente, quando o risco de vida é mínimo ou nulo.

A desinformação gera encaminhamentos burocráticos para serviços de saúde mental, sem garantia de acolhimento ou de continuidade de tratamento.

Essas atitudes acentuam a desesperança das vítimas e representam oportunidades perdidas para instituir o adequado tratamento do transtorno mental que pode levar a novas tentativas com métodos mais letais com risco de suicídio.

No dia-a-dia do trabalho são poucas ou nenhuma as ocasiões de se falar sobre a morte de pacientes sob a responsabilidade de uma equipe de saúde.

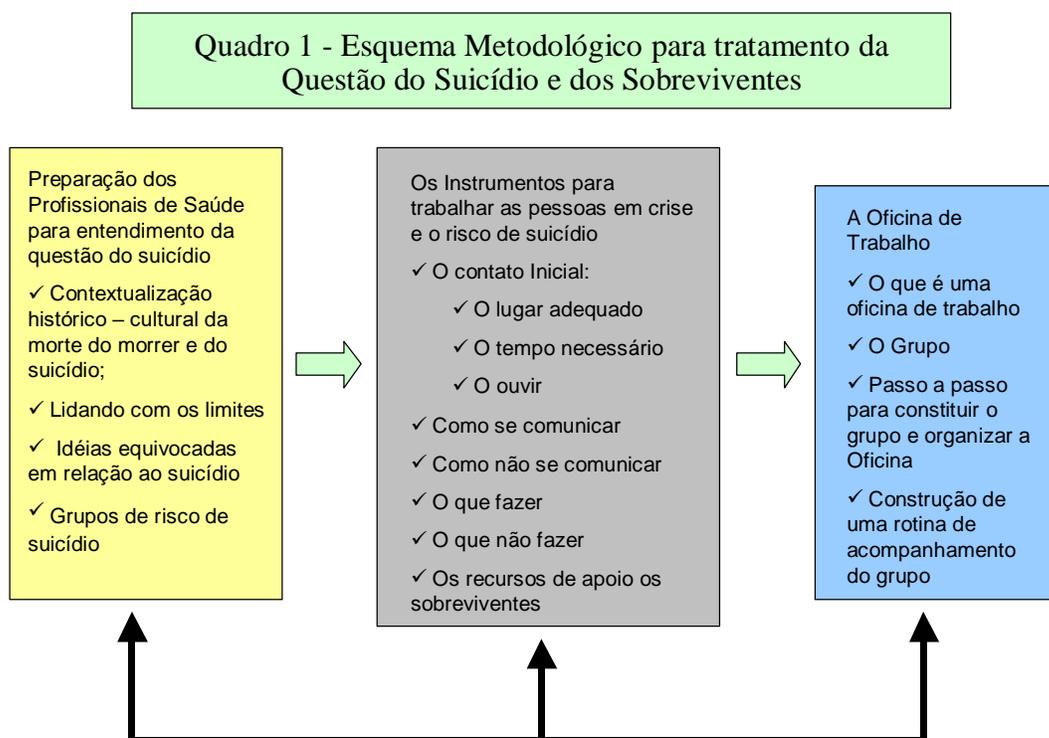
Uma oficina de trabalho que proporcione a oportunidade para que estas situações sejam pensadas de modo compartilhado em um grupo, construindo novas formas de se colocar diante delas certamente será importante para os profissionais, os pacientes e seus familiares.

3) ESQUEMA METODOLÓGICO PARA ABORDAGEM DA QUESTÃO DO SUICÍDIO E DOS SOBREVIVENTES

Considera-se que para melhor estruturar o tratamento da questão do suicídio, especialmente para os profissionais de saúde não especializados nesse difícil tema, há três momentos distintos que estão interrelacionados:

- ✓ A preparação antecipada dos profissionais de saúde no entendimento da questão do suicídio;
- ✓ Os instrumentos básicos para trabalhar as pessoas em crise e o risco de suicídio;
- ✓ A Oficina de Trabalho como o meio para realizar esta capacitação.

O esquema metodológico apresentado no Quadro 1 torna possível visualizar a estruturação e organização do trabalho para que haja uma maior facilidade na sua implementação.



4) PREPARAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA ENTENDIMENTO DA QUESTÃO DO SUICÍDIO

4.1) Contextualização histórico-cultural da morte, do morrer e do suicídio

Não se morre do mesmo jeito pelo mundo afora e nem sempre se encarou a morte como se encara hoje em nossa sociedade ocidental, que tenta transformar esse assunto em situação a ser endereçada somente aos hospitais e seus profissionais.

As hipóteses para explicar porque hoje a morte é cada vez mais afastada de nosso cotidiano e “asséptica” assim como a crescente distância afetivo-emocional entre um velho/moribundo e os “vivos” serão apresentadas considerando-se a intensa necessidade de afeto de quem está para morrer.

Também o suicídio não tem um significado único e pode ser discutido a partir de outros pontos de vista, além da psicologia, da psiquiatria e da saúde pública. E essas diversas visões se complementam, enriquecendo o entendimento que podemos ter sobre o tema.

O suicídio não é uma questão nova, pelo contrário, existiu desde sempre, com múltiplos significados através dos tempos e das culturas.

Contemporaneamente é entendido como um problema individual mas também de uma família e de uma sociedade.

Pode ser abordado desde vértices diversos: “É mensurado pela epidemiologia, como incidência em intensificação e como taxa social. Na sociologia funcionalista se explica, na maior parte das vezes, pela anomia, pelo egoísmo e por envolvimento grupais que cobram posturas sacrificiais altruístas. (...) Sofre impactos do desenvolvimento, da urbanização e de fatores culturais envolvidos”. (SERRANO, 2003)

O aumento de sua incidência no país nos faz pensar de que maneira as condições sociais e culturais atuais podem estar favorecendo seu incremento.

E também como nós, profissionais de saúde, nos colocamos diante desta questão.

4.2) Lidando com os limites

Num contexto atual de expansão crescente dos recursos da tecnologia médica, onde mortes que em outro momento histórico seriam certas e que hoje são perfeitamente evitáveis, propor ao profissional de saúde que perceba como a onipotência atrapalha e dificulta sua vida e seu trabalho não é tarefa simples.

As reações de raiva, de ansiedade, de afastamento com relação ao paciente em situação terminal, por exemplo, são decorrências desta onipotência não elaborada.

Diante de alguém que tenta o suicídio, os integrantes de uma equipe de saúde são mobilizados emocionalmente de forma extremamente intensa. De maneira quase geral, pode-se dizer que quem tenta suicídio não encontra acolhimento e compreensão de seu ato violento nos serviços de saúde. Estas reações, no entanto, são compreensíveis quando entendemos que estas situações provocam sentimentos e emoções bastante primitivos em todos os envolvidos, inclusive os profissionais de saúde.

Trabalhar pela aceitação de limites, tanto pessoais quanto os da tecnologia médica, será sempre benéfico levando a superação do dilema onipotência x impotência.

Considerar que seres humanos não podem viver sem a ajuda de outros seres humanos e propor que a equipe de saúde desenvolva sua capacidade de “estar ao lado” das pessoas em momentos-chave como a morte é uma maneira de estar longe da onisciência e da onipotência que podem assolar os profissionais da saúde.

4.3) Idéias equivocadas em relação ao suicídio

O suicídio, pela intensa mobilização emocional que provoca, é campo propício para muitos equívocos e preconceitos.

Uma atitude de intolerância e desconhecimento em relação às diversas dinâmicas que podem levar ao suicídio são capazes de conduzir a erros na avaliação da situação clínica do paciente e na proposta de tratamento.

Em nossa sociedade são comuns preconceitos que se expressam em frases feitas tidas como verdades estabelecidas e que precisam ser discutidas à luz do conhecimento que se tem hoje sobre o assunto.

A seguir listamos algumas delas e apresentamos as informações pertinentes.

“Quando uma pessoa pensa em suicidar-se tentará suicidar-se para o resto da vida.” –

As pessoas que querem suicidar-se só se sentem assim durante um tempo. Naquele momento se tiverem ajuda adequada podem se recuperar e não fazer mais tentativas.

“Se uma pessoa tentar matar-se uma vez, é menos provável que ele volte a tentar.” –

Ao contrário, cerca de 80% dos suicídios ocorreram depois da pessoa ter tentado anteriormente. Isto acontece especialmente com jovens.

“Se alguém tenta o suicídio, é claro que se quer matar.” –

Ambivalência é um sintoma marcante nas pessoas que se querem suicidar. Muitos não querem morrer, querem simplesmente escapar de uma situação insuportável. Mas a tentativa de suicídio é o principal fator de risco para o suicídio. Não se pode menosprezá-la.

“Se eu perguntar sobre suicídio, poderei induzir o paciente a isso.” –

Questionar sobre idéias de suicídio, fazendo-o de modo sensato e franco, aumenta o vínculo com o paciente. Este se sente acolhido por um profissional cuidadoso, que se interessa pela extensão de seu sofrimento.

“Se uma pessoa que se sentia deprimida e pensava em suicidar-se, num momento seguinte passa a se sentir melhor, normalmente significa que o problema já passou.” –

Se alguém que pensava em suicidar-se ou estava deprimido e, de repente, parece contente, não significa que o problema já passou. Uma pessoa que decidiu suicidar-se pode sentir-se "melhor" ou sentir-se aliviado depois de ter tomado essa decisão. Uma pessoa que esteja gravemente deprimida pode não ter energia suficiente para se matar. Recuperando as suas energias, poderá levar a cabo o seu plano.

“As pessoas que dizem que vão se matar nunca o fazem. É uma forma de desabafar.

Aqueles que se matam, normalmente não falam sobre o assunto. Simplesmente se suicidam.” – A maior parte das pessoas que se suicidam, ou falam sobre o assunto ou fazem qualquer coisa que indica que eles se vão matar. Não precisa se culpar se você não

notou os sintomas, mas se você está preocupado com alguém que você conhece ou atende, leia sobre o assunto ou converse com um colega para que seja capaz de identificar uma pessoa com propensão ao suicídio.

“Quem tenta o suicídio é um covarde.” – Os que tentam o suicídio não são covardes e sim pessoas que sofrem.

“Quem tenta o suicídio é corajoso.” – Pretender equiparar o suicídio com uma qualidade positiva dificulta sua prevenção. Os que tentam o suicídio não são corajosos nem covardes.

“Ele está ameaçando suicídio apenas para manipular.” – A ameaça de suicídio sempre deve ser levada a sério. Chegar a este tipo de recurso indica que a pessoa está sofrendo e que necessita de ajuda.

“Quem quer se matar, se mata mesmo.” – Essa idéia pode conduzir ao imobilismo terapêutico, ou ao descuido no manejo das pessoas sob risco. Não se trata de evitar todos os suicídios, mas sim os que podem ser evitados.

“Quem quer se matar não avisa.” – Pelo menos dois terços das pessoas que tentam ou que se matam, haviam comunicado de alguma maneira sua intenção para amigos, familiares ou conhecidos.

“No lugar dele, eu também me mataria.” – Há sempre o risco de o profissional identificar-se profundamente com aspectos de desamparo, depressão e desesperança de seus pacientes, sentindo-se impotente para a tarefa assistencial. Há também o perigo de se valer de um julgamento pessoal subjetivo para decidir as ações que fará ou deixará de fazer.

“Veja se da próxima vez você se mata mesmo.” – O comportamento suicida exerce um impacto emocional sobre a equipe de saúde, podendo provocar sentimentos de franca hostilidade e de rejeição. Isso é capaz de impedi-la de encarar a tentativa de suicídio como

um possível marco em uma trajetória pessoal acidentada, a partir do qual se podem mobilizar forças para uma mudança de vida.

“Quem se mata é bem diferente de quem apenas tenta.” – Diversos estudos epidemiológicos demonstraram que, vistas em conjunto, as pessoas que tentam o suicídio apresentam características diferentes daquelas que chegam a um desenlace fatal. No entanto, esses achados não deveriam funcionar como alibi para a pouca atenção dispensada aos que tentam o suicídio, mas não morrem.

“Após uma tentativa de suicídio, uma melhora rápida das condições mentais significa que o perigo passou.” – Uma melhora rápida exige atenção redobrada, não significa que a crise acabou. Vale lembrar que muitos suicídios se efetivam pouco tempo após uma tentativa prévia.

Discutir e avaliar criticamente as afirmativas acima ajuda ao profissional de saúde a rever suas posições com relação aos pacientes que tentam suicídio, auxiliando-o no melhor tratamento e atendimento desta população.

4.4) Grupos de risco de suicídio

Os grupos de risco de suicídio são aqueles conjuntos de pessoas que por suas características particulares têm maiores possibilidades de cometer um ato suicida que outros. Por isto mesmo, eles necessitam de uma maior atenção e acompanhamento.

Segundo Barrero, os grupos de risco de suicídio são os seguintes:

a) Os deprimidos

Os doentes mentais são o grupo que com maior frequência comete suicídio e entre eles os deprimidos. Seus sintomas mais freqüentes são a tristeza, poucos desejos de fazer as coisas, a falta de vontade, os desejos de morrer, as queixas somáticas diversas, a ideação suicida, os transtornos do sono, do apetite e o descuido com os hábitos de higiene.

Dentre estes, os **adolescentes** são uma população que requer atenção especial porque:

- Manifestam-se com mais frequência irritáveis do que tristes, dificultando a identificação da depressão.
- As flutuações do afeto e a labilidade são mais frequentes que no adulto.
- Os adolescentes têm a tendência a apresentar excesso de sono que insônia.
- Têm maiores possibilidades de manifestar queixas físicas ao sentirem-se deprimidos.
- Mostram episódios de violência e condutas anti-sociais como manifestação de depressão.
- Podem assumir comportamentos de risco como abuso de álcool e drogas, dirigir em alta velocidade, etc.
- É importante reconhecer a depressão nos adolescentes por serem naturalmente mais imaturos e menos integrados, o que pode aumentar a chance de tentativa de suicídio.

Outro grupo que pede atenção especial são os **idosos**. Neles, a depressão se manifesta com algumas particularidades:

- Ânimo deprimido durante a maior parte do dia durante todos os dias.
- Acentuada redução do prazer ou do interesse nas atividades diárias.
- Insônia ou excesso de sono diários.
- Agitação psicomotora ou retardo psicomotor.
- Fadiga ou perda de energia diariamente.
- Sentimentos de culpa inapropriados.
- Pensamentos recorrentes de morte ou de suicídio.

Como se evidencia, não é conveniente atribuir qualquer sintoma de um idoso a sua velhice, aos achaques da mesma, a uma demência ou a uma enfermidade física, pois pode ser a manifestação de uma depressão tratável e, portanto, pode recuperar sua vitalidade e o resto das funções comprometidas. Se não se diagnostica adequadamente, pode se tornar crônica e, pior ainda, levar a pessoa a terminar sua vida com o suicídio.

b) Os que fazem tentativa de suicídio:

De acordo com alguns estudos entre 1% a 2% dos que tentam o suicídio se suicidam durante o primeiro ano depois de terem realizado essa tentativa e entre 10% a 20% durante o resto de suas vidas, o que justifica a sua inclusão neste grupo.

c) Os que têm idéias suicidas ou ameaçam suicidar-se:

Ter idéias suicidas não necessariamente leva ao risco de cometer um suicídio. Em muitas investigações tem-se encontrado um grupo de indivíduos que durante suas vidas tiveram esse tipo de pensamento e jamais realizaram uma auto-agressão. No entanto, quando a idéia suicida se apresenta como um sintoma de uma doença mental com uma elevada tendência suicida, com uma freqüência crescente, com planejamento detalhado e em circunstâncias que facilitem que o suicídio se realize, o risco é muito elevado.

d) Os sobreviventes:

Pessoas muito ligadas afetivamente àquelas pessoas que morrem por suicídio, incluindo os familiares, os amigos, companheiros, como também o próprio médico psiquiatra ou outro terapeuta que o assistia.

O luto por alguém que se suicida apresenta determinadas características que o diferencia do resto dos lutos. É impossível apresentar um quadro clínico típico de um sobrevivente de suicídio, mas são comuns os intensos sentimentos de perda, acompanhados de pena e tristeza, raiva por se sentir responsável, em certa medida, pelo que aconteceu, sentimentos de distanciamento, ansiedade, culpa, estigmatização, etc.

O medo é uma emoção presente em quase a totalidade dos familiares de um suicida e está referido a si mesmo, a sua possível vulnerabilidade de cometer suicídio ou padecer de uma doença mental. Esse temor se estende aos mais jovens, que podem começar a ser superprotegidos com esperança de evitar que eles também cometam um ato suicida.

A culpa é outra manifestação freqüente entre os familiares de alguém que morre por suicídio e se explica pela impossibilidade de evitar a morte de seu ente querido, por não ter detectado oportunamente os sinais que indicavam o que ocorreria, por não ter atendido os chamados de atenção do sujeito, que consistem normalmente de ameaças, gestos ou prévias intenções suicidas, assim como não haver conseguido obter a confiança do sujeito para que

ele manifestasse as suas idéias suicidas. Outras vezes, a culpa está associada a não haver tomado uma medida a tempo, apesar de ter reconhecido as manifestações da deterioração da saúde mental que poderiam terminar em um ato suicida. Quando a culpa é insuportável, o familiar também pode cometer um ato suicida para extirpá-la.

e) Os sujeitos vulneráveis em situação de crise:

Este grupo é formado principalmente pelos doentes mentais não deprimidos, entre os quais se encontram os esquizofrênicos, os alcoólatras e outros dependentes de drogas, os transtornos de ansiedade e da personalidade, os que padecem de transtornos impulsivos, assim como as síndromes orgânicas cerebrais, apenas para citar alguns.

Incluem-se ainda aqueles indivíduos que padecem de enfermidades físicas terminais, malignas, dolorosas, incapacitantes que comprometem substancialmente a qualidade de vida.

São vulneráveis também determinados grupos de indivíduos como as minorias étnicas, os imigrantes que não conseguem se adaptar ao país que o recebem, os deslocados de seus locais de moradia, torturados, vítimas da violência.

Os grupos de risco de suicídio têm o risco aumentado nas seguintes situações:

A - Na infância:

- Violência familiar.
- Ruptura familiar.
- Morte de ser querido que dava apoio emocional.
- Conviver com um doente mental como único parente.

B - Na adolescência:

- Amores contrariados e decepções amorosas.
- Relações difíceis com figuras significativas (pai, mãe, professores).
- Expectativa excessiva dos pais que são maiores que a capacidade do adolescente.
- Gravidez não desejada ou escondida.
- Períodos de provas.
- Amigos com comportamento suicida que aprovam o suicídio como

solução dos sofrimentos e dificuldades da vida.

- Assédio ou abuso sexual da parte de figuras significativas.
- Perdas de figuras significativas por separação, morte ou abandono.
- Períodos de adaptação a regimes militares e internatos educacionais.

C - Na vida adulta

- Desemprego (durante o primeiro ano).
- Esposa ativa e determinada em determinadas culturas machistas.
- Escândalos sexuais de personalidades públicas.
- Quebras financeiras.

D - Na velhice

- Período inicial da institucionalização, no caso de idosos que vão viver em abrigos especializados.
- Viuvez, durante o primeiro ano para o homem e durante o segundo ano para a mulher.
- Estar submetido a mal tratos físicos e psicológicos.
- Doenças físicas que deterioram o sono (insônia crônica) acompanhadas de dor e intensa falta de ar. (BARRERO, 2005)

Sempre é bom lembrar que os **principais fatores de risco** para o suicídio são:

- História de tentativa de suicídio.
- Transtorno mental.

Diante de qualquer sujeito que apresente algumas destas características e ideação suicida, é preciso aproximar-se, conversar, chamá-lo para um vínculo com o profissional para que se possa tentar evitar que ele tente suicidar-se.

5) OS INSTRUMENTOS DE TRABALHO

Como ajudar uma pessoa em crise, com risco de suicídio? O texto que se segue procura dar sugestões e orientações sobre a maneira de abordar e conversar com estas pessoas que estão em situação de extremo sofrimento, com sua família ou pessoas próximas dela afetivamente e com a própria equipe de saúde.

Quando as pessoas dizem “Eu estou cansado da vida” ou “Não há mais razão para eu viver”, elas geralmente são rejeitadas, ou, então, são obrigadas a ouvir sobre outras pessoas que estiveram em dificuldades piores. Nenhuma dessas atitudes ajuda a pessoa sob risco de suicídio.

5.1) O Contato Inicial

O contato inicial é muito importante. Frequentemente, ele ocorre numa clínica, casa ou espaço público, onde pode ser difícil ter uma conversa particular.

1. O primeiro passo é achar um **lugar adequado**, onde uma conversa tranqüila possa ser mantida com privacidade razoável.

2. O próximo passo é **reservar o tempo** necessário. Pessoas com ideação suicida usualmente necessitam de mais tempo para deixarem de se achar um fardo. É preciso, também, estar disponível emocionalmente para lhes dar atenção.

3. A tarefa mais importante é **ouvi-las efetivamente**. Conseguir esse contato e ouvir é por si só o maior passo para reduzir o nível de desespero suicida.

O objetivo é preencher uma lacuna criada pela desconfiança, desespero e perda de esperança e dar à pessoa a esperança de que as coisas podem mudar para melhor.

Uma abordagem calma, aberta, de aceitação e de não-julgamento é fundamental para facilitar a comunicação.

**Ouçã com cordialidade.
Trate com respeito.
Empatia com as emoções.
Cuidado com o sigilo.**

5.2) Como se comunicar

- Ouvir atentamente, com calma.
- Entender os sentimentos da pessoa (empatia).
- Dar mensagens não-verbais de aceitação e respeito.
- Expressar respeito pelas opiniões e valores da pessoa.
- Conversar honestamente e com autenticidade.
- Mostrar sua preocupação, cuidado e afeição.
- Focalizar nos sentimentos da pessoa.

5.3) Como não se comunicar

- Interromper muito freqüentemente.
- Ficar chocado ou muito emocionado.
- Dizer que você está ocupado.
- Fazer o problema parecer trivial.
- Tratar o paciente de maneira que o coloca numa posição de inferioridade.
- Dizer, simplesmente, que tudo vai ficar bem.
- Fazer perguntas indiscretas.
- Emitir julgamentos (certo x errado), tentar doutrinar.

5.4) O que fazer

- Ouvir, mostrar empatia, e ficar calmo;
- Ser afetuoso e dar apoio;
- Leve a situação a sério e verifique o grau de risco;
- Pergunte sobre tentativas anteriores;
- Explore as outras saídas, além do suicídio;
- Pergunte sobre o plano de suicídio;
- Ganhe tempo – faça um contrato;
- Identifique outras formas de dar apoio emocional;
- Remova os meios, pelos quais a pessoa possa se matar;
- Tome atitudes, consiga ajuda;
- Se o risco é grande, fique com a pessoa.

5.5) O que não fazer

- Ignorar a situação;
- Ficar chocado ou envergonhado e em pânico;
- Tentar se livrar do problema acionando outro serviço e considerar-se livre de qualquer ação;
- Falar que tudo vai ficar bem, sem agir para que isso aconteça;
- Desafiar a pessoa a continuar em frente;
- Fazer o problema parecer trivial;
- Dar falsas garantias;
- Jurar segredo;
- Deixar a pessoa sozinha.

5.6) Os recursos de apoio aos pacientes

As pessoas que tentam suicídio precisam ser acompanhadas após seu atendimento em um serviço de saúde.

As fontes de apoio usualmente disponíveis são:

- Família;
- Companheiros/namorados;

- Amigos;
- Colegas;
- Clérigo;
- Profissionais de saúde;
- Grupos de apoio, ex. Centro de Valorização da Vida – CVV (www.cvv.com.br).

Como obter estes recursos?

1. Tente conseguir permissão do paciente para recrutar quem possa ajudá-lo, em geral alguém de sua confiança, e depois entre em contato com essas pessoas.
2. Mesmo que a permissão não seja dada, em uma situação de risco importante, tente localizar alguém que seria particularmente compreensivo com o paciente. Procure, dentro do possível, preservar o sigilo do paciente.
3. Fale com o paciente e explique que algumas vezes é mais fácil falar com um estranho do que com uma pessoa amada, para que ele ou ela não se sinta negligenciado ou ferido.
4. Fale com as pessoas de apoio sem acusá-las ou fazê-las sentirem-se culpadas.
5. Assegure novamente seu apoio nas ações que serão tomadas.
6. Fique atento, também, às necessidades dos que se propuseram a ajudar.

(Fonte: Prevenção do Suicídio - Manual dirigido a profissionais da saúde em Centros de Atenção Psicossocial, 2006)

E os familiares, como lidar com eles?

Os parentes com muita frequência estão despreparados emocionalmente para lidar situações como as que aqui estão sendo abordadas.

Conhecer as reações patológicas à perda (em especial, no caso do suicídio), saber como a família está enfrentando a situação de ter entre os seus alguém que tentou suicídio, se informar a respeito da rede social de apoio de quem está sendo atendido pode ser extremamente relevante para os profissionais e as equipes envolvidos nos serviços de atenção à saúde.

Cassorla chama a atenção para a importância de “os parentes terem um espaço acolhedor, em que possam falar e externalizar seus sentimentos, espaço esse que terá que ser fornecido pela equipe assistencial e/ou profissional de saúde mental.” Segundo ele, “esse será o momento ideal para, quando possível, efetuar uma aproximação dos familiares,

consigo mesmos e com os demais; também poderá haver um trabalho rumo à resolução de pendências entre os membros da família e com o paciente. (CASSORLA, 2002)

E a equipe de assistência?

Será que ela também precisa de apoio?

Certamente que sim.

O profissional de saúde que lida com emergências e urgências, dentre elas os casos de tentativa de suicídio, trabalha “em um ambiente psiquicamente insalubre. Estará constantemente sendo alvo de identificações projetivas e da introjeção de aspectos altamente perturbadores vezes, necessidades imperiosas de reparação maníaca, culpas e necessidade de autopunição inconsciente fazem com que o profissional não se cuide e entre em uma rotina extenuante, sem descanso físico, emocional e social. Isso lhe acarretará, além de uma má qualidade de vida, maior vulnerabilidade a sofrimento físico, emocional e social. O profissional de saúde deve, portanto, estar sempre alerta, sabendo cuidar-se em relação a envolvimento exagerados, por vezes desnecessários, e questionar-se constantemente sobre os motivos que o levam a essa atividade e em que grau. Conhecer-se a si mesmo será indispensável se ele perceber que sua vida não é satisfatória, e isso poderá ser efetuado em terapias pessoais”. (CASSORLA, 2002)

Além da possibilidade de um trabalho individual, uma outra se coloca: a estruturação e realização de reuniões sistemáticas de equipe onde os casos atendidos, as estratégias de trabalho, os sentimentos contratransferências com relação aos pacientes e seus familiares, além da interação (ou a falta dela) entre os membros da equipe possam ser apresentados e elaborados.

A construção por parte dos profissionais de um ambiente de suporte e apoio para si mesmos e para a equipe é fator fundamental para que possam enfrentar e superar dificuldades e tensões da vida profissional, ajudando-os a cuidar de seus pacientes.

6) A OFICINA DE TRABALHO

6.1) O que é uma Oficina de Trabalho

Trabalhar com capacitação de profissionais requer de todos os participantes do processo um esforço continuado de organização e sistematização do conhecimento.

Requer que se explicita que concepção de aprendizagem está se usando: consideramos que o foco *da* aprendizagem é saber reconstruir, elaborar, questionar. Mas é também forjar o indivíduo capaz de ser o dono de seu conhecimento, ser autônomo em seu conhecimento.

A **autonomia** do indivíduo é fundamental. Para Bleger (1980), a **autonomia** está relacionada à participação do indivíduo na elaboração de novas formas de pensar e na criação de novos conhecimentos, auxiliando na reflexão crítica da realidade, para questioná-la e se possível, transformá-la. Os conflitos e as contradições devem atuar como elementos motivadores favorecendo uma nova reestruturação. Desta forma o participante de um processo de capacitação ao construir conhecimentos, aprende os seus mecanismos de produção tornando-se mais independente. Faz parte do processo de aprendizagem a exploração da atividade, o incentivo à criatividade e à observação.

Desse modo, um aspecto fundamental desta proposta metodológica é que ela seja uma metodologia ativa, participativa, valorizando sempre a experiência dos profissionais envolvidos.

A forma aqui proposta - oficina de trabalho - traz nela mesma a concepção de trabalho conjunto, co-construído de modo reflexivo e ativo, colaborando sempre para que se encontre alternativas e respostas para as difíceis situações muitas vezes vividas pelos profissionais de saúde em seus serviços.

6.2) O Grupo

Outro aspecto que valorizamos como extremamente importante é que o trabalho seja realizado em **grupo**.

É a possibilidade de reflexão sobre si mesmo e sobre suas intervenções no serviço de saúde, em um contexto de intercâmbio, que pode promover modificações no modo de se ver e de se relacionar, seja com o paciente e seus familiares, seja com os colegas de equipe.

O grupo pode ser continente de vivências e pensamentos “difíceis” assim como ocasião para expressão de afetos e sentimentos espontâneos, que em outro local não seriam acolhidos.

Mais ainda, a experiência de trabalho em grupo pode ajudar no fortalecimento da proposta de se criar estratégias de suporte mútuo para melhor exercício das atividades de atenção e cuidado de pacientes nos locais de trabalho.

A presença de outros começa a ser vivida como enriquecedora. E aí os membros de um grupo podem passar a se ajudar, a dar suporte um ao outro, permitindo alcançar um estado onde cada um não se sinta tão desvalido, vazio ou vulnerável.

6.3) Passo a passo para constituir o grupo e organizar a oficina

A - Analisar a demanda

Antes de se iniciar qualquer ação ou proposta é necessário conhecer e tentar compreender as situações e condições que deram origem ao pedido de capacitação.

B - Montagem do grupo

Uma oficina não pode ter mais que 15 a 20 participantes para ser realmente interativa e proveitosa.

São necessários 2 coordenadores que se revezam e complementam no trabalho grupal.

É fundamental a definição de um relator (ou vários, por subgrupos). O registro do trabalho realizado é precioso material para o próprio grupo em questão naquele momento como para subsidiar a experiência com outros grupos.

Um espaço físico amplo com cadeiras móveis que facilitem o movimento das pessoas que podem estar reunidas em um grupo único num determinado momento e precisem se subdividir em grupos menores, por exemplo.

C - Principais conteúdos a serem trabalhados e indicação de dinâmicas de grupo para se trabalhar o conteúdo.

1. Contextualização histórico-cultural da morte, do morrer e do suicídio

Apresentação de situações de morte e suicídio em diferentes culturas e tempos históricos.

Debates e relatos.

Distribuição para os participantes de relação de textos que contextualizam na cultura e na história o modo como a morte é vivida pelo moribundo, por aqueles que o rodeiam e pela sociedade.

2. Lidando com os limites

Atividade de auto-observação e reflexão: solicitar que cada participante identifique uma situação difícil que tenha vivido e onde tenha se sentido incapaz e/ou culpado diante de seu paciente.

À partir do relato de cada um, pode-se elaborar o sentimento de impotência que muito frequentemente surge nos profissionais. Reconhecer que não se é o único a ter dificuldades pode colaborar para a construção, no grupo, de novos modos de se compreender e lidar com os casos apresentados.

3. Ideias equivocadas em relação ao suicídio

Este tema será trabalhado à partir da apresentação de uma lista de idéias e mitos a respeito do suicídio. Outros poderão surgir no grupo.

Diante desta lista, os participantes serão convidados a discutir a pertinência (ou não) de cada um dos ditos ou frases. Sempre que for o caso, a experiência profissional será incorporada na discussão.

No final desta atividade, uma nova lista com os mitos e “frases prontas” sobre o suicídio e sobre quem tenta suicidar-se será construída incorporando-se nela o resultado das discussões e reflexões.

4. Grupos de risco de suicídio

Apresentação dos grupos de risco e suas características.

Discussão e debate sobre as dificuldades de se identificar pessoas em risco de suicídio.

5. Como atuar numa crise?

Dramatização de situações reais baseadas na experiência de alguns dos próprios profissionais integrantes do grupo de trabalho.

Reflexão grupal a respeito do modo de atuar com o paciente.

Apoio à famílias

Como lidar com colegas de equipe e do hospital. Construção de propostas concretas para seu local de trabalho.

6.4) Construção de uma rotina de acompanhamento do grupo

Esta atividade, que costuma ser negligenciada, é a que propicia avaliar e redirecionar as ações e rotinas que não estiverem sendo adequadas, assim como proporciona a oportunidade para que as interações pessoais se fortaleçam.

Encontros mensais, a partir da realização da oficina, ajudam o grupo a manter sua coesão e seu trabalho reflexivo.

7) CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este texto com proposta de oficina para a capacitação de profissionais de saúde para o atendimento de qualidade dos casos de tentativa de suicídio está integrado às ações propostas pela Estratégia Nacional de Prevenção de Suicídio do Ministério da Saúde.

Espera-se que ele seja instrumento facilitador da construção de estratégias e meios para se lidar, nos serviços de saúde, com os pacientes que tentam suicídio e seus familiares.

Multiplicar estas discussões na rede de saúde que faz a atenção de urgência e emergência é essencial para que os casos de tentativa de suicídio que aí chegam tenham o atendimento e acompanhamento que necessitam.

Lembrando que é construindo junto, solidariamente, com os técnicos diretamente envolvidos com a assistência que se tem chance de produzir mudanças no entendimento e nas ações com relação ao fenômeno do suicídio.

REFERÊNCIAS

Après le suicide d'un proche. Disponível em:

<http://www.preventionsuicide.be/texte/dewil.htm>. Acesso em: nov. 2006.

BARRERO, S.A.P. Prevención del suicídio por el médico general. Principios para su capacitación. **Electron J Biomed** 2005; 3: 47-52. Disponível em: <http://www.bus.sld.cu>. Acesso em: nov. 2006.

BARRERO, S.A.P; SOL, F.R. El suicidio y su atención por el médico de la familia.

Revista Cubana de Medicina General Integral, out./dez., 1995.

BLEGER, J. **Temas de Psicologia – entrevista e grupos**. São Paulo: Martins Fontes, 1980.

BOTEGA, N. J. et al. Comportamento suicida. In BOTEGA, N. J. (org.). **Prática psiquiátrica no hospital geral inter consulta e emergências**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia Nacional de Prevenção de Suicídio**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2006.

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

CAMPOS, E.P. **Quem cuida do cuidador: uma proposta para os profissionais de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2005.

CASSORLA, R.M.S. A morte e o morrer. In BOTEGA, N. J. (org.). **Prática psiquiátrica no hospital geral inter consulta e emergências**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

CONTROL OF DISEASES CENTER. **Recommendations for a community plan for the prevention and containment of suicide clusters.** Disponível em: <http://www.cdc.gov>. Acesso em: nov. 2006.

FALCÃO, E.B.M.; LINO, G.G.S. O paciente morre: eis a questão. In **Revista Brasileira de Educação Médica**, vol. 28, n° 2, maio/agosto, 2004.

KOVACS, M. J. (coord.). **Morte e desenvolvimento humano.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do Suicídio: manual para médicos clínicos gerais.** Genebra: OMS, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do Suicídio: manual para professores e educadores.** Genebra: OMS, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenir o suicídio: um guia para profissionais da mídia.** Genebra: OMS, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial sobre o suicídio.** Genebra: OMS, 2000.

SAMARITANOS. **Mitos.** Disponível em: <http://www.samaritanos.org.br/mitos.htm>. Acesso em: nov. 2006.

SARAIVA, C. B. **É possível prevenir o suicídio?** Disponível em: http://www.spsucidologia.pt/biblioteca/artigos_dt.php?artigoID=7. Acesso em: nov. 2006.

SERRANO, A. I. **Impactos da modernidade sobre as pulsões autodestrutivas: ciências sociais e intervenção psiquiátrica.** 2003. Tese de Doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina, Ciências Humanas.

WERLANG, B.G.; BOTEGA, N.J. **Comportamento Suicida**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2004.

COMO CITAR ESTE MATERIAL:

FERRARA, A., METODOLOGIA DE OFICINA PARA CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE. PROJETO COM VIVER, MINISTÉRIO DA SAÚDE/OPAS, 2006.

Disponível em <https://www.abeps.org.br/biblioteca>