



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**  
Centro Biomédico  
Instituto de Medicina Social

Fernanda Benquerer Costa

**O ensino da intervenção em crise suicida: uma proposta de  
currículo para ensino à distância**

Rio de Janeiro

2017

Fernanda Benquerer Costa

**O ensino da intervenção em crise suicida:  
uma proposta de currículo para ensino à distância**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Mestrado Profissional em Administração em Saúde, do Programa de Pós-Graduação Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Elaine Teixeira Rabello  
Coorientador: Prof. Dr. Marcelo da Silva Araújo Tavares

Rio de Janeiro

2017

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

C837 Costa, Fernanda Benquerer  
O ensino da intervenção em crise suicida: uma proposta de currículo para ensino à distância / Fernanda Benquerer Costa. – 2017.  
101 f.

Orientador: Elaine Teixeira Rabello.  
Coorientador: Marcelo da Silva Araújo Tavares

Dissertação (mestrado profissional) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Intervenção na crise – Teses. 2. Suicídio – prevenção e controle - Teses. 3. Educação à distância – Teses. 4. Capacitação de recursos humanos em saúde – Teses. 5. Competência profissional – Teses. I. Rabello, Elaine Teixeira. II. Tavares, Marcelo da Silva Araújo. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. IV. Título.

CDU 616.89-008.441.44

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Fernanda Benquerer Costa

**O ensino da intervenção em crise suicida: uma proposta de currículo para  
ensino à distância**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Mestrado Profissional em Administração em Saúde, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 04/10/2017

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Elaine Teixeira Rabello  
Instituto de Medicina Social - UERJ

Banca examinadora:

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Adriana Cavalcanti de Aguiar  
Instituto de Medicina Social - UERJ

---

Prof. Dr. Ricardo Ewbank Steffen  
Instituto de Medicina Social – UERJ

---

Prof. Dr. Marcelo da Silva Araújo Tavares (coorientador)  
Universidade de Brasília

Rio de Janeiro

2017

## DEDICATÓRIA

Aos que estão em sofrimento psíquico, motivação maior do nosso ofício,  
que recebam melhor compreensão e cuidado.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora Elaine Rabello, pelo acolhimento e ensinamentos, com disposição infinita. Obrigada pela dedicação e presença constantes mesmo à distância. E ao meu coorientador Marcelo Tavares, pela disponibilidade, por transmitir sua experiência de forma tão fascinante e por ser um exemplo de profissional. Agradeço aos dois, incansáveis defensores da clínica, ensino e pesquisa da maior qualidade. Certamente tornaram este processo mais leve.

Aos experts que dividiram seu tempo, percepções e experiências para enriquecer esta proposta com suas valiosas contribuições.

Aos colegas e amigos que fiz no percurso do trabalho com intervenção em crise suicida, pelas experiências de ótimos trabalhos em equipe, e que continuam a dar frutos como a excelente rede de profissionais que construímos, tanto a partir do Hospital Universitário de Brasília quanto do Hospital São Vicente de Paulo, da Diretoria de Saúde Mental e do Núcleo de Intervenção em Crise e Prevenção do Suicídio da UnB.

Aos queridos amigos Letícia, Ana Luísa, Daniella, Nathália, Juliana e Alexandre, pela presença afetuosa de vocês, especialmente nos últimos meses.

À Meirilane Naves, pela revisão do texto, excelentes sugestões e amizade.

A Marcelo Peixoto e Márcia Felipe pela compreensão e cuidado.

À Gláucia Diniz, por tomar conta de cada questão emocional minha, e ser um ponto de apoio importante nos desafios da vida. É um processo que me fortalece a cada dia.

À minha família: Margarida, Daniel, Aline, Tamara, Marcos e Rita.

Cada pessoa deve trabalhar para o seu aperfeiçoamento e, ao mesmo tempo,  
participar da responsabilidade coletiva por toda a humanidade.

*Marie Curie*

## RESUMO

COSTA, Fernanda Benquerer. **O ensino da intervenção em crise suicida**: uma proposta de currículo para ensino à distância. 2017. 101f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

O suicídio é um importante problema de saúde pública, e sua prevenção depende de medidas articuladas que incluem os campos da educação e saúde. A capacitação de profissionais de saúde para cuidar adequadamente das pessoas em risco é uma das possíveis ações. A educação em saúde é cada vez mais baseada nos princípios da aprendizagem do adulto, para que ocorra aprendizagem significativa. As tecnologias disponíveis atualmente propiciam o ensino à distância, o que permite inúmeras novas possibilidades, por exemplo, com horários flexíveis de estudo, e até atingir públicos que não poderiam participar de cursos presenciais. Este trabalho propõe um currículo de um curso de capacitação em intervenção em crise suicida, orientado por competências, para profissionais de saúde, no modelo de ensino à distância, para que o atendimento às pessoas em risco seja melhorado. O currículo foi construído por meio dos "10 Passos" de Ten Cate e teve a matriz de competências desenvolvida a partir de pesquisa na literatura e consultas a experts na área. Dois eixos orientaram o delineamento do curso: um voltado ao paciente em risco de suicídio e o outro direcionado ao profissional que o atende. Há cinco unidades distribuídas ao longo de 12 semanas. A primeira é presencial, e as demais em formato à distância. A carga horária total é de sessenta horas. Algumas dificuldades vislumbradas incluem a heterogeneidade de conhecimentos e experiências prévios e a necessidade de atendimento clínico em caso de crise suicida entre os alunos. Apesar disso, esta pode ser mais uma ferramenta disponível para capacitação profissional e ampliação das possibilidades de prevenção do suicídio.

Palavras-chave: Intervenção em crise. Prevenção do suicídio. Ensino à distância. Competências profissionais.



## ABSTRACT

COSTA, Fernanda Benquerer. **Teaching crisis intervention**: a distance learning curriculum proposition. 2017. 101p. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração em Saúde) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

Suicide is an important public health problem, and its prevention depends on articulated measures including the fields of education and health. Training health professionals to properly take care of people at suicide risk is one possible action. Health education has been increasingly based on adult learning principles and the perspective of meaningful learning. Current available technologies for distance education allows a wide range of new possibilities, for example, flexible study schedules or reaching audiences who would not be able to be on face-to-face classes otherwise. This study proposes a competency oriented training curriculum for suicide crisis intervention, aimed at healthcare professionals, in a distance-learning mode, so that the care practices for people at risk are improved. The curriculum was built on Ten Cate's "Ten Steps" method and had the competency matrix developed based on the literature research and the consulted experts' opinion. Two axes guided the course design: one aimed at the patient at risk of suicide and another aimed at the professional who takes care of him. There are five units, distributed along 12 weeks. The first one is a face-to-face moment, and the following have a distance-learning format. The total course load is 60 hours. Foreseen difficulties include the heterogeneity of previous knowledge and experience among students, and the need for clinical assistance in case of a suicidal crisis. Nevertheless, this can be another available tool for professional training and increased possibilities for suicide prevention.

Keywords: Crisis intervention. Suicide prevention. Distance education. Professional competences.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Desenho metodológico .....	21
Figura 2 – Fatores associados ao comportamento suicida .....	30
Figura 3 – Eixos do ambiente virtual de aprendizagem .....	46

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Ideias equivocadas sobre o suicídio .....	14
Quadro 2 -	Recomendações para melhorar a capacitação de profissionais .....	33
Quadro 3 -	Objetivos gerais e específicos .....	62
Quadro 4 -	Distribuição da carga horária por unidade .....	66
Quadro 5 -	Grade da primeira semana de atividades - unidade 1 e parte 1 da unidade 5 .....	68
Quadro 6 -	Calendário da unidade 2 .....	69
Quadro 7 -	Situação-problema 1 .....	70
Quadro 8 -	Calendário da unidade 3 .....	72
Quadro 9 -	Situação-problema 2 .....	73
Quadro 10 -	Situação-problema 3 .....	74
Quadro 11 -	Caso clínico 1 .....	75
Quadro 12 -	Calendário da unidade 4 .....	79
Quadro 13 -	Situação-problema 4 .....	79
Quadro 14 -	Situação-problema 5 .....	80
Quadro 15 -	Estudo de caso 2 .....	81
Quadro 16 -	Calendário da unidade 5 .....	84
Quadro 17 -	Situação-problema 6 .....	86
Quadro 18 -	Bibliografia recomendada .....	87

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAS	American Association of Suicidology
ABP	Aprendizagem baseada em problemas
AVA	Ambiente virtual de aprendizagem
CAPS	Centro de atenção psicossocial
CEP	Comitê de ética em pesquisa
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CVV	Centro de valorização da vida
DF	Distrito Federal
EAD	Ensino à distância
<i>MOODLE</i>	<i>Modular object-oriented dynamic learning environment</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>1</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	18
<b>2</b>	<b>INTERVENÇÃO EM CRISE SUICIDA</b> .....	22
<b>2.1</b>	<b>Epidemiologia do suicídio</b> .....	26
<b>2.2</b>	<b>Comportamento suicida</b> .....	27
<b>2.3</b>	<b>Políticas públicas de prevenção do suicídio</b> .....	30
<b>2.4</b>	<b>O ensino da intervenção em crise</b> .....	32
<b>3</b>	<b>FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE</b> .....	36
<b>3.1</b>	<b>Ensino por competências</b> .....	36
<b>3.2</b>	<b>Construção do currículo</b> .....	38
<b>3.3</b>	<b>Ensino à distância na saúde</b> .....	42
<b>4</b>	<b>SOBRE A PROPOSTA DE CONTEÚDO E CURRÍCULO</b> .....	47
<b>4.1</b>	<b>Descrição da proposta de currículo conforme os 10 passos</b> .....	58
4.1.1	<u>Passo 1: descrição da justificativa do currículo</u> .....	58
4.1.2	<u>Passo 2: análise do perfil da clientela</u> .....	59
4.1.3	<u>Passo 3: elaboração dos objetivos gerais e específicos</u> .....	59
4.1.4	<u>Passo 4: estabelecimento dos princípios educacionais aplicados ao currículo</u> .....	64
4.1.5	<u>Passo 5: estruturação do currículo (módulos, unidades, carga horária).</u>	64
4.1.6	<u>Passo 6: descrição do curso e dos módulos</u> .....	67
4.1.7	<u>Passo 7: elaboração do sistema de avaliação da aprendizagem</u> .....	88
4.1.8	<u>Passo 8: descrição do modelo de organização do curso</u> .....	88
4.1.9	<u>Passo 9: estabelecimento do processo de gerenciamento</u> .....	89
4.1.10	<u>Passo 10: organização do sistema de avaliação do curso</u> .....	90
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	92
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	95
	<b>APÊNDICE - Roteiro de consultas</b> .....	101

## INTRODUÇÃO

Neste mestrado profissional em administração em saúde, propõe-se a construção de uma matriz curricular de um curso em modalidade à distância, dirigido a profissionais de saúde, para capacitação para intervenção em crises suicidas. Para tanto, importa centrar-se em três eixos temáticos: a questão do suicídio; a formação profissional; e as nuances da modalidade de educação à distância.

O suicídio pode ser considerado um problema de saúde pública, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS). Há a estimativa de que quase um milhão de pessoas se matem no mundo por ano, e este número tem crescido nas últimas cinco décadas. É a causa de 2% das mortes no mundo e a segunda causa de morte entre os jovens de 15 a 29 anos. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Deve-se considerar ainda que pode haver subnotificação em muitos países, especialmente onde os sistemas de informação são menos desenvolvidos e precisos. Os métodos mais comumente usados no mundo são intoxicação por pesticidas, enforcamento e armas de fogo, embora muitos outros sejam selecionados a depender das características da população e do acesso. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

A importância do suicídio como fenômeno vai além da questão de saúde, pois gera também impacto econômico. Este pode se dar na forma de perda de força produtiva da população, de anos potenciais de vida perdidos, e nos gastos com o manejo de tentativas, tratamentos por vezes prolongados e sequelas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Como impacto pessoal do suicídio, fala-se sobre os sobreviventes. São assim chamados os familiares e pessoas próximas de quem veio a se matar. Esta população enlutada tem que lidar com estigma e pode apresentar reações bastante intensas de raiva, medo, negação, e sintomas somáticos. Existe um aumento do risco de suicídio entre os sobreviventes, e os profissionais devem estar alertas e ter especial atenção a este grupo. A OMS estima que cada suicídio afete intimamente pelo menos seis pessoas. Caso ocorra na escola ou local de trabalho, este número pode atingir centenas de indivíduos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

A prevalência de transtornos mentais diagnosticáveis e tratáveis entre os suicidas é maior do que 90% (CORRÊA e BARRERO, 2006). Isto significa que

muitas mortes por suicídio poderiam ser evitadas caso houvesse uma intervenção adequada.

Há estimativas que o número de tentativas de suicídio seja até vinte vezes maior do que os atos consumados, dados que podem ser ainda maiores devido à subnotificação. No entanto, ter uma tentativa prévia é importante fator de risco para o ato suicida, e estas pessoas apresentam sofrimento psíquico que necessita de intervenção específica precoce, precisa e adequada. (CORRÊA E BARRERO, 2006).

Outro aspecto a ser considerado na situação de crise é o impacto sofrido pelos profissionais de saúde em contato com o suicida. Podem apresentar reações de luto após o evento, além de medo de serem responsabilizados administrativa, civil e criminalmente, sentimento de culpa, temor pela reação da família, ansiedade, etc. Alguns chegam, inclusive, a considerar o abandono de sua prática clínica (HENDIN *et al.*, 2004). Devido a estas e outras dificuldades, pacientes em crise grave, com ideação suicida ou que tentam suicídio, muitas vezes são maltratados, ignorados em suas queixas, ou mesmo punidos durante o atendimento em saúde. Segundo Costa (2015):

Os pacientes em sofrimento psíquico grave demandam tempo, muita habilidade e sensibilidade do profissional. É necessário lidar com o subjetivo, o próprio estado emocional e o do outro, frustrações, valores pessoais, mitos e preconceitos. E muitas vezes, as reações emocionais que os pacientes geram nos profissionais podem levá-los a atitudes prejudiciais ao tratamento (COSTA, 2015, p.12).

Ao se tratar de intervenção em crise, Tavares e Werlang (2012) revisaram a evolução dos conceitos de crise psicológica e ampliaram sua definição. As primeiras concepções traziam a crise como uma reação a eventos externos, por exemplo em casos de catástrofes ou luto. Com o tempo, passou a englobar também os períodos de sofrimento relacionados ao processo natural de desenvolvimento. O conceito evoluiu para crise como um processo e não apenas um momento, e passou a considerar também as vulnerabilidades e recursos individuais que interagem e se influenciam de maneira complexa.

Há, portanto, tipos de crises diversas, com manifestações, momentos e recursos diferentes para sua resolução. Neste trabalho será abordada especificamente a intervenção em crise suicida.

A formação adequada para lidar com tal situação é fundamental para que se reduzam os prejuízos decorrentes de um ato extremo de alguém em sofrimento. O desenvolvimento de competências, inclusive o ensino e treinamento de habilidades em ambiente supervisionado, pode ser elemento chave no melhor preparo dos profissionais para atuação no campo da intervenção em crise.

O conceito de competências envolve três domínios: conhecimentos, habilidades e atitudes, bem como sua adequada integração e aplicação contextualizada. Os três elementos são essenciais na formação dos profissionais. Rudd, Cukrowicz e Bryan (2008)<sup>1</sup> organizaram um conjunto de competências que consideram essenciais no treinamento de profissionais para fazer avaliação e manejo de crise suicida, com destaque às tarefas da supervisão clínica.

Com relação à abordagem ao trabalhar com indivíduos em risco de suicídio, estão incluídas atitudes baseadas em preconceitos e ideias errôneas dos profissionais, e que chegam a interferir negativamente na conduta a ser tomada. Neste caso, as atitudes podem ser modificadas ou questionadas em contexto de formação adequado em que haja espaço para esta reflexão.

Alguns mitos comuns sobre o suicídio podem manter o estigma social, incentivam o silêncio a respeito do assunto e propagam o preconceito. Como exemplos, Kutcher e Chehil (2007) descreveram:

#### Quadro 1 – Ideias equivocadas sobre o suicídio

Se alguém fala sobre suicídio, é improvável que faça algo para se machucar
Perguntar sobre ideias suicidas pode incentivar a pessoa a cometê-lo
Quem quer mesmo se matar, consegue
Pessoas em risco de suicídio não são ambivalentes sobre completar o ato
Pessoas que suicidam são fracas e egoístas
Não há nada que possa ser feito por uma pessoa em risco de suicídio
Quem tenta suicídio só quer chamar atenção

Fonte: KUTCHER E CHEHIL, 2007.

A persistência e disseminação desses e outros mitos, inclusive entre profissionais de saúde, podem se dever ao fato de o suicídio ainda ser um assunto tabu na sociedade. Na saúde mental, apesar do maior estudo sobre o tema, o preconceito também parece permanecer. Rodrigues (2009) nota que a maior parte

<sup>1</sup> O artigo e autores supracitados misturam conceitos de competências e habilidades. Como a ideia de competência será trabalhada de forma mais específica, as definições de habilidades, atitudes, conhecimentos e competências serão melhor explicadas adiante. Por enquanto, importa saber que o tema competências circula dentro de propostas parecidas com a destes autores.



dos profissionais que entram em contato com alguém em risco de autoextermínio não tem formação adequada nem investiga sistematicamente o risco.

Em trabalho anterior (COSTA, 2015), foi discutido como o cuidado de pacientes em risco de suicídio demanda avaliar uma grande quantidade de informações em curto período de tempo, e por vezes tomar condutas nem sempre aceitas pelos pacientes. Além disso, foi sinalizado o quanto o envolvimento da família no tratamento é importante, o que leva à reflexão sobre se manter o sigilo profissional ou quebrá-lo em prol da segurança do paciente, ou seja, traz à tona questionamentos sobre aspectos éticos da prática clínica.

Mesmo com o desenvolvimento e publicação de bastante literatura científica a respeito do tema, e apesar dos já descritos aspectos psicológicos, biológicos, sociológicos e culturais relacionados ao risco de suicídio, a conduta a ser tomada é baseada no julgamento clínico de cada situação individual, já que não há um dado único que seja capaz de prever a ocorrência do suicídio. Isto significa que a subjetividade do paciente e do profissional são fatores importantes neste cenário, e o vínculo formado pode ser decisivo para o desfecho do quadro.

Todas essas nuances somadas mostram que o contato dos profissionais de saúde com pessoas em sofrimento psíquico grave faz com que os primeiros observem e vivenciem emoções intensas, em uma situação desafiadora. Reações de raiva, frustração, tristeza, temor de processos judiciais, sensação de impotência ou outras são comuns, sem que muitas vezes exista um espaço para reconhecer e lidar com estas reações, especialmente durante o período de treinamento.

É, portanto, essencial pensar na capacitação de profissionais de saúde que atuam nos diversos cenários de demanda por intervenção em crise suicida, e considerar também, além da formação técnica, suas crenças, preconceitos e emoções.

Apesar de ser um tema importante, inclusive com a existência de políticas públicas nacionais e locais, poucas iniciativas existem de treinamento sistematizado formal em intervenção em crise no Brasil. A Portaria Nº 1.876 de 14 de agosto de 2006 do Ministério da Saúde instituiu as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio (BRASIL, 2006). No Distrito Federal, o Plano Distrital de Prevenção do Suicídio foi lançado em 2014 (DISTRITO FEDERAL, 2014). Nos dois documentos, cita-se a relevância de capacitar adequadamente os profissionais de saúde para o atendimento de pessoas em risco de suicídio.

Em outros países, existem inúmeros treinamentos e cursos em nível de pós-graduação na área de suicidologia para profissionais de saúde. Alguns exemplos são: o Programa de certificação em suicidologia clínica da American Association of Suicidology<sup>2</sup>, o mestrado em Suicidologia da Griffith University, na Austrália<sup>3</sup>, e os Programas do Karolinska Institutet na Suécia (TITELMAN e WASSERMAN, 2013).

Quanto ao treinamento no Brasil, existem disciplinas oferecidas em nível de graduação e pós-graduação de algumas Universidades, especialmente nas áreas de psicologia e psiquiatria. Em Brasília por exemplo, há a disciplina de intervenção em crise na graduação e pós-graduação em psicologia da Universidade de Brasília, e na residência médica em psiquiatria do Hospital São Vicente de Paulo da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

É importante mencionar ainda o treinamento voltado ao público leigo, como, por exemplo, do Centro de Valorização da Vida (CVV). Já existem estudos que indicam a relevância das intervenções realizadas por não especialistas treinados para isso (TITELMAN E WASSERMAN, 2013).

Com relação à possibilidade de capacitação à distância, há alguns exemplos de iniciativas de cursos de curta duração, como o Instituto Vita Alere<sup>4</sup> e o Espaço da Mente<sup>5</sup>.

Cada vez mais, pesquisas e diretrizes para educação em saúde têm focado no ensino orientado por competências, centrado no estudante, com uso de metodologias ativas que visam a aprendizagem significativa (MITRE *et al.*, 2007). Com o aumento substancial do volume e do acesso a informações, apenas a aquisição de conhecimentos não é suficiente para atuação prática. O desenvolvimento de habilidades e a reflexão e questionamento sobre atitudes, bem como da capacidade de gerenciamento do conhecimento têm adquirido cada vez mais relevância. É necessária a formação de profissionais capacitados para atuação na prática clínica, nos contextos em que atuam e com os recursos de que dispõem.

Haja vista que as atitudes negativas baseadas em preconceitos podem vir a prejudicar a abordagem ao paciente em risco de suicídio (BOTEGA, 2015), um curso sistematizado que englobe a reflexão sobre atitudes e treinamento de habilidades

---

<sup>2</sup> <<http://www.suicidology.org/training-accreditation/certificate-clinical-suicidology>>, acesso em 21-01-2016.

<sup>3</sup> <<https://www.griffith.edu.au/health/suicide-research-prevention/what-can-i-study/master-suicidology>>, acesso em 21-01-2016.

<sup>4</sup> <<http://www.vitaalere.com.br/cursos/>>, acesso em 24/01/2016.

<sup>5</sup> <<http://espacodamente.com.br/cursos/course/crise-e-suicidio/>>, acesso 24/01/2016.

pode vir a modificar o atendimento a pacientes e aumentar a possibilidade de desfechos mais favoráveis.

As tecnologias atualmente disponíveis têm permitido o desenvolvimento de mais um formato de ensino: o ensino à distância (EAD), que pode também ser aplicado à área de saúde. Este modelo tem características peculiares que trazem vantagens, mas também desafios. Os cursos permitem mais flexibilidade do horário de estudo, e podem atingir um público maior, que não teria acesso a capacitações em formato presencial, pela distância física e questões como custo, deslocamento e logística, além da variedade de estratégias de atividades disponíveis. A plataforma *Moodle* tem se consagrado como referência na área, já que permite personalizações de acordo com a necessidade do curso. Entre os desafios, estão a possibilidade de problemas técnicos, como acesso à internet em velocidade adequada, configurações de hardware mínimas necessárias e softwares compatíveis, diferença na elaboração de prazos e avaliações, prejuízo na interação pessoal e dificuldades de contato que a própria comunicação via internet podem trazer (NOVA e ALVES, 2003).

O objetivo geral do presente estudo foi desenvolver um plano para um curso de capacitação em intervenção em crise suicida, em formato à distância, com o currículo orientado por competências, baseado nos princípios da aprendizagem do adulto, e voltado a profissionais de saúde que atuam no atendimento a pessoas em risco de suicídio.

Os objetivos específicos foram:

- a) Identificar competências centrais para atuação em crises suicidas por profissionais de saúde;
- b) Construir o currículo de um curso à distância para capacitação em intervenção em crise, orientado por uma matriz de competências, com uso da metodologia dos dez passos.

## 1 PERCURSO METODOLÓGICO

Como médica com interesse em saúde mental, desde os tempos de atuação em clínica geral e pronto-socorro, sentia que não tinha recursos suficientes para ajudar pacientes após uma tentativa de suicídio. Conseguia tratar das questões clínicas que precisassem, mas não compreendia seu comportamento autodestrutivo. Sabia que deveria perguntar abertamente sobre ideação suicida, mas não sabia o que fazer se a resposta fosse positiva.

Já durante a residência em psiquiatria, o contato com pacientes em risco de suicídio era constante, e este tema foi, certamente, o mais desafiador e angustiante durante esta etapa da minha formação. Procurei me capacitar melhor, por meio do estudo, busca de supervisão e autoconhecimento. Ao longo da residência, percebi que tinha condições de ajudar meus pacientes em crise suicida principalmente ao aprender a ouvi-los melhor e suspender julgamentos sobre seus comportamentos. Participei de uma das poucas residências médicas com a disciplina específica de intervenção em crise. Como trabalho de conclusão do curso, optei então por me aprofundar no estudo deste assunto.

Tive também a oportunidade de trabalhar em um serviço de intervenção em crise dentro da Universidade de Brasília. Esta experiência me propiciou o contato com outra forma de organização do atendimento, supervisão clínica multidisciplinar e incentivou mais estudos na área. Ao entrar para a preceptoria da residência médica, trabalhei com emergências psiquiátricas, e emergiu ainda a preocupação sobre como motivar e melhorar o aprendizado dos residentes para que atuassem adequadamente.

Quando surgiu a oportunidade de fazer a especialização em ensino na saúde, a escolha do tema pareceu natural, e a proposta do projeto enfocava avaliação de conhecimentos, habilidades e atitudes de residentes em psiquiatria a respeito do suicídio. Para o presente mestrado, considereei, no entanto, que poderia elaborar uma proposta de ensino dessas dimensões a profissionais de saúde, mesmo não especialistas em saúde mental, com a utilização da tecnologia que permite o ensino à distância, projeto que poderia se desdobrar em possibilidades com maior alcance.

Para a elaboração desta proposta de ensino e seu currículo, foi inicialmente realizada uma revisão da literatura a respeito dos seguintes assuntos:

comportamento suicida, intervenção em crise, ensino da intervenção em crise, ensino por competências, formação profissional em saúde, ensino à distância, e competências para intervenção em crise suicida.

Ao se tratar de uma proposta curricular de tema específico, entende-se que boa parte da discussão sobre conteúdo e necessidades já foi feita em bases teóricas, de modo que a revisão da literatura foi o eixo central que norteou a construção da primeira proposta para o curso.

Nesta etapa, identificaram-se algumas competências necessárias, diretrizes educacionais e orientações de órgãos de acreditação, especialmente fora do Brasil, já descritas na literatura, que fundamentaram a base da proposta de ensino apresentada nesta dissertação. Houve também o contato com experiências de cursos específicos de capacitação na graduação e pós-graduação em alguns serviços, e foram encontradas iniciativas isoladas de treinamento em formato à distância.

A partir destes dados levantados, além da própria experiência em clínica e ensino, foram elencados conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para atuação na área, de onde resultou uma primeira versão de proposta de ensino à distância para intervenção em crise suicida. A seguir, quatro colegas de referência no campo (aqui denominados experts) foram procurados para discutir e validar algumas ideias propostas, e foram incorporadas sugestões e comentários decorrentes da experiência destes profissionais no campo da educação e da intervenção em crise.

Esses 4 profissionais (psicólogos e psiquiatras) foram escolhidos por conveniência, já que o objetivo não era um levantamento formal por entrevista estruturada, mas sim uma conversa sobre a criação de um curso à distância para intervenção em crise suicida, e a troca de ideias sobre a proposta de ensino desenhada para tal. Pelo fato destes profissionais atuarem ou terem atuado em atividades de ensino da intervenção em crise por pelo menos quatro anos e exercerem ou terem exercido atividades em cursos de graduação, pós-graduação ou residência médica, tanto em serviços públicos quanto privados, na cidade de Brasília, reconhece-se aqui a contribuição seminal dos comentários que fizeram a este trabalho.

As conversas ocorreram pessoalmente entre os meses de outubro e novembro de 2016. Todos autorizaram a gravação em áudio e citação de suas falas.

Essas consultas aos colegas permitiram, a partir de seus comentários, sinalizar quais conhecimentos, habilidades e atitudes eles consideram necessários para atuação em intervenção em crise suicida. Alguns dos seus comentários serão utilizados para ilustrar pontos ao longo do trabalho.

Como a proposta não era fazer coleta de informações, e sim consulta a colegas de campo sobre o curso descrito a seguir, entendeu-se que não se tratava de entrevista e usou-se a prerrogativa da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510/2016 (BRASIL, 2016), complementar à Resolução 466/12, de considerar entrevista apenas a conversa que tiver metodologia e finalidade estruturadas como tal. Como, para este projeto, tratou-se de conversas entre profissionais sobre suas ideias sobre um dado objeto (proposta de ensino), e não houve nenhum conteúdo de natureza pessoal – dados, opiniões ou fatos – o projeto não precisou ser submetido ao sistema CEP/CONEP<sup>6</sup>. O objetivo das conversas foi validar junto aos colegas os dados básicos para a construção de uma matriz de competências centrais para atuação em intervenção em crise suicida. A matriz, por sua vez, subsidiou a elaboração de um currículo básico para capacitação profissional na área, para um curso em formato à distância, cujo público-alvo são profissionais de saúde, não necessariamente especialistas em saúde mental, que atuam no atendimento a pessoas em risco de suicídio.

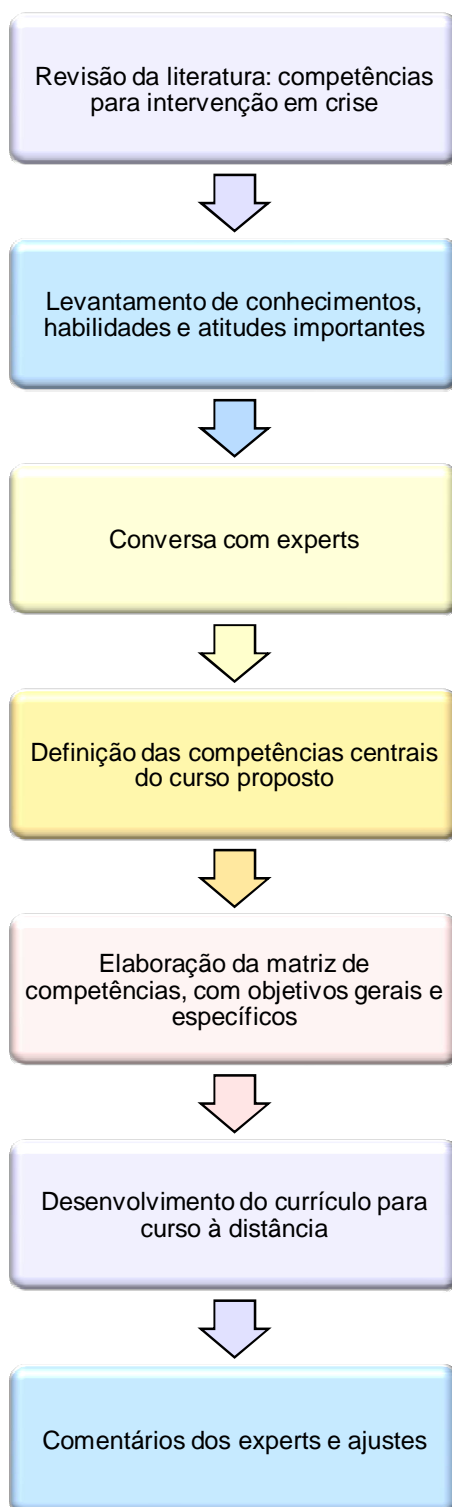
O currículo do curso foi desenvolvido por meio dos dez passos de Ten Cate (TOMAZ, 2001), e formatado para realização à distância. Estes passos serão melhor detalhados no capítulo sobre a construção do currículo, seção 2.2. A preocupação no delineamento foi contemplar tanto a aquisição de conhecimentos, como treinamento de habilidades e reflexão sobre atitudes a respeito da prevenção do suicídio.

A figura a seguir ilustra as etapas realizadas para a elaboração da proposta apresentada neste trabalho.

---

<sup>6</sup> Ainda assim, todas as prerrogativas e orientações da legislação ética em pesquisa com seres humanos foram respeitadas neste estudo.

Figura 1 – Desenho metodológico



## 2 INTERVENÇÃO EM CRISE SUICIDA

O campo da intervenção em crise em saúde mental como área de estudo formal possivelmente é dos mais recentes a ser desenvolvido, embora crises tenham sempre existido na história da humanidade.

Os primeiros conceitos se referiam a reações a eventos externos de grande ameaça à vida, como guerras ou desastres naturais. Em 1942, Erich Lindemann atendeu e estudou vítimas de um incêndio na boate Coconut Grove, na cidade de Boston, e desenvolveu as bases do que viria a ser uma Teoria da Crise (JAMES e GILLILAND, 2013). Com novos estudos, o conceito passou a englobar situações individuais que afetariam a maioria das pessoas, a partir da consideração de que tivessem funcionamento geral adaptado. Alguns exemplos seriam assaltos ou sequestros. Outras definições passaram a levar em consideração a capacidade de resposta do indivíduo, ou a perda do equilíbrio emocional com emergência de sintomas e redução do funcionamento geral e sofrimento.

As crises também se instalam de acordo com questões individuais, características de personalidade, e podem ser relacionadas a fatores internos, e também à percepção que a pessoa tem do evento desencadeante.

Caplan e Erikson (*apud* TAVARES e WERLANG, 2012) ampliaram a visão de crises para enfatizar os aspectos evolutivos e processuais, e observaram que são inclusive necessárias no desenvolvimento das pessoas. Esta visão proporcionou uma melhor compreensão, ao considerar as vulnerabilidades individuais apresentadas ao longo da história de vida, e conseqüentemente mais possibilidades de intervenção efetiva.

James e Gilliland (2013), entretanto, discutiram algumas características comuns para melhor explicar o significado de crise:

- a) Presença de perigo e oportunidade: a crise pode levar o indivíduo a se colocar ou ser colocado em situação de risco grave à sua vida, mas por outro lado, o sofrimento provocado pode induzir a pessoa a buscar ajuda, e como resultado, vir a desenvolver recursos e crescer com a experiência;
- b) Origem de mudança: o desconforto gerado pelo desequilíbrio emocional pode ultrapassar certo limiar que leve a pessoa a



modificar comportamentos; a pessoa não consegue ultrapassar os obstáculos apresentados com os métodos e recursos habituais de que dispõe;

- c) Sem soluções rápidas e fáceis: uma variedade de recursos está disponível para auxiliar alguém em crise, mas especialmente para questões de longa duração, soluções rápidas não são suficientes e podem ser apenas temporários, sem eliminar o estímulo desencadeante, o que pode propiciar retorno ou piora da crise em outro momento;
- d) Necessidade de escolha: as crises e desafios da vida impõem escolhas constantemente, e escolher fazer ou não algo permite à pessoa formular objetivos que ajudem a superar a situação;
- e) Universalidade e idiosincrasia: crises são universais porque ninguém está imune, dadas certas circunstâncias. Ao mesmo tempo, são únicas pois dadas as mesmas condições, as reações são diversas, bem como a capacidade de superá-las;
- f) Resiliência: encontrar os pontos de suporte e mecanismos de superação e elaborar um plano de ação efetivo fazem parte do trabalho de intervenção em crise;
- g) Percepção: A interpretação pessoal dos eventos precipitantes da crise é mais importante do que a gravidade objetiva destes eventos;
- h) Sintomatologia complicada: Os sintomas e eventos relacionados à crise não ocorrem de forma hierarquizada e cronológica, mas se sobrepõem e se influenciam mutuamente. Deve-se considerar ainda as relações sociais existentes, e a necessidade de se intervir em várias áreas do funcionamento.

A partir do estudo dos vários aspectos das crises, e a evolução da sua compreensão, Tavares e Werlang (2012) desenvolveram o seguinte conceito:

A crise psicológica é um processo subjetivo, determinado pelo contexto e pela história de vida, de vivência ou experimentação de situações nas quais condições da realidade interna e externa mobilizam uma pessoa e demandam novas respostas para as quais ela perdeu ou ainda não acessou, não adquiriu, não desenvolveu, ou não domina a capacidade, o repertório ou os recursos necessários para dar solução à complexidade da tarefa em questão (2012, p.487).

Esta definição engloba oito características principais, explicitadas a seguir, segundo os mesmos autores (TAVARES E WERLANG, 2012):

- a) Demanda: desejo, exigência ou necessidade que gera tensão e mobiliza a pessoa a elaborar uma resposta. A demanda pode não ser aparente, e a desmobilização pode demonstrar uma defesa psíquica. É o fator que desencadeia a crise;
- b) Realidade interna e externa: as características internas do sujeito e do meio externo, inclusive ambiente e relações sociais, interagem continuamente para propiciar melhor ou pior suporte e adaptação a situações críticas. Estes fatores devem ser cuidadosamente avaliados para a definição de estratégias de intervenção;
- c) Reação ou resposta: a demanda desencadeadora da crise exige uma resposta do sujeito, pois se assim não fosse, não se configuraria uma situação de crise. Como reações, podem surgir sintomas afetivos, somáticos ou de outra natureza sintomática, enquanto a resposta é definida mais pelas ações direcionadas ou comportamentos apresentados. A negação ou recusa em enfrentar a situação também são formas de resposta, e em alguns casos podem trazer alívio imediato. Entretanto, isso não significa resolução da crise, e a pessoa permanece vulnerável ao seu retorno em outro momento ou situação. Podem, portanto, existir respostas de experimentação ou investimento tanto quanto de paralisia, omissão ou intensificação de respostas anteriores;
- d) Recursos: são compreendidos de forma ampla como a capacidade da pessoa buscar e acessar meios pessoais, interpessoais, sociais e outros que a auxiliem na resolução da crise. Caso exista a habilidade de lidar com a demanda, não existe a crise psicológica. Esta acontece quando os recursos necessários não foram desenvolvidos, dominados, ou se perderam;
- e) Complexidade: o contexto em que a crise ocorre é sempre complexo e deve ser cuidadosamente analisado, pois os fatores envolvidos interagem continuamente, para facilitar, dificultar ou modificar a possibilidade de resolução da crise. Deve-se considerar, por exemplo, a história de vida da pessoa, as crises e respostas

elaboradas anteriormente, as relações sociais atuais, as vulnerabilidades e habilidades individuais e como todos esses fatores interferem uns nos outros;

- f) Processo: alguns autores consideram a fase crítica da crise, em que sintomas estão presentes de forma mais evidente. Porém, a crise deve ser compreendida como um processo inserido em um contexto individual, com fatores de risco e de proteção, e suas consequências se refletem no futuro do indivíduo, tanto ao ampliar a capacidade e os recursos quanto ao deixar vulnerabilidades. Entender a crise como um processo permite que se tomem ações preventivas e se reconheçam seus reflexos futuros;
- g) Subjetividade: todo o vivenciar da crise é subjetivo, mesmo que fatores externos sejam predisponentes, desencadeantes ou agravantes. É importante a interação entre o que ocorre no meio externo de maneira objetiva e os aspectos internos da pessoa;
- h) Solução: a função da crise é permitir a ampliação da capacidade de lidar com as situações que se apresentam ao longo da vida. Entretanto, mesmo quando o desfecho não é este desenvolvimento, a tendência é de acomodação a um novo estado de equilíbrio dinâmico. Este novo estado pode ter características de maior ou menor adaptação. Há, portanto, três possibilidades de desfechos para as crises: superação, estagnação ou interrupção.

Segundo Costa (2015, p.18):

A Intervenção em Crise é uma estratégia terapêutica breve, que tem como objetivo auxiliar uma pessoa a superar a fase crítica da crise, com retorno ao nível de funcionamento anterior, e possibilitar a formação de vínculo que a leve a se engajar em processos terapêuticos que propiciem redução de vulnerabilidades e ampliação de repertório de recursos.

A crise suicida se insere nesse contexto com grande relevância clínica, epidemiológica e social. O estudo do suicídio, bem como de sua prevenção, já levou ao desenvolvimento de uma área de estudo específico. A primeira linha telefônica para atendimento a crises suicidas foi lançada em 1906, e atualmente há pesquisas, treinamentos e associações de profissionais e pessoas interessadas no assunto por todo o mundo. No campo da suicidologia, os trabalhos de Edwin Schneidman foram

um marco importante a partir dos anos 1950 (JAMES e GILLILAND, 2013). Neste trabalho, será focado especificamente o ensino da intervenção na crise suicida.

## 2.1 Epidemiologia do suicídio

A Organização Mundial da Saúde estima que mais de 800.000 pessoas morram ao ano por suicídio no mundo. Os países mais pobres, onde também há menos recursos e acesso à saúde, sofrem com números mais altos, embora os índices sejam mais elevados em países mais desenvolvidos. Existe grande variação regional, devido à complexidade do fenômeno e dos sistemas de notificação em cada país. Mas a taxa global é de 11,4 suicídios para cada 100.000 habitantes, com 15 por 100.000 para homens e 8 por 100.000 para mulheres. Vários fatores influenciam a notificação de mortes por suicídio, e levam à documentação da causa dessas mortes como acidentes, homicídio ou causa indeterminada, e consequente subestimativa do número real. Há preconceito, estigmatização da pessoa e sua família, burocracia, perda do pagamento de seguros, e em alguns países, o suicídio ainda é ilegal (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Metade das mortes violentas dos homens e 71% das mulheres ocorrem por suicídio. Entre a população com mais de 70 anos de idade, as taxas são ainda maiores em quase todos os países do mundo. Nesta faixa etária, para cada 2 tentativas, acontece um óbito. Existe ainda outro pico de incidência, a faixa etária mais jovem, em que é a segunda causa da morte entre os jovens de 15 a 29 anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Quanto aos métodos escolhidos, os mais comuns são a ingestão de pesticidas, enforcamento e armas de fogo. Mas há muitos outros, como lançamento de altura e intoxicação por medicamentos. Como prevenção, uma das medidas mais eficazes é que se evite o acesso das pessoas a métodos potencialmente perigosos. Em vários contextos, já se conseguiu reduzir as taxas de suicídio com estas medidas. Como exemplos, podem-se colocar grades ou vidros de proteção em lugares altos, restringir o acesso a armas de fogo e controlar a venda de agrotóxicos e pesticidas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Suicídios consumados são mais numerosos em homens do que em mulheres, embora estas tentem com mais frequência. Os países mais ricos apresentam as maiores diferenças nestes índices, com 3 mortes masculinas para cada feminina. Em países menos desenvolvidos, a diferença se reduz e a proporção chega a 1,6 homem para cada mulher que tira a própria vida. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Devido ao impacto e com a possibilidade de se evitar mortes por suicídio por meio da implantação de medidas preventivas eficazes, a Organização Mundial da Saúde elaborou um Plano de Ação para a saúde mental em 2013. Nele, foi estabelecida a meta de se reduzir globalmente as taxas de suicídio em 10% até 2020. No ano seguinte, foi lançado o relatório “Preventing Suicide – a Global Imperative”, onde são descritas estatísticas e relatadas as medidas de prevenção universais, seletivas e indicadas<sup>7</sup>, além de discutir mitos e orientar ações para a prevenção em nível mundial (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

O Brasil é o oitavo país do mundo em número absoluto de mortes por suicídio, apesar de taxas consideradas baixas. São mais de 10.000 casos ao ano, com grandes diferenças regionais. Os maiores índices estão na região sul e entre tribos indígenas. Estes números têm aumentado progressivamente nos últimos anos (CORREA e BARRERO,2006; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2014).

## 2.2 Comportamento suicida

A complexidade do comportamento suicida pode ser percebida pelas inúmeras teorias a respeito do tema. Fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais podem contribuir para sua ocorrência, aumento ou diminuição ao longo do tempo, mas o aprofundamento desta análise foge ao objetivo do presente trabalho.

---

<sup>7</sup> Medidas de prevenção universais visam à população como um todo, independentemente do grau de risco. Medidas seletivas se voltam a grupos considerados como tendo maior risco a partir de critérios estabelecidos. E as intervenções indicadas são para indivíduos com maior vulnerabilidade ao risco de suicídio (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Bertolote (2012) descreveu um esquema didático para o comportamento suicida, em que há fatores predisponentes, fatores de risco, fatores protetores e fatores precipitantes.

Fatores predisponentes são os que aumentam a vulnerabilidade ao comportamento suicida em certas circunstâncias. Podem ser de caráter biológico, como alterações genéticas, hormonais ou neurofuncionais. Também a história familiar é um fator de risco, e certos traços de personalidade, como a impulsividade, estão mais associados a suicidas. Porém, a existência de associação não significa causalidade. Nenhum fator de risco ou evento isolado, ou mesmo associado a outro, é determinante para o comportamento suicida.

Entre outros importantes fatores de risco para o suicídio, destacam-se: a presença de transtornos mentais, especialmente do humor, psicótico, relacionado ao uso de substâncias, ou de personalidade. As comorbidades ampliam o risco. E a existência de uma tentativa prévia é considerada o principal fator de risco para o suicídio. Cerca de metade dos suicidas fizeram tentativas antes de completar o ato (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA e CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2014; BERTOLOTE, 2012).

Ainda na avaliação das pessoas em risco, é essencial conhecer a história de vida, e principalmente dos eventos estressores. Abuso físico, sexual, psicológico ou negligência, traumas ou perdas ao longo da vida podem ampliar a vulnerabilidade ou mesmo desencadear comportamentos autodestrutivos. Quando ocorrem na infância, podem até mesmo influenciar o neurodesenvolvimento e predispor a respostas mal adaptativas, inclusive comportamento suicida mais tardiamente (PERRY, 2001). Com frequência, as situações desfavoráveis ocorrem de forma repetida ou crônica ao longo da vida, o que eleva o risco ainda mais. Também é comum que haja pobre suporte social, com vínculos inadequados e restritos. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2014).

Há ainda outras condições de risco, como história familiar, presença de algumas doenças clínicas, períodos do ano ou da vida, e situações específicas, portanto a avaliação do paciente deve ser sempre realizada de forma sistemática e ampla.

Somados aos elementos de risco de longo prazo, existem os desencadeantes imediatos, indicativos de urgência para a intervenção. Entre estes, estão eventos de vida, como separações, problemas financeiros, conflitos pessoais, profissionais ou

perdas. Neste caso, é importante analisar também a relevância subjetiva do evento, pois o referencial do que pode desencadear uma crise é sempre da própria pessoa que passa pela situação. (MATTHEWS e PAXTON, 2001).

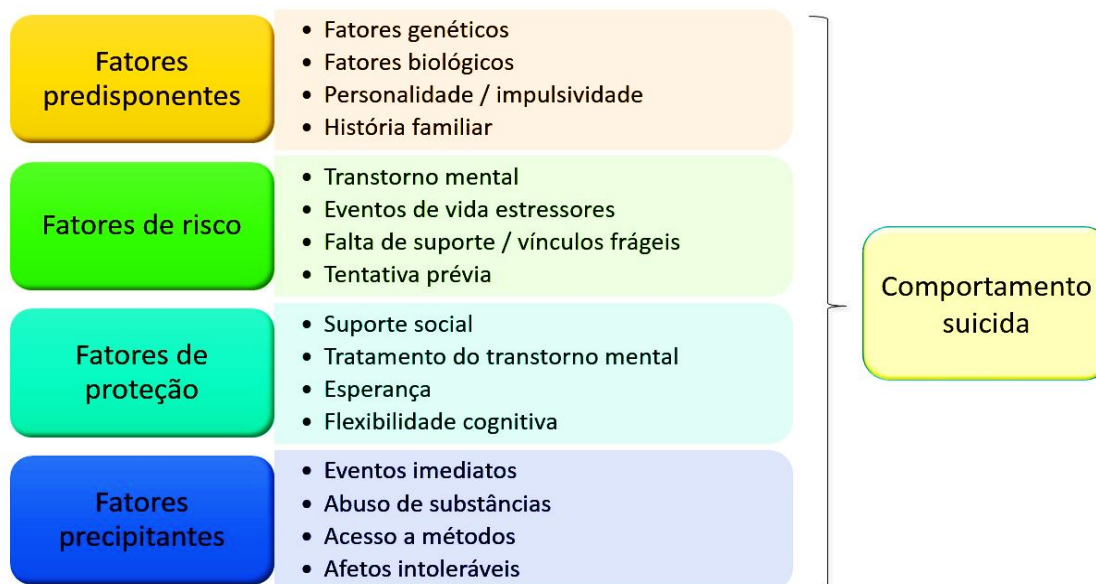
Existem alguns sentimentos que já foram descritos como sinais de alerta, que são os chamados afetos intoleráveis: culpa, humilhação, raiva, desesperança, ansiedade intensa, solidão, autodepreciação. E especialmente o que talvez seja o maior indicador de emergência na crise suicida: o desespero. (HENDIN *et al*, 2007).

O início ou aumento do consumo de álcool e outras substâncias também indicam piora do funcionamento geral na crise. Neste cenário, conseguir métodos potencialmente perigosos possibilita tentativas, tanto as mais impulsivas quanto as mais planejadas. E uma das medidas preventivas mais eficazes é evitar acesso a meios e locais potencialmente letais, inclusive em termos de saúde coletiva. (MATTHEWS e PAXTON, 2001; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

No entanto, devem-se considerar não apenas os fatores de risco predisponentes e precipitantes, pois as pessoas têm ou desenvolvem também os fatores de proteção, que diminuem o risco de comportamentos autodestrutivos. Parte da prevenção se dá por este lado, ao ampliar a resiliência aos eventos estressores e desenvolver e mobilizar recursos necessários ao enfrentamento da crise de forma mais adaptada. Entre os fatores protetores, estão o suporte social, e a flexibilidade cognitiva, isto é, a capacidade de identificar soluções alternativas. Também o efetivo tratamento do transtorno mental, caso exista, é importante. E o sentimento de esperança de que o sofrimento daquele período vai passar também aumenta a proteção. (MATTHEWS e PAXTON, 2001).

A figura a seguir ilustra de forma esquemática os principais fatores associados ao comportamento suicida.

Figura 2 – Fatores associados ao comportamento suicida



Fonte: Adaptado de Matthews e Paxton (2001).

### 2.3 Políticas públicas de prevenção do suicídio

Em agosto de 2006, o Ministério da Saúde publicou as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, por meio da Portaria Nº 1.876. Trata-se de mais um passo e reconhecimento da importância do suicídio como problema de saúde pública com impacto considerável tanto do ato quanto das tentativas, e que, portanto, deve ter investimento em pesquisa, prevenção, intervenção e posvenção adequados. As diretrizes são mais um indicativo de que deve haver educação e treinamento dos profissionais em todos os níveis de atenção à saúde para lidar com esta situação e reduzirem-se os índices (BRASIL, 2006).

Em âmbito local, o Distrito Federal (DF) também elaborou seu pioneiro Plano Distrital de Prevenção do Suicídio, e o apresentou, em setembro de 2014, durante a III Jornada de Prevenção do Suicídio (DISTRITO FEDERAL, 2014):

Trata-se da sistematização de estratégias preventivas como política pública, o que leva a maior visibilidade do tema, aporte orçamentário e plano de ações específicas com definição de metas, instituições responsáveis, prazos e formas de avaliação, o que a médio e longo prazo, espera-se que leve a uma redução nas taxas de suicídio no DF. (COSTA, 2015, p.22)



Este Plano está estruturado em cinco eixos estratégicos, onde em cada um existem objetivos prioritários, metas e propostas de ações preventivas organizadas, além da etapa de avaliação e revisão. Os eixos orientadores do Plano Distrital são:

- a) Eixo 1 - Avaliação e monitoramento;
- b) Eixo 2 - Compromisso político;
- c) Eixo 3 – Prevenção;
- d) Eixo 4 - Tratamento e posvenção;
- e) Eixo 5 - Capacitação e informação.

No Eixo Tratamento e posvenção, foram estabelecidas metas como: “Avaliação e detecção de risco nas redes”, e “Acesso a tratamento, manejo da crise suicida, e estabelecimento de estratégias terapêuticas (ao nível individual, familiar e coletivo)” (DISTRITO FEDERAL, 2014). Dentre as ações preconizadas, está a capacitação de profissionais de saúde.

Já no Eixo de Capacitação e informação, existe a meta:

Promover a conscientização pública geral e de profissionais estratégicos (saúde, educação, segurança) acerca de prevenção em saúde mental, detecção precoce e manejo do comportamento suicida e intervenções eficazes nas crises suicidas (DISTRITO FEDERAL, 2014, p.35)

Para tanto, as seguintes ações são propostas: “Disponibilizar capacitações periódicas intra e intersetoriais na temática de prevenção do suicídio”; e “estimular a inclusão da temática de prevenção do suicídio nos currículos de profissionais da saúde, educação e assistência social e em cursos de especialização, atualização e capacitação de profissionais” (DISTRITO FEDERAL, 2014, p.35).

A outra meta dentro deste eixo é “Apoiar e fomentar o desenvolvimento de conhecimento científico sobre o fenômeno do suicídio no Distrito Federal e Região do Entorno”, e a ação proposta é:

Criar um Fórum de Instituições de Ensino Superior (IES) voltado para pesquisa e estudos sobre suicídio para geração de dados científicos, capaz de estimular a publicação de pesquisas bem-feitas e documentos com políticas e posicionamentos acerca da prevenção do suicídio. (DF, 2014, p.36)

Portanto, com suporte das proposições do Plano Distrital de Prevenção ao Suicídio e Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio aqui destacadas, o presente trabalho está alinhado às políticas públicas atuais ao se propor a contribuir

com sua execução a partir da disponibilização de mais uma ferramenta de capacitação aos profissionais de saúde que lidam com o fenômeno.

#### **2.4 O ensino da intervenção em crise**

Apesar da importância epidemiológica e social do suicídio, de já existirem recomendações de associações de especialistas com relação à capacitação de profissionais e de políticas públicas reconhecerem a relevância do tema, ainda existem poucas iniciativas de treinamento sistematizado para intervenção em crise suicida nos cursos de graduação e pós-graduação no Brasil. Por exemplo, nas residências médicas em psiquiatria, muitas vezes o assunto é estudado e discutido de forma diluída junto a outros assuntos.

Muitas atitudes e condutas são passadas de maneira informal e nem sempre apropriadas, pelo chamado “currículo oculto”, o que pode ajudar a propagar preconceitos e prejudicar o atendimento às pessoas em sofrimento (MAHOOD, 2011).

Alguns exemplos de iniciativas para treinamento em intervenção em crise chegaram a resultados interessantes:

Um estudo realizado com residentes de pediatria na cidade de Washington sobre conhecimento e autoconfiança a respeito da avaliação do risco de suicídio em adolescentes, encontrou que, em geral, os residentes não apresentavam altos índices para atuação em saúde mental. Foram então formados dois subgrupos, um dos quais recebeu treinamento por meio de uma palestra de cinquenta minutos, e o outro foi treinado com sessões com pacientes simulados. Houve menos desenvolvimento do grupo que assistiu à palestra do que com o que aprendeu em situações mais próximas à da prática real, ou seja, com pacientes simulados. Mas eles mostraram melhorias na capacidade de realização da avaliação de risco de suicídio em adolescentes (FALUCCO, HANSON e GLOWINSKI, 2010).

Porém, um programa educacional para residentes de psiquiatria no Texas demonstrou impacto subjetivo positivo com relação às atitudes e reação dos profissionais a lidar com familiares de suicidas. Eles entraram em contato e ouviram relatos dos sobreviventes em um painel. Os autores sugeriram mais pesquisas e

atividades educativas voltadas às atitudes dos profissionais com relação ao suicídio (JEFEE-BAHLOUL, HANNA e BRENNER, 2014).

Com relação a diretrizes para o ensino da intervenção em crise, Costa (2015) relatou:

Várias organizações de saúde norte-americanas já elaboraram documentos e diretrizes declarando que a melhoria na capacitação para avaliação e manejo do risco de suicídio deve ser prioridade na formação de todos os profissionais de saúde mental para que haja prevenção mais eficiente. Ainda assim, as instituições responsáveis pela formação dos especialistas não têm integrado esta demanda a seus currículos de forma consistente. A maior parte das experiências descritas envolve apenas aquisição de conhecimentos técnicos, e com poucas horas de treinamento (COSTA, 2015, p.24).

A American Association of Suicidology (AAS) advoga que o treinamento específico de profissionais levará à prevenção mais efetiva do suicídio. E chefes de serviços de treinamento em saúde mental concordam que deveria haver melhor aprofundamento do tema durante a formação, mas isso ainda não ocorre na prática. (SCHMITZ *et al.*, 2012).

Além da formação, a AAS também defende que profissionais especialistas já atuantes no mercado de trabalho participem de ações de educação continuada como requisito para manutenção da licença para clinicar. O tema da prevenção de suicídio atualmente não faz parte do rol de exigências para esta licença, que é obrigatória nos Estados Unidos. Há evidências de que mesmo treinamentos de curta duração melhoraram os conhecimentos, atitudes e a confiança dos profissionais sobre avaliação e manejo da crise suicida. A AAS também cita que estas mudanças se agregaram à prática clínica rotineira (SCHMITZ *et al.*, 2012).

Como recomendações da AAS para melhorar o treinamento dos profissionais de saúde mental para abordagem do risco de suicídio, estão:

Quadro 2 – Recomendações para melhorar a capacitação de profissionais (continua):

Convocar uma cúpula de líderes nacionais em saúde mental para implementar as demais medidas
Instituições de acreditação devem incluir a aquisição de competências específicas sobre prevenção do suicídio para credenciar programas. Estes programas devem incorporar as competências centrais já identificadas na literatura
Para a renovação da licença dos profissionais de saúde mental, os conselhos devem exigir educação continuada específica sobre suicídio

Quadro 2 – Recomendações para melhorar a capacitação de profissionais (conclusão):

A legislação estadual e federal deve exigir dos serviços que financiam que os profissionais demonstrem treinamento específico em detecção, avaliação, manejo, tratamento e prevenção do suicídio
Entidades certificadoras de serviços hospitalares e de emergência devem garantir que a equipe de profissionais atenda aos requisitos de treinamento em avaliação e manejo de pacientes suicidas
Indivíduos sem treinamento profissional e supervisão adequada não devem ser responsáveis pela abordagem a pacientes suicidas

Fonte: traduzido de SCHMITZ *et al.*, 2012.

Estas medidas foram elaboradas como sugestão para a realidade norte-americana, mas a implantação de pelo menos algumas delas no Brasil aumentaria a possibilidade de que se formassem profissionais mais bem treinados para o atendimento a crises suicidas.

Dentro de estratégias mais amplas e organizadas em vários níveis de prevenção, estudos têm identificado a relevância dos chamados sentinelas – *gatekeepers*. São pessoas atuantes na comunidade, como professores e outros trabalhadores de escolas, policiais, líderes comunitários, entre outros, não especialistas em saúde mental, que podem, com treinamento adequado, auxiliar na identificação e encaminhamento de pessoas em risco. Há também programas de treinamento já desenvolvidos e em estudo voltados a elas. (GOULD, KLOMEK e BATEJAN, 2013).

Quanto ao treinamento voltado para leigos, o maior exemplo brasileiro na área da prevenção do suicídio é o Centro da Valorização da Vida (CVV), organização afiliada ao Befrienders Worldwide. O CVV tem como objetivo fornecer suporte emocional a pessoas em crise suicida, em contexto de ausência de controle, diferente da intervenção especializada. Sua atuação é por meio de voluntários acima de dezoito anos, que recebem treinamento para realizar uma escuta qualificada e intervenções via telefônica, e-mail ou chat. A capacitação dos voluntários é feita ao longo de 40 horas, e a supervisão e apoio são dados pelos coordenadores e voluntários mais experientes (CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA, 2016; AGUIAR, 2016).

Rudd, Cukrowicz e Bryan (2008) publicaram um artigo a respeito das competências centrais para avaliação e manejo do risco de suicídio e suas implicações para supervisão clínica. Eles agruparam 24 competências entre 7 domínios, listados a seguir:

- a) Atitudes e abordagem ao trabalhar com indivíduos em risco de suicídio;
- b) Compreender o comportamento suicida;
- c) Coletar informação precisa;
- d) Realizar formulação de risco;
- e) Desenvolver plano de tratamento;
- f) Gerenciar o tratamento;
- g) Compreender aspectos legais e regulatórios relacionados ao suicídio.

Apesar da utilização de termos como habilidades e competências de forma intercambiável, e de ser mais voltadas a tarefas de supervisores na formação superior em psicologia, suas recomendações se mostram bastante interessantes como base para o desenvolvimento de currículos de cursos para capacitação profissional em intervenção em crise suicida.

### 3 FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

#### 3.1 Ensino por competências

O conceito de competências adotado para este trabalho se refere à capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes de forma integrada para a execução das atividades profissionais (SANTOS, 2011). Porém, além da questão do desempenho de tarefas, a definição se ampliou para englobar a atuação contextualizada, crítica e de contínua aprendizagem para responder aos diversos desafios do exercício profissional.

A ideia de que seria possível ensinar tudo o que é necessário para o trabalho já foi ultrapassada, pois percebe-se a necessidade de ser capaz de reelaborar o aprendizado do mundo acadêmico ao aplicá-lo a outros contextos, considerar as diferentes demandas e recursos que se apresentam, bem como a relevância da adaptação às mudanças contínuas no mundo do trabalho ao longo da vida, além de poder transformar sua própria realidade (AGUIAR e RIBEIRO, 2010).

De forma simplificada, três dimensões compõem diferentes aspectos das competências que devem ser aprendidos, desenvolvidos, refletidos sobre e avaliados para aplicação integrada aos contextos necessários, inclusive do trabalho, a partir dele e para modificá-lo. Conhecimentos se referem às questões cognitivas, de aumento de informações teóricas dos alunos. São classicamente enfocados na maioria dos cursos da área de saúde, e muitas vezes se demandam apenas sua memorização descontextualizada. É o “saber”. As habilidades dizem respeito ao desenvolvimento psicomotor, o “saber fazer”. Podem ser tanto para a realização de procedimentos quanto de comunicação, entrevista ou outras, por exemplo. E as atitudes levam em conta os valores e crenças na disposição para comportamentos. É o “saber ser” (SAUPE, 2006). As atitudes permeiam toda a prática profissional, e especialmente na área de prevenção do suicídio, algumas ideias preconcebidas podem inclusive prejudicar o atendimento e contribuir para um desfecho desfavorável.

Tradicionalmente, os cursos de formação são orientados por processos em que o estudante é exposto a uma série de conteúdos ou atividades por determinado

período, e se espera que, ao final, tenha desenvolvido as competências necessárias. Esta abordagem tem se mostrado insuficiente, pois desconsidera os conhecimentos prévios, a análise crítica, a capacidade de continuar a aprender de forma autônoma, e as características individuais dos alunos. Há ênfase na aquisição de conhecimentos para avaliação somativa<sup>8</sup>, o que não necessariamente se traduz no efetivo desempenho prático profissional, além da postura mais passiva dos estudantes (SANTOS, 2011).

Já no ensino orientado por competências, há outros princípios pedagógicos norteadores. Inicialmente se define o perfil do egresso, ou seja, quais competências o estudante deve demonstrar. Então, são definidos os objetivos gerais e específicos de aprendizagem, o que inclui as três dimensões das competências: conhecimentos, habilidades e atitudes. As atividades propostas são elaboradas a partir de situações da prática concreta, e demandam que o estudante demonstre que adquiriu, elaborou e consegue aplicar os novos conhecimentos à realidade.

O papel do professor também se modifica: onde tradicionalmente era o detentor e transmissor de informações, passa a ter mais um papel de motivador e orientador, e se torna responsável por criar as situações que facilitem o aprendizado, já que o estudante tem mais autonomia para definir o conteúdo e as formas de desenvolver as competências propostas. O conhecimento prévio do aluno é sempre considerado e a reflexão crítica é incentivada. O diálogo construtivo é mais importante do que a imposição de ideias e relação hierarquizada (SANTOS, 2011).

A interdisciplinaridade é outra característica essencial do ensino por competências, pois permite melhor integração do aprendizado e maior proximidade com a prática real. E a construção coletiva do conhecimento a partir de trabalhos em pequenos grupos contribui para aprendizagem significativa.

Como o aprendizado se dá de forma diversificada, e em diferentes dimensões, a avaliação deve acompanhar esta premissa. É realizada de forma ampla e com uso de múltiplas estratégias e instrumentos. Há a percepção da necessidade de que seja repetida ao longo de todo o processo, o que permite tanto

---

<sup>8</sup> Avaliação somativa é a que usa um referencial classificatório para identificar níveis de aproveitamento. Traduz-se por notas que servem como critérios para aprovação ou reprovação, ou para certificação. O sistema educacional tradicional utiliza intensamente este tipo de avaliação (FENILI *et al*, 2002).

ajustes no curso quanto acompanhar o desenvolvimento dos alunos. Além disso, é tanto formativa<sup>9</sup> quanto somativa (SANTOS, 2011).

O adulto, ao aprender, apresenta características que o diferenciam da criança, e estas devem ser levadas em consideração para que ocorra o efetivo desenvolvimento das competências profissionais. Em contraste com o aprendizado por repetição e memorização, estrutura sobre a qual todo o sistema educacional foi mantido por séculos, a aprendizagem significativa se define pela articulação entre o novo conhecimento e o prévio, o que permite a reelaboração dos significados.

Outro princípio é que os adultos precisam saber o porquê de aprender, e como poderão efetivamente aplicar os novos aprendizados em suas vidas. A motivação pode ser intrínseca ou extrínseca, com a primeira mais potente. Porém, é um elemento essencial para que a pessoa invista em aprender. Outro aspecto que deve ser levado em consideração na formação profissional é que os adultos assumem maior responsabilidade por seu aprendizado, atributo que está alinhado ao ensino centrado no estudante (MESSA, 2010; CARVALHO *et al*, 2010).

### 3.2 A construção do currículo

Várias definições já foram dadas ao termo currículo. Estas incluem desde uma sequência de conteúdos, passa pela relação dos livros-texto de referência, pela abrangência das atividades e objetivos educacionais, descrição da justificativa do curso, recursos utilizados e instrumentos de avaliação e até englobar todas as experiências planejadas pela instituição de ensino. Para o presente trabalho, será adotado o conceito de Silva *et al.* (2009, p.3):

O currículo é considerado enquanto um plano para um determinado curso que inclui a justificativa, competências, objetivos de aprendizagem, perfil da clientela, conhecimentos, habilidades e atitudes prévios, princípios e premissas educacionais, estrutura (módulos, unidades, blocos, etc.), os conteúdos, os métodos e técnicas de ensino, o sistema de monitoramento e avaliação do aluno e do curso, e o sistema de organização e gerenciamento do curso.

---

<sup>9</sup> Avaliação formativa acompanha o processo ensino-aprendizagem e serve para sua adequação, com *feedbacks* que ajudam na identificação das dificuldades e orientam o aluno. Tem característica qualitativa (MENDES, 2005).



Quanto às etapas para elaboração de um currículo orientado por competências, Santos (2011) descreveu da seguinte forma:

- a) elaboração de uma matriz de competência;
- b) determinação dos componentes;
- c) definição dos níveis de desempenho;
- d) avaliação das competências identificadas;
- e) avaliação do processo.

Sua ênfase foi dada no primeiro item, da identificação e definição das competências necessárias à atuação profissional, e que estas devem ser detalhadas em termos de conhecimentos, habilidades e atitudes específicos. Entretanto, a abordagem proposta por Ten Cate (TOMAZ, 2001) se mostra mais completa. Embora constem dez passos sequenciais, o processo de elaboração de um currículo se caracteriza pela inter-relação contínua entre várias etapas, com revisões e adequações até a versão final. Assim também é esperado que a própria execução do curso tenha certa flexibilidade às demandas que podem surgir.

Apesar de ser um método bastante apropriado para aplicação em currículos que utilizam a metodologia da aprendizagem baseada em problemas, serve também para outras formas de ensino-aprendizagem.

O primeiro passo é a descrição da justificativa do currículo. É importante descrever a relevância do curso, seu propósito, o contexto em que se insere, e qual a necessidade tanto dos futuros alunos quanto da sociedade para a existência do curso.

No caso do presente projeto, a melhor capacitação de profissionais de saúde para o atendimento a pessoas em risco de suicídio se justifica pela importância epidemiológica, social, e econômica do fenômeno, com aumento dos índices nas últimas décadas; dos poucos cursos específicos voltados à prevenção do suicídio, mesmo em locais onde há formação de profissionais de saúde mental; da existência de políticas públicas voltadas para o tema e que reconhecem a necessidade de treinamento. Além disso, profissionais não especialistas se deparam frequentemente com demandas de atendimento a pessoas em risco grave, por exemplo, em emergências clínicas ou cirúrgicas, e na atenção básica. A principal justificativa para o curso ser feito em formato à distância é para possibilitar acesso a pessoas que de

outra forma não conseguiriam se capacitar nesta área, devido à distância de centros de formação ou disponibilidade de horários.

O passo dois é a elaboração dos objetivos gerais e específicos do currículo, a partir das competências necessárias. Quanto mais detalhados os conhecimentos, habilidades e atitudes, melhor será a elaboração das demais atividades. Esta descrição também serve para que os estudantes tenham maior clareza do que se espera deles ao final do curso.

Outra tarefa desta etapa é a seleção dos objetivos, já que em geral, não há tempo suficiente para que todos os que foram inicialmente propostos sejam abordados. Definir as prioridades é um desafio, especialmente quando se vem de uma tradição de ensino de acúmulo de informações. Com a proposta do ensino por competências, o aprender a aprender e a reflexão crítica sobre o aprendizado são estimulados, o que permite melhor adaptação às situações práticas que serão vivenciadas posteriormente.

O passo três é a análise do perfil da clientela. Devem-se determinar quantas vagas serão disponibilizadas, qual o perfil dos futuros alunos, se graduandos ou pós-graduandos, de que áreas de formação, e o que já têm de conhecimentos e experiência anterior na área. Isso permite a definição das necessidades educacionais e uma melhor adequação das atividades.

No passo quatro, são estabelecidos os princípios e estratégias educacionais. Como exemplos, define-se se o curso é centrado no estudante ou no professor, baseado em problemas ou em informação, na comunidade ou hospital, integrado ou com disciplinas, eletivo ou padrão, sistemático ou não planejado. Para o curso desenvolvido a partir da presente pesquisa, alguns princípios e estratégias se adequam. A discussão de casos clínicos em fóruns virtuais será uma forma bastante utilizada, mas não necessariamente com a sistemática da aprendizagem baseada em problemas (ABP). Uma grande dificuldade na capacitação para prevenção do suicídio parece estar localizada na esfera das atitudes, pois os alunos já chegam com ideias pré-concebidas e preconceitos advindos do senso comum. Situações-problema, estudos de casos clínicos e uso de vídeos são estratégias interessantes para provocar a reflexão.

O passo cinco, de fundamental importância, é a estruturação do currículo. Integra todas as informações coletadas anteriormente, para organizar e sequenciar as atividades, distribuir a carga horária de acordo com o que foi determinado como

prioridade em etapa anterior, e elaborar as unidades de aprendizagem. Esta etapa demanda revisões e reavaliações contínuas. Pode-se iniciar a elaboração dos manuais do curso, com a descrição das informações já definidas.

O passo seguinte evolui na elaboração e detalhamento das unidades específicas, com a criação dos manuais de cada unidade, dos alunos, e dos facilitadores.

Algumas informações são comuns a todos os modelos de manuais, como capa, sumário, apresentação da equipe de elaboração e de docentes, local e data, instituição responsável. No manual do curso, são apresentados os objetivos e estrutura geral, justificativa, a metodologia que será utilizada, os recursos de aprendizagem disponíveis, e os sistemas de avaliação do curso e dos alunos.

Nos manuais de cada unidade, as informações são especificadas, e é fornecido também o cronograma de atividades e bibliografia indicada.

Já com relação aos manuais dos facilitadores, outras informações são acrescentadas para uniformizar sua atuação: conhecimentos e habilidades prévios dos alunos, objetivos específicos, possíveis conceitos errôneos, métodos e técnicas usados nas atividades da unidade, além de orientações sobre como manejar dificuldades previstas.

O passo sete é a elaboração do sistema de avaliação da aprendizagem. A avaliação adequada é sempre complexa, pois, como o aprendizado, é multidimensional. Deve dar condições ao aluno para aplicar o que aprendeu e integrar teoria e prática. O enfoque punitivo não é considerado o ideal, pois muda a percepção de motivação do estudante de “estudar mais o que é de seu maior interesse” para “se sair bem na prova”. O uso de mais de um instrumento e momentos diversos permitem a identificação das dificuldades e o acompanhamento do desenvolvimento do aluno ao longo do tempo.

Quanto aos passos 8 e 9, descrição do modelo de organização do curso, e estabelecimento do processo de gerenciamento do curso, são citados como exemplos os cursos que usam a metodologia da aprendizagem baseada em problemas (ABP). Como não é o caso do curso aqui apresentado, algumas adequações foram propostas em virtude das características do projeto e possível disponibilidade da equipe responsável pela execução.

O último passo é a organização do sistema de avaliação do curso, para o contínuo aprimoramento em edições futuras. Podem ser feitas avaliações com os

alunos, docentes e facilitadores, e mesmo com a comunidade em geral. Podem ser usados instrumentos como questionários ao longo ou ao final das unidades, e ao final do curso.

### **3.3 Ensino à distância (EAD) na saúde**

Segundo Nova e Alves (2003, p.6), “literalmente, o conceito de EAD remeteria a qualquer modalidade de transmissão e/ou construção do conhecimento sem a presença simultânea dos agentes envolvidos”.

Historicamente, os primeiros cursos à distância ocorreram por correspondência, ainda no final do século XIX e início do século XX. Destinavam-se principalmente à educação básica e a alguma capacitação para o trabalho. Porém, eram percebidos como de baixo nível, voltados a uma população que não tinha acesso algum a outros meios de educação formal. Posteriormente, o rádio, telégrafo e telefone impulsionaram o ensino à distância, assim como a própria televisão. Mas a popularização da internet e de outros meios mais interativos de comunicação propiciaram, ao final do século XX e início do século XXI, o crescimento de possibilidades, com criação de instituições, modelos diversos de cursos e conseqüentemente novos desafios nesta área (MUGNOL, 2009).

Com a maior disponibilidade, melhor desenvolvimento das tecnologias de informação e comunicação e melhor acesso, as iniciativas de cursos de capacitação à distância têm se multiplicado a cada dia. Na área de saúde não é diferente. Surgem desde cursos breves, introdutórios, até treinamentos específicos e aprofundados, e mesmo graduações e pós-graduações online. Novos recursos propiciam acesso a informações, vídeos, chats, provas, painéis de discussão e muitos outros. Os governos dos países também estão empenhados em elaborar políticas para regulação, incentivo, autorização, credenciamento e avaliação para certificação desses cursos. Além disso, pesquisas e métodos de ensino também se desenvolvem continuamente para esta modalidade.

No Brasil, existem diversos marcos regulatórios: a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (BRASIL, 1996) estabeleceu as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Nela, o ensino à distância foi colocado como complementar à

aprendizagem ou em situações emergenciais para o ensino fundamental e educação de jovens e adultos. Determinou ainda que o poder público incentivaria o desenvolvimento de programas de educação à distância. Em 2001, a Lei 10.172 (BRASIL, 2001) traçou, no Plano Nacional de Educação, metas e diretrizes para desenvolvimento de sistemas de educação à distância, e passou a promover seu uso para educação de jovens e adultos, especialmente em nível fundamental e médio e formação de professores para educação básica.

Já em 2005, o Decreto 5.622 (BRASIL, 2005) regulamentou o artigo 80 da Lei 9.394 de 1996. Nele, detalham-se as modalidades de cursos que podem ser criados e ofertados à distância, quais os critérios e mecanismos para credenciamento, funcionamento e avaliação dos cursos e das instituições. A educação à distância foi reconhecida dentro do sistema oficial de ensino como equivalente ao ensino presencial desde que cumpridas as exigências pertinentes pelas Instituições credenciadas. No ano seguinte, o Decreto 5.773 (BRASIL, 2006) dispôs sobre as funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições de educação superior. E em 2007, o Decreto 6303 (BRASIL, 2007) alterou alguns dispositivos a esse respeito.

Keegan (*apud* MUGNOL, 2009) identificou algumas características comuns aos cursos por ensino à distância: distância física entre professores e alunos; influência de uma organização educacional; uso da mídia para interligar professores e alunos; troca de comunicação bidirecional; aprendizes vistos como indivíduos, ao invés de grupos de alunos.

Estas características trazem tanto vantagens quanto desafios. Um benefício é o alcance dessa modalidade. A educação à distância pode propiciar acesso à formação a pessoas que, de outra forma, estariam excluídas do processo educacional.

O uso de aplicativos e programas de vídeo conferência, por exemplo, permite o diálogo em tempo real mesmo que professor e aluno estejam em locais distantes.

A visão do aprendiz como indivíduo e a necessidade de comunicação bidirecional contínua são também características importantes para o desenvolvimento e avaliação desta modalidade de curso, e a participação ativa do aluno motivado é fundamental para a aplicação e realização das tarefas.

Formatos que apresentam abordagens assíncronas, com o uso de gravações em vídeo, lista de e-mails ou fóruns de discussão, permitem maior flexibilidade na

definição de horários de estudo, ao mesmo tempo em que demandam mais disciplina para realização das atividades propostas. Como consequência desta flexibilidade, os prazos para conclusão das tarefas também devem ser especificamente pensados para este modo de ensino, já que a disponibilidade de cada participante do curso é diferente.

É necessário ainda, tanto por parte dos instrutores quanto dos aprendizes, ter habilidade para manejar os recursos tecnológicos, o que muitas vezes exige treinamento prévio. Mas a tecnologia permite diversidade e rapidez de acesso a informações, além de possibilitar novas formas de comunicação e principalmente de produção do conhecimento.

Quanto às funções do professor em cursos à distância, ele deve buscar motivar os alunos a aprender e compreender o papel mais autônomo destes na construção do conhecimento. Ao invés de transmitir informações, acompanha a participação de cada um, orienta na busca de dados e outras fontes e procura dialogar de forma próxima, apesar de virtual. O professor passa a ser um mediador pedagógico, e não o detentor e transmissor de informações, como acontece ainda em muitos formatos de aulas tradicionais. Amarilla Filho (2011) comenta ainda sobre a necessidade de se sistematizar e organizar metodologias didáticas específicas para a interação do aluno e professor.

Outro aspecto para se refletir é que, neste modelo, o conhecimento pode não ser passado de professor para o aluno, mas é construído na comunidade virtual de estudantes, o que valoriza a interação, experiências prévias e a pesquisa individual, e torna o aprendizado mais significativo. Como é centrado no aluno, é importante que este esteja motivado, e tenha espaço para refletir e compreender o assunto. Seus estudos são feitos de forma mais autônoma e independente. (TOMAZ, 2013).

Os ambientes educativos devem permitir o foco na autonomia, na elaboração de situações que demandem investigação e discussão crítica e reflexiva, e levem à produção individual e coletiva do conhecimento. O material didático de qualidade também é sempre descrito como facilitador da aprendizagem (MUGNOL, 2009).

Alguns fatores podem influenciar no aprendizado à distância: os tempos de resposta e participação nas atividades podem ser diferentes e por vezes, prazos devem ser flexibilizados para permitir a participação de todos. Exercícios devem, portanto, ser modificados e adaptados à modalidade para melhor aproveitamento.

Todavia, a administração do tempo deve ser realizada pelo aluno para que consiga atingir os objetivos esperados. (AMARILLA FILHO, 2011).

Habilidades de comunicação devem ser treinadas, pois são de fundamental importância. As particularidades da comunicação pela internet, que na maior parte dos casos se dá por escrito, também devem ser consideradas na elaboração e avaliação das atividades. E o posicionamento ativo do estudante é a forma de se acompanhar e avaliar seu desenvolvimento (AMARILLA FILHO, 2011).

Entretanto, algumas dessas características não são exclusivas da educação à distância. Muitos cursos presenciais têm adotado metodologias que estimulam o aprendizado coletivo, a autonomia do estudante, o redirecionamento do papel do professor, o desenvolvimento de habilidades de comunicação para a construção do conhecimento e o incentivo a reflexão crítica sobre os assuntos (MITRE *et al*, 2008).

Amarilla Filho (2011) ainda ressalta que outra característica é a demanda por avaliação e análise contínuas da aquisição e desenvolvimento de competências, que se dá via participação ativa dos estudantes em todo o processo, e necessita de treinamento específico dos docentes.

Entre os desafios da educação à distância, está o uso de estratégias pouco eficazes ou não adequadas à modalidade, o que pode desmotivar os alunos ou não trazer os resultados esperados. E também o número de professores ainda insuficiente, com conseqüente sobrecarga de atividades.

Além disso, existe a questão das limitações técnicas, como o acesso a equipamentos, software, velocidade e estabilidade de conexão à internet, que ainda não são uniformes pelo país e podem impedir ou dificultar o uso de vídeos e outros recursos que demandem maior volume de tráfego de dados, por exemplo. Alunos e professores também devem ser adequadamente treinados para a utilização do que há disponível no curso.

Outros fatores a ser analisados são as dificuldades de avaliação de habilidades psicomotoras, necessárias para várias atividades. Especificamente em cursos que envolvam treinamento para atendimento clínico, é necessária a supervisão teórico-prática.

Por tudo isso, os cursos em formato à distância devem ser especificamente delineados e elaborados para a melhor utilização possível das tecnologias disponíveis, com o desenho do currículo e a definição de objetivos de aprendizagem

compatíveis e a necessária adaptação de atividades pedagógicas para que ocorra a efetiva aprendizagem dos temas propostos.

Quanto à estrutura, Pereira, Schmitt e Dias (2007) descreveram quatro eixos principais de organização de um ambiente virtual de aprendizagem (AVA):

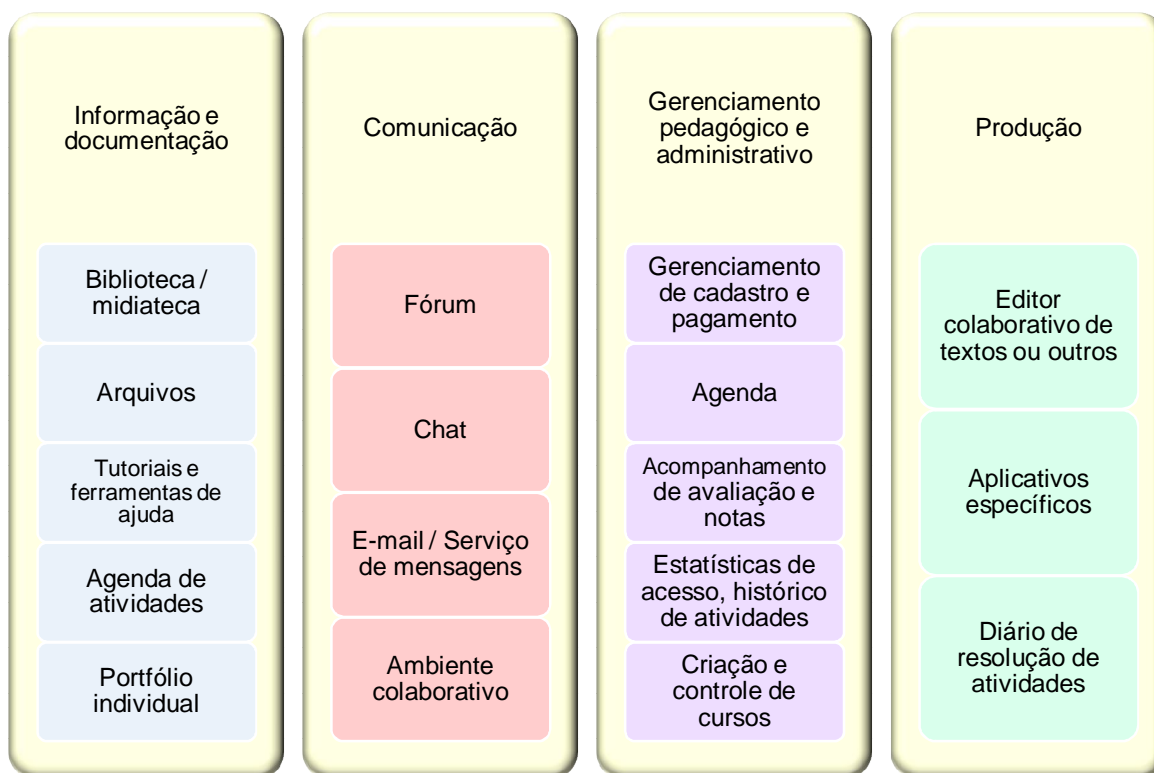


Figura 3 - Eixos do ambiente virtual de aprendizagem. Adaptado de Pereira, Schmitt e Dias (2007).



#### 4 SOBRE A PROPOSTA DE CONTEÚDO E CURRÍCULO

A intervenção em crise suicida é área que demanda a articulação de ampla gama de conhecimentos tradicionalmente estudados em outras disciplinas, como por exemplo, teoria do desenvolvimento, psicopatologia, princípios da psicoterapia nos cursos de psicologia, ou psicofarmacologia na psiquiatria. Também é necessária habilidade clínica e uma série de atitudes que serão melhor detalhadas adiante.

A crise é um processo que se manifesta dentro de um contexto de história pessoal, familiar, social, cultural, de transtorno mental, e tem fatores de risco e de proteção que interagem de forma dinâmica e contínua. Portanto, compreender todos estes aspectos, bem como as relações entre eles, faz parte do saber em intervenção em crise. Outros conhecimentos necessários se referem a como abordar a pessoa em crise, fazer o diagnóstico psicopatológico e conhecer as possibilidades de tratamento, além do manejo na situação de urgência.

Trata-se de extenso conteúdo considerado necessário ao profissional que realiza intervenções em crises suicidas. Ademais, além do saber teórico, é essencial ter a capacidade de integrar os conhecimentos ao raciocínio clínico em cada situação específica. Como exemplo, os livros-texto identificam que, epidemiologicamente, ter uma religião seria fator de proteção. Entretanto, em algumas situações, a rigidez de comportamento e a culpa presentes em contextos religiosos mais extremos podem se tornar fatores de risco.

Algumas das dificuldades ao atendimento pelos profissionais se referem às atitudes com relação ao suicídio e à pessoa em risco. Os alunos estão inseridos em uma cultura que traz crenças a respeito do assunto que podem, em última instância, vir a prejudicar a pessoa em risco. Há ideias disseminadas tanto entre a população geral quanto entre profissionais de saúde que devem ser criticamente analisadas e questionadas, e o momento de formação parece ser propício a esta reflexão.

Por exemplo, existe o mito de que falar sobre suicídio poderia induzir a ideação. Por isso, muitos profissionais de saúde evitam perguntar ou abordar o assunto. Entretanto, o que ocorre é exatamente o contrário: as pessoas se sentem aliviadas em poder expor seus sentimentos em contextos de acolhimento, escuta e sem julgamentos, e isso reduz o risco e possibilita a busca de ajuda.

Outra ideia recorrente é a de que quem quer se matar, não tenta, apenas executa. Isso pode levar à desqualificação das queixas de pessoas que tentam suicídio, com desvalorização da ambivalência, apesar dos estudos na área mostrarem que estas são as que têm maior risco futuro de autoextermínio, e que a maior parte dos suicidas fez tentativas anteriores. O contato da pessoa com um serviço de saúde logo após uma tentativa é um momento importante para inseri-la em um atendimento em saúde mental, o que aumenta as chances de tratamento adequado.

Mais um mito comum a respeito do suicídio é o de que quem tenta se matar só quer chamar atenção. Mais uma vez, este pensamento minimiza o sofrimento da pessoa, a partir de uma interpretação errônea sem base na escuta real de quem está em crise. Há inclusive relatos de descaso ou maus tratos a estes pacientes, ou ainda de sugestões de métodos ainda mais letais. Perdem-se, nestas situações, oportunidades de se fazerem intervenções que poderiam minimizar um risco e impactar positivamente aquela vida.

Ainda com relação aos conhecimentos necessários para atuação em intervenção em crise, estão as questões legais e éticas, como a possibilidade de responsabilidade civil, administrativa e até criminal em casos de suicídio, a importância do registro clínico e notificações de tentativas, o sigilo profissional e em que situações deve ser quebrado.

Uma atitude que foi enfatizada de forma unânime pelos especialistas consultados, bem como pelos referenciais teóricos sobre o assunto, é a empatia para desenvolver o vínculo com a pessoa em crise. O envolvimento real e genuíno é um aspecto essencial em qualquer relação, e especialmente relevante quando se trata de sofrimento psíquico. O vínculo terapêutico se desenvolve em ambiente de confiança e respeito, e o profissional deve saber que este vínculo pode ser um fator de proteção. A escuta com atenção e interesse deve ser atitude constante em quem atua em intervenção em crise. Assim como o respeito à privacidade e confidencialidade, que deve ser preservada mesmo em situações em que o sigilo profissional deve ser quebrado em prol da segurança da pessoa em risco. Em outras palavras, somente as informações necessárias para a garantia da segurança devem ser fornecidas a outros quando preciso, com cuidado para que as demais sejam devidamente documentadas, mas protegidas.

A pessoa que atende alguém em crise suicida deve demonstrar disposição para se envolver e compartilhar da situação trazida, para se incomodar com o sofrimento do outro, para lidar com a própria angústia, e mesmo com a própria resistência em falar sobre ou refletir sobre o tema. Apesar de os profissionais de saúde lidarem continuamente com o adoecimento, com riscos e com perdas, encontrar alguém que pensa em, deseja, ou tenta provocar a própria morte desafia o cerne das profissões de saúde, e muitas vezes causa sentimentos de raiva, frustração, desânimo ou hostilidade. Ou, por outro lado, pode ocorrer a identificação com a situação apresentada. É necessário reconhecer estas reações e manejá-las para que seja possível intervir de forma positiva com o paciente.

Ao mesmo tempo em que deve se dispor a ouvir, a tomada rápida de decisões e atuação mais diretiva podem ser o diferencial entre apenas observar uma situação de maneira passiva ou intervir de maneira eficiente e evitar um suicídio.

A disponibilidade deve ser interna, tanto para lidar com os próprios sentimentos sobre suicídio, como com tudo o que o paciente desperta no profissional, quanto disponibilidade para, por exemplo, atendimentos emergenciais em momentos de crise, bem como para retornos e reavaliações precoces e frequentes. Ou ainda para contatar familiares ou outros serviços de saúde para garantir um encaminhamento com segurança.

Muitas vezes, os alunos esperam uma fórmula ou protocolo pronto para atendimento, com medidas objetivas e aplicáveis de maneira universal. Porém, em intervenção em crise, é necessário também demonstrar flexibilidade para adaptar o protocolo à situação clínica real, considerar os recursos disponíveis e as necessidades da pessoa e do momento, mas sem renunciar à segurança. Protocolos clínicos podem orientar condutas, mas não as definir de forma rígida, e a atuação não deve ser automática, sem reflexão. Por exemplo, a família costuma ser fonte de suporte e proteção em momentos de crise, e deve ser mobilizada e orientada com relação aos cuidados necessários. Entretanto, a dinâmica familiar também pode ser fator estressor e contribuir para a manutenção ou piora da crise, e deve ser abordada também como parte do tratamento proposto.

Em interações humanas, as pessoas tendem a avaliar as outras de acordo com os próprios referenciais e valores. Isso pode levar a julgamentos dos profissionais de saúde a respeito de pacientes em crise, por exemplo, quanto a eventos desencadeantes da crise, crenças religiosas ou outras. Por exemplo,

existem opiniões a respeito dos suicidas de que seriam pessoas fracas ou covardes. Todavia, o ato suicida tem mais a ver com o sofrimento percebido como insuportável e interminável do que com coragem ou covardia.

O evento desencadeante imediato de uma tentativa de suicídio tem o significado de grande importância para a pessoa em crise, e geralmente está associado a alguma perda. Pode não parecer um evento traumático grave aos olhos dos outros, o que também muitas vezes provoca reações de desprezo pelo sofrimento vivenciado. Outras vezes, o profissional pode concordar que se estivesse em contexto semelhante, teria as mesmas reações. Refletir sobre e ter a habilidade de suspender julgamentos morais ou de valores leva a uma escuta mais empática e melhor compreensão do que acontece com aquela pessoa.

Outra questão é reconhecer os limites de atuação, e admitir que não é possível determinar o desfecho de um caso, ou controlar a conduta de outras pessoas. O profissional, especialmente quando em formação, tende a oscilar entre a sensação de onipotência ou a impotência, e por exemplo, achar que vai conseguir resolver as questões do paciente, ou então, no outro extremo, que não adianta tentar fazer nada. De forma mais realista, é um importante aprendizado compreender que a potencialidade de atuação está em algum ponto entre os dois extremos, e que em certas situações, o profissional pode estar impotente, mas sempre há o que pode ser feito. Nem sempre o agir conforme as normas técnicas e éticas garantirá o desfecho desejado, mas o compromisso deve ser o de utilizar os meios e recursos disponíveis da forma adequada.

Quanto ao momento da intervenção clínica, alguns comportamentos colaboram para a construção de um ambiente adequado mesmo que as instalações físicas não sejam as ideais. Deve-se demonstrar tranquilidade e segurança. Não se negocia o que não pode ser cumprido, não se pode garantir sigilo absoluto especialmente quando existe uma vida em risco. Deve-se respeitar os momentos de choro e de silêncio, bem como a capacidade do paciente tomar decisões e mesmo cuidar de si naquela hora. Caso seja necessário indicar uma internação, acompanhar se possível e articular os cuidados com os demais profissionais envolvidos no atendimento.

A intervenção em crise, assim como a atuação clínica em geral, demanda aperfeiçoamento constante. Daí a importância da reflexão sobre a própria prática e a busca por atividades de educação continuada e permanente. A supervisão clínica e

os grupos de estudo são outros recursos essenciais para capacitação e aprimoramento profissional. Além disso, permitem a troca de experiências e a busca de apoio para situações mais complexas.

O lidar com o luto por suicídio de um paciente, quando ocorre, também demanda um cuidado especial, pois pode haver consequências para a atuação futura. O impacto pode ser intenso a ponto de a pessoa considerar deixar a prática clínica. Ou podem existir sintomas físicos e emocionais, sentimento de culpa, vergonha, tristeza, autoquestionamento, ou ainda temor de processos judiciais.

Por isso que pensar em atitude, pensar em formação, o que se precisa saber ou fazer, é se cuidar também. E aí entra um processo de autoconhecimento, fazer psicoterapia eu acho, independente do modelo teórico que a pessoa decidiu trabalhar, fazer esse processo de cuidar de si. Alimentar contato com círculos de amigos, para se encher de vida mesmo. Manter também grupos de profissionais, colegas de trabalho, compartilhar tanto questões de angústias ligadas aos casos, mas também para compartilhar o *checklist*. (Expert B)

Quanto às habilidades necessárias à intervenção em crise, estas também se mostram complexas, e são relacionadas à intersecção de várias áreas de atuação. Como descrito com relação aos conhecimentos, o profissional deve ser capaz de articular as informações e treinamento prévios em relação ao contexto específico da pessoa em crise.

O estabelecimento do chamado vínculo terapêutico é um aspecto essencial da intervenção em crise, ressaltado por todos os especialistas consultados, além da literatura pertinente. Este decorre da disponibilidade interna dos envolvidos, empatia do profissional e comunicação adequada, que levam à construção de uma relação de confiança. Esta confiança é que vai permitir o diálogo aberto, o diagnóstico preciso, e conseqüentemente a elaboração de condutas adequadas. O vínculo muitas vezes é o que mantém a esperança de que a pessoa pode ser ajudada, e isso também é um fator de proteção. Não é rara a relação com os profissionais se tornar, em alguns momentos, a própria motivação para viver. A consciência deste processo permite ao profissional reconhecer seu papel terapêutico, não como responsável pelas ações do outro, mas no trabalho junto à pessoa em crise para a construção de alternativas e de outros vínculos saudáveis.

A primeira questão é que o profissional compreenda a ameaça suicida, a tentativa, como uma comunicação de um sofrimento grave. O segundo

ponto é ele entender que o vínculo é fator de proteção. Mesmo que não saiba exatamente o que fazer a respeito da crise suicida, que se disponha a fazer um vínculo com o paciente para compreender melhor o que o paciente vivencia. Conseguir ouvir a pessoa falar do desejo de morte, ou das crenças, sem dar opinião se é certo ou errado, não julgar. Não julgamento é uma habilidade extremamente importante. E é importante que a pessoa tenha abertura a todos os encaminhamentos que se fizerem necessários a partir de uma identificação de risco. (Expert D)

Muitas vezes, são necessárias ações mais diretivas no cuidado de pessoas em risco de suicídio, especialmente quando estas não se mostram em condições de decidir e responsabilizarem por si em função do próprio estado mental. Nestes casos, o profissional deve ter a habilidade de mobilizar e orientar familiares, indicar uma internação ou acionar um serviço de urgência. Esta postura de envolvimento ativo pode ser o diferencial para um desfecho favorável do quadro.

O domínio da avaliação clínica inclui: avaliação da história de vida, do contexto da pessoa, inclusive o diagnóstico de transtornos mentais, a dinâmica pessoal e familiar, análise da situação de crise, o estado mental atual, bem como a investigação de sinais de alerta. Este panorama vai direcionar as medidas de intervenção a serem propostas para que sejam mais eficazes.

Outra habilidade que o profissional deve desenvolver se refere à elaboração do plano de tratamento. Isto envolve flexibilidade para construir alternativas junto ao paciente, estabelecer metas e prioridades, utilizar técnicas específicas de intervenção, monitorar e acompanhar a evolução do quadro. Contudo, deve estar sempre alerta para modificar a conduta inicial ou rever diagnósticos e encaminhamentos se necessário.

Na atuação, eu falei da questão transdisciplinar, de algumas teorias, todas elas vão entrar no momento de fazer avaliação do contexto, da situação de crise, e pensando nisso, na avaliação do estado mental dessa pessoa, da história de vida, como pensamos num *continuum*, então tem algo que está no passado que contribuiu para que ela seja quem ela é no momento, coisas circunstanciais do que está acontecendo, e inclusive pra que a gente possa imaginar como vai ser no futuro, de prognóstico (Expert B).

O profissional deve ser capaz de funcionar em situações de pressão e estresse, tomar decisões rapidamente e agir, pois crises suicidas são situações de urgência independentemente do cenário de atuação.

Outro aspecto essencial destacado por todos os textos e especialistas consultados é a articulação do cuidado com outros profissionais. São importantes

tanto a habilidade para trabalhar em equipe, quanto para coordenar o atendimento, fazer a avaliação clínica para identificação das necessidades imediatas, quanto o encaminhamento do paciente a outros serviços da rede de saúde mental, com documentação adequada. Implica na responsabilidade de todos os envolvidos no cuidado da pessoa em crise.

Além disso, o contato com outros profissionais da área serve para atualização técnica, permite a discussão de casos, a supervisão clínica e proporciona suporte ao profissional, por exemplo, com a formação de grupos de estudo. Este relacionamento com colegas é importante ponto de apoio a quem trabalha com intervenção em crise em qualquer contexto. Dividir as dúvidas e dificuldades ajuda a elaborar soluções, processar sentimentos e conferir se as medidas preconizadas foram tomadas para o caso.

A intervenção em crise depende do estabelecimento de uma relação entre profissional e paciente. Esta relação implica em responsabilidade, investimento emocional e de energia, disponibilidade para ouvir e compartilhar angústias. Para lidar com estas demandas e evitar o adoecimento, o autocuidado é essencial. O profissional deve estar atento para identificar seus próprios sentimentos e reações, o aparecimento de sintomas, seus limites de atuação e cuidar de sua própria saúde mental, inclusive com a busca de ajuda especializada. Muitas vezes pode ocorrer a identificação com alguém em crise, pela própria história pessoal ou familiar, ou o contrário, a emergência de sentimentos de hostilidade e agressividade, que, se dominarem a atuação, podem prejudicar o paciente.

[Um desafio] Acho que são esses aspectos mais internos, de saber lidar com a contratransferência negativa em relação ao paciente suicida. Porque a gente tem valores de saúde e vida, todos os profissionais de saúde têm isso. E quando você está ali com alguém que pode te gerar impotência, não sabe muito bem o que fazer, pode te gerar tédio, pode te gerar muitas coisas, muitos sentimentos nesse sentido, negativos, onde você tem que saber, trazer isso para a consciência de alguma forma, trabalhar isso. (Expert C)

No que concerne às questões educacionais relacionadas à intervenção em crise suicida, existe a preocupação sobre o momento mais adequado durante a formação dos profissionais para a discussão do tema, e em que profundidade. É necessária certa maturidade para lidar de forma tão próxima com o sofrimento mais profundo das pessoas, e muitas vezes, a experiência clínica já vivenciada propicia

um melhor processamento das exigências deste tipo de atendimento, além de evidenciar a premência da capacitação para lidar com o assunto. Em momentos mais tardios da formação, o aluno pode já ter adquirido hábitos e valores por meio do “currículo oculto”, e não ter tempo ou disponibilidade suficientes para questionar suas atitudes.

Parece que os da pós-graduação são mais motivados. Há uma diferença fundamental, que na pós-graduação são pessoas com experiência clínica. Isso flui melhor o pensar. Mesmo pessoas que nunca tiveram contato com teoria da crise, ou crise suicida, eles têm experiência clínica e conseguem pensar a partir disso. A discussão é diferente, bem legal nesse sentido. E é algo, enquanto professora, eu me sinto mais responsável pelos alunos de graduação. São mais jovens, então pensar no tipo de profissional que eles vão se tornar tem a ver com o que estão vivendo aqui, na graduação.  
(Expert B)

Outra reflexão é com relação à duração do curso. A partir das diversas necessidades dos profissionais nos vários contextos de assistência, bem como a disponibilidade de tempo e recursos, os objetivos definidos, e as formações prévias, poderiam se elaborar atividades de poucas horas a até cursos específicos com dois anos de duração. No caso da presente proposta, a ideia é de um curso de sessenta horas-aula, desde que os alunos já sejam graduados e tenham conhecimentos básicos de áreas afins à atuação em intervenção em crise. Isto faz com que necessariamente devam ser feitas escolhas a respeito do conteúdo a ser proposto.

Aliás, a própria elaboração do currículo, que é orientada por competências, já modifica o foco tradicionalmente conteudista da maioria dos cursos para o desenvolvimento dos conhecimentos, habilidades, atitudes e aplicação adequada aos contextos necessários.

Então eu fazia isso intuitivamente, aí depois com cursos, leituras, a gente tem acesso a esse tipo de material de construção de saber junto com o aluno, e é muito mais vantajoso. Então em grupos pequenos, a gente pode discutir, levantar tema. É uma apreensão não massificada, mas é uma coisa mais, 'é, eu tenho dificuldade disso'. É trabalhar no terapeuta as competências. Acho que esse é o foco de um ensino bacana, muito mais do que só apresentar conteúdo. Então eu acho que esse trabalho de aquisição de competências é muito mais legal do que eu pensar em dar uma avalanche de conteúdos e esperar que o indivíduo vá saber como fazer.  
(Expert C)

Uma das funções do professor se relaciona aos valores e estímulo a atitudes adequadas ao exercício da atividade. No que diz respeito a um tema tabu como o



suicídio, muito do que se pensa a respeito por grande parte da população, e conseqüentemente por alunos, está baseado em mitos e preconceitos que, se não questionados, podem prejudicar o atendimento às pessoas em risco de suicídio. Este processo pode envolver até mesmo confrontar uma cultura de desqualificação do sofrimento do outro, com toda a resistência que isso gera.

Com relação a mudanças culturais, os experts consultados relataram preocupações com a qualidade da formação profissional em saúde atual, por observarem falta de motivação e de interesse dos alunos, especialmente na graduação. Atribuem parte disso às alterações na forma de relação das pessoas com o mundo e com os outros em função da presença das novas tecnologias de comunicação. Não se trata simplesmente de acessar a internet a qualquer momento a partir dos telefones, mas de uma geração que já cresceu imersa em equipamentos eletrônicos, e aprendeu a se relacionar por meio de telas, botões e aplicativos. Têm ao alcance de um dedo mais informações do que seriam capazes de processar, e querem resultados rápidos. O imenso potencial criativo e de realização vem acompanhado por baixa tolerância à frustração. A facilidade de acesso a recursos vem junto da dispersão e falta de perseverança frente às adversidades. Existe a possibilidade de contato virtual com centenas ou milhares de pessoas, mas inúmeras dificuldades em encontros reais.

E um encontro real é o que acontece na intervenção em crise suicida. A pessoa em sofrimento psíquico grave confia toda a sua angústia a alguém que está na posição de acolhê-la, mas que tem seus próprios sentimentos, dúvidas e dificuldades. É necessário desenvolver habilidades de resolução de problemas, e incentivar o manejo de conflitos interpessoais.

A gente se coloca muito como máquina diante do outro, a gente tem que funcionar, a gente não pode ter crise, a gente não pode ter emoção, a gente não pode ser afetada pelo conteúdo do paciente. E eu tenho falado muito na direção de desmistificar isso. Uma coisa é o meu lado humano que sente, que é mobilizado, que compadece. A outra coisa é o que eu faço com isso e como eu integro isso na minha atuação profissional. E como eu uso isso para compreender o que está rolando na relação com aquele paciente, e principalmente o que aquele meu movimento subjetivo diz dessa outra pessoa que está comigo. (Expert A)

Há alguns meses, surgiram notícias na mídia sobre comportamentos automutilatórios e suicidas de adolescentes associados à possível influência de interações pela internet. Houve discussões a respeito da possibilidade de alcance

destas situações, investigações criminais e até questionamentos a respeito de mudanças na legislação pertinente à veiculação de determinados conteúdos online. Por outro lado, ao mesmo tempo em que o mundo virtual pode permitir tais ocorrências, as novas tecnologias abrem inúmeras possibilidades para o desenvolvimento e utilização de ferramentas de prevenção, e até de acesso a tratamento. Já existem sites, aplicativos e mecanismos em grandes portais e redes sociais voltados à prevenção do suicídio.

Especificamente com relação aos profissionais de saúde, que com frequência têm contato com pessoas em risco de suicídio em sua prática clínica, as novas tecnologias permitem mais perspectivas de formação e orientação, e podem trazer recursos valiosos na capacitação para o atendimento, como cursos à distância, supervisão, acesso a bibliografia especializada, telessaúde, além de propiciar trocas de informações e experiências, e o fortalecimento de redes entre os profissionais.

Uma das possibilidades de utilização de recursos tecnológicos para melhorar a prevenção do suicídio é a de ensino à distância, como no presente projeto. Este formato de capacitação permite o alcance de profissionais que não poderiam, de outra forma, receber treinamento sobre o assunto.

Uma das possíveis dificuldades vislumbradas sobre este curso seria a abordagem a alunos que estejam, eles próprios, em crise suicida. Em cursos presenciais isso também acontece, mas o professor tem mais condições de identificar e encaminhar para o tratamento mais apropriado. Outra questão é a da supervisão clínica: muitos profissionais, aos primeiros contatos com pacientes em crise suicida, podem ficar bastante mobilizados pelos sentimentos despertados nesta interação. A supervisão clínica é um dos espaços em que isso pode ser trabalhado, e também se desenvolve a partir da relação pessoal entre profissional e supervisor. É possível que haja dificuldades em se realizar supervisão clínica à distância, ou pelo menos, com relação a alguns aspectos mais pessoais.

Como é que eu ajudo por um meio mecânico uma pessoa a se colocar na relação com outra pessoa de uma forma tão presencial? Na verdade, eu vou em direções opostas. E o grande problema que eu vejo hoje, é tudo à distância. Nós estamos mecanizando todas as relações interpessoais. Então esse é um grande desafio, como manter a humanidade em um meio mecânico. (Expert A)

Outra questão discutida a respeito do ensino à distância é a presença online. O professor adquire uma função mais de motivador da construção de conhecimento, e muitas vezes seu suporte se dá por esta presença virtual. O *feedback* pessoal, as colocações e o efetivo acompanhamento direcionado tornam a realização do curso mais interessante, transmitem segurança ao estudante e estimulam o estudo individual. Mesmo que algumas atividades sejam gravadas ou automatizadas, é importante a interação entre as pessoas envolvidas, seja por e-mail, chat, videoconferência ou outros recursos.

Como já explanado sobre a aprendizagem significativa, as pessoas precisam perceber a aplicação daquele conhecimento nas atividades práticas, além de associar os novos conceitos à sua estrutura cognitiva prévia, além de se sentirem responsáveis por isso.

É comum que as pessoas esperem um formato pronto de condutas a serem seguidas ao atender pacientes em crise suicida. Quando se deve internar, ou indicar determinada terapia, por quanto tempo, ou que medicação prescrever, por exemplo. Entretanto, como cada paciente tem uma história de vida particular, características individuais, bem como fatores de risco e proteção bastante diversos, a avaliação também deve ser ampla e a conduta específica elaborada individualmente e revista em vários momentos. Muitas vezes, opta-se pela internação de alguém devido à falta de suporte social, enquanto pode-se tentar evitar uma hospitalização de um caso de alto risco se houver suporte bem presente. Por isso, não é possível elaborar uma fórmula única, mas orientar a avaliação para direcionar as possibilidades de intervenção.

Um nó crítico frequentemente discutido a respeito do ensino é a avaliação da aprendizagem. Mesmo em cursos presenciais, é uma queixa frequente dos professores sobre as dificuldades a uma avaliação adequada dos alunos, especialmente quanto a habilidades e atitudes. Muitas vezes faltam recursos como tempo, pessoal e estrutura suficientes para utilização de métodos mais apropriados, além de exigência, muitas vezes, de avaliações somativas com caráter punitivo. Em um meio de ensino à distância, os métodos de avaliação também apresentam suas particularidades e dificuldades, e devem ser especificamente elaborados.

A partir do que foi exposto, e do delineamento da presente proposta, as competências centrais para intervenção em crise que orientarão este currículo foram

divididas em duas: uma que volta o olhar para a pessoa em risco de suicídio, e outra relacionada ao próprio profissional de saúde. São elas:

A - Capacidade de identificar e mobilizar os recursos necessários para ajuda a uma pessoa em risco de suicídio;

B - Capacidade de questionar, refletir e modificar a própria atuação frente a alguém em risco de suicídio.

#### **4.1 Descrição da proposta de currículo conforme os 10 passos**

##### **4.1.1 Passo 1: descrição da justificativa do currículo**

O suicídio é um complexo fenômeno de enorme impacto social, epidemiológico e econômico. Entretanto, grande parte das mortes por esta causa podem ser evitadas.

As medidas de prevenção podem ser universais, seletivas ou indicadas, e serão mais efetivas se articuladas de forma intersetorial. Coletivamente, medidas como restrição de acesso a métodos potencialmente perigosos já se mostraram benéficas, e em muitos casos dependem de ações de setores da sociedade como educação e segurança. Quanto a intervenções individuais, é de suma importância a capacitação dos profissionais de saúde para adequada identificação e intervenção com pessoas em risco.

Os principais fatores de risco para o suicídio são: a existência de tentativas prévias de autoextermínio e a presença de um transtorno mental. Isto significa que o tratamento efetivo do transtorno mental por psicólogos e psiquiatras pode minimizar o risco. Entretanto, a capacitação dos profissionais de outras áreas da saúde – como enfermeiros e médicos de emergências clínicas e cirúrgicas, ou da atenção básica para identificação de risco e encaminhamento adequado e com segurança também são medidas que podem proteger a vida de quem precisa.

Para atuação clínica, especificamente em intervenção em crise suicida, os aspectos das habilidades e atitudes devem ser bem treinados e elaborados, tanto para o olhar do profissional sobre o paciente quanto para atentar às suas próprias questões.

A intensa presença e disponibilidade de recursos tecnológicos, que já são amplamente utilizados para pesquisas e obtenção de informações por profissionais de saúde, torna possível que o ensino à distância seja mais uma rica ferramenta de formação e capacitação de profissionais de saúde para atendimento a pessoas em risco de suicídio.

#### 4.1.2 Passo 2: análise do perfil da clientela

A presente proposta tem como público-alvo profissionais de saúde já graduados que atendem pacientes em risco de suicídio: médicos, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais.

Devem ter como pré-requisitos: conhecimentos básicos sobre psicopatologia, exame do estado mental, psicodinâmica e teorias do desenvolvimento. Como já mencionado, a intervenção em crise suicida é uma área que demanda integração de várias outras disciplinas, e para o melhor aproveitamento do curso, é desejável que os alunos já tenham alguma vivência clínica.

Tanto em cenários de atendimentos clínicos de emergência, quanto da atenção básica ou centros de atenção psicossocial, as demandas de pacientes em risco de suicídio são frequentes, e há necessidade de capacitação dos profissionais para realizar uma avaliação e manejo adequado do caso, seja no próprio local de trabalho ou por meio do encaminhamento com segurança a um serviço especializado de maior complexidade.

Outros requisitos para participar do curso são: disponibilidade para estudo individual, e acesso a computador com internet. É altamente recomendável que a pessoa tenha capacidade de ler e compreender textos em inglês.

Serão inicialmente oferecidas 40 vagas, com 8 a 10 alunos por tutor.

#### 4.1.3 Passo 3: elaboração dos objetivos gerais e específicos

O procedimento adotado para definição dos objetivos de aprendizagem foi o seguinte: elaborou-se uma tabela com o conteúdo em geral estudado em atividades

de formação em intervenção em crise, a partir da literatura, da experiência própria e do relato de colegas que atuam na mesma área. Alguns tópicos foram considerados relevantes por todos, enquanto outros foram citados menos vezes ou com menor importância. A partir daí, os assuntos foram agrupados por afinidade e sintetizados. Ainda assim, a lista era bastante extensa e complexa. Novas análises foram realizadas para selecionar os tópicos essenciais e que realmente capacitariam o profissional a atuar na prática. Foram elaboradas então novas tabelas que agrupavam o conteúdo em conhecimentos, habilidades e atitudes, novamente com a reflexão sobre a importância do assunto para o exercício da intervenção em crise suicida nos contextos de saúde. Foi dada especial atenção ao trabalho sobre as atitudes do profissional.

A partir da definição de duas competências centrais para intervenção em crise suicida, foram estabelecidos os seguintes objetivos gerais:

a) Capacidade de identificar e mobilizar os recursos necessários para ajuda a uma pessoa em risco de suicídio:

- Discutir a crise suicida como fenômeno complexo e multifatorial;
- Compreender a importância de se falar sobre o assunto e investigar sistematicamente todos os pacientes em sofrimento psíquico;
- Fazer avaliação do risco de suicídio em uma situação clínica, inclusive com identificação dos fatores de risco e proteção, eventos desencadeantes, diagnóstico, exame do estado mental e sinais de alerta;
- Conhecer técnicas e estratégias para intervenção: contrato de vida, indicações de internação, orientações a familiares e rede de suporte, princípios do tratamento farmacológico e psicoterápico e cuidados neste manejo;
- Conhecer os serviços e articular os cuidados com a rede de saúde mental onde atua para adequada transição de cuidados quando necessário.

b) Capacidade de questionar, refletir e modificar a própria atuação frente a uma pessoa em risco de suicídio:

- Identificar preconceitos, estigma e atitudes frente a um suicida e refletir sobre como estas atitudes podem prejudicar o atendimento adequado;
- Reconhecer questões relacionadas à contratransferência com paciente suicida e identificar formas de manejá-la;
- Compreender a importância de uma postura diretiva na intervenção em crise ao mesmo tempo em que é fundamental a escuta ativa, sem julgamento para a formação do vínculo terapêutico;
- Reconhecer a importância da busca por supervisão clínica, do contato com colegas e com os outros profissionais envolvidos nos cuidados com o paciente;
- Reconhecer as demandas emocionais e a necessidade de autocuidado quando se tratam de pacientes em risco, bem como formas de fazê-lo.

O quadro a seguir ilustra os objetivos gerais e específicos de cada unidade, bem como carga horária atribuída e tipos de objetivos: conhecimentos, habilidades ou atitudes. Estes serão melhor detalhados adiante, no passo 6.

Quadro 3 – Objetivos gerais e específicos (continua)

Unidade	Objetivo geral	CH	CHA	Objetivos específicos		
Unidade 1 - Introdução à intervenção em crise e prevenção do suicídio	Conhecer os conceitos básicos e ideias gerais sobre o suicídio	8	C	Discutir mitos e preconceitos a respeito do suicídio	Compreender as definições e termos utilizados	Conhecer epidemiologia do suicídio
			H	Utilizar recursos do AVA		
			A	Suspender julgamento de valores, morais, de comportamento ou outros	Identificar e lidar com a própria resistência e preconceitos com relação ao suicídio	Verificar sua disponibilidade interna para lidar com a angústia provocada pelo assunto
Unidade 2 - Teorias da crise	Discutir a crise suicida como fenômeno complexo e multifatorial	8	C	Compreender as principais teorias da crise, bem como os fatores predisponentes, gatilho e de manutenção da crise	Discutir questões do desenvolvimento relacionadas às crises	Identificar os eventos de vida e sua relevância para o desenvolvimento das vulnerabilidades individuais à crise suicida
Unidade 3 - Avaliação da pessoa em crise suicida	Fazer avaliação do risco de suicídio em uma situação clínica	16	C	Entender os fatores de risco e proteção e o nexos destes fatores com o risco	Conhecer os princípios do diagnóstico psicopatológico	Compreender a relação entre transtornos mentais e suicídio e a importância da investigação sistemática a respeito do risco
			H	Fazer avaliação do contexto, da história de vida, dinâmica pessoal e familiar para entender a situação de crise	Realizar o exame do estado mental atual, identificar sinais de transtornos mentais	Articular os domínios cognitivos em relação à vivência da pessoa e realizar a formulação de risco de suicídio
			A	Demonstrar atenção e interesse genuíno. Realizar uma escuta ativa	Demonstrar empatia e envolvimento: importar-se e se sentir implicado na situação que compartilha no momento	Oferecer suporte, respeitar momentos de choro e de silêncio



Quadro 3 – Objetivos gerais e específicos (conclusão)

Unidade 4 - Manejo da crise suicida	Conhecer técnicas e estratégias para intervenção	16	C	Conhecer princípios do tratamento psicológico e farmacológico	Entender o manejo de urgências e emergências: identificar sinais de alerta e indicações de internação	Conhecer a rede de saúde mental da sua região
			H	Estabelecer e desenvolver vínculo terapêutico	Desenvolver e monitorar o plano de tratamento. Estabelecer metas e prioridades, com flexibilidade para adaptar o protocolo ao paciente	Utilizar técnicas para garantir a segurança do paciente: ambiente, evitar acesso a meios potencialmente perigosos. Realizar monitoramento e reavaliação frequente. O contrato de vida.
			H	Articular o atendimento com outros profissionais, e/ou realizar transição de cuidados	Identificar, acionar e orientar a rede de suporte do paciente	
			A	Manter tranquilidade e demonstrar segurança no momento da intervenção	Ter atitude diretiva e atuação imediata, com decisões rápidas	Demonstrar disposição para atendimento emergencial, ou por exemplo, por meio de telefone
Unidade 5 – O cuidado com o profissional	Avaliar as próprias condições de lidar com uma crise suicida, e reconhecer formas de autocuidado a aprimoramento	12	C	Discutir a importância da busca por supervisão clínica, do contato com colegas e com os outros profissionais envolvidos nos cuidados com o paciente	Conhecer sintomas e síndromes relacionados ao cuidar do outro: <i>Burnout</i> , estresse traumático secundário e fadiga por compaixão	Entender os aspectos legais relacionados ao suicídio: sigilo, registro clínico, responsabilidade profissional
			H	Reconhecer os sentimentos despertados em si pelo paciente suicida: raiva, hostilidade, tristeza, frustração e/ou impotência ou outros. Identificar formas de maneja- los	Discutir a necessidade de autocuidado quando se tratam de pacientes em risco, bem como formas de fazê-lo	Documentar adequadamente o atendimento
			A	Refletir sobre como suas atitudes podem interferir no atendimento a alguém em risco de suicídio	Desenvolver a motivação para o aprimoramento contínuo no campo	

Quadro 3 - Objetivos gerais e específicos. CH - Carga horária; CHA - conhecimentos, habilidades e atitudes; C – conhecimentos; H – habilidades; A – atitudes; AVA – ambiente virtual de aprendizagem. Fonte: A autora, 2017.

#### 4.1.4 Passo 4: estabelecimento dos princípios educacionais aplicados ao currículo

A proposta do curso é de que o ensino seja centrado no estudante, com o participante como o próprio agente de produção do conhecimento, a partir de estratégias como a discussão de casos clínicos baseados na realidade.

Os tópicos envolverão questões interdisciplinares que englobam a reflexão sobre conhecimentos, habilidades e atitudes relacionados à intervenção em crise.

O trabalho em pequenos grupos sob orientação de tutores permite ricas discussões e aprendizado. Entretanto, enquanto em cursos presenciais, o aprendizado baseado em problemas segue determinada estrutura de etapas para a organização da discussão ao longo de uma ou duas horas, em formatos à distância esta estrutura deve ser adaptada às possibilidades de atividades assíncronas.

Ainda com relação ao trabalho em grupos, além de ser um formato interessante para o aprendizado, ao mesmo tempo estimula com que o profissional, ao atuar em uma situação real de crise, possa e deva buscar auxílio de colegas, bem como fortalecer suas próprias redes de apoio e supervisão. Isso melhora a qualidade do atendimento e protege a saúde mental do profissional.

Este modelo também privilegia a liberdade do aluno estudar de forma autônoma o que mais lhe motiva e interessa. Por exemplo, para cada unidade são sugeridas referências bibliográficas de textos importantes na área, mas a partir da definição dos objetivos de cada grupo, outros assuntos poderão ser discutidos também. Não é meta do curso esgotar todo o estudo da suicidologia, mas propiciar as ferramentas que permitirão uma atuação adequada.

#### 4.1.5 Passo 5: estruturação do currículo (módulos, unidades, carga horária)

A presente proposta de currículo foi concebida com carga horária de 60 horas. Porém, é possível elaborar cursos mais curtos ou longos, a depender dos objetivos e do perfil dos alunos.

As duas competências estabelecidas serão trabalhadas simultaneamente pois na realidade, ao mesmo tempo em que se trata de alguém, o próprio profissional está implicado nesta relação.

A Unidade 1 é introdutória ao tema do suicídio e sua prevenção, ao formato do curso e servirá para familiarização com os recursos utilizados. Também deve discutir conceitos importantes para a intervenção em crise.

A ideia inicial era de que o curso fosse totalmente em formato de ensino à distância. Entretanto, ao longo do desenvolvimento da proposta, ao pensar a respeito das questões levantadas pelo curso, experiências anteriores de EAD, e bem como considerações de colegas, a primeira unidade deste curso será um momento de atividades presenciais. Ela servirá para que o grupo de alunos e professores se conheçam pessoalmente, e já criem certo vínculo, o que se espera que facilitará as atividades virtuais.

A carga horária proposta para esta etapa é de 8 horas.

O delineamento das 3 unidades seguintes foi elaborado a partir da lógica da sequência do atendimento: compreender os fatores de levam à crise, realizar a avaliação da pessoa em risco de suicídio, e manejar a crise suicida.

A Unidade 2 – Teorias da crise deverá ter a mesma carga horária da anterior, mas já com atividades totalmente à distância. É importante a compreensão da crise suicida como processo em que vários fatores participam para a instalação e manifestação da crise, bem como conhecer as principais teorias que o explicam. Este conhecimento permitirá uma avaliação mais ampla e precisa, e conseqüentemente, condutas mais adequadas.

A terceira unidade se dedica à avaliação do paciente. O profissional deve considerar a história e eventos de vida, fatores de risco e proteção, sintomas de transtornos mentais atuais ou anteriores, bem como aspectos sociais, familiares, entre outros. A carga horária atribuída a esta atividade foi de 16 horas. Aqui o aluno já deve conseguir compreender o contexto mais amplo da crise, e situar o estado do paciente no momento atual. Quais os sinais e sintomas que apresenta, qual o possível diagnóstico clínico, que fatores contribuem para ou desencadearam esta crise, e que fatores protegem o paciente. Como está o estado mental desta pessoa? Existem sinais de alerta de risco iminente de suicídio?

A unidade seguinte trata do manejo da crise suicida. Neste momento, os aspectos teóricos e práticos estudados anteriormente devem convergir para um

plano de intervenção coerente e que garanta a segurança do paciente. Existem técnicas específicas de intervenção que podem ser utilizadas, mas a conduta será delineada principalmente em função da avaliação específica e precisa realizada anteriormente. Claro que na realidade, muitas etapas de avaliação e manejo são feitas simultaneamente de forma interdependentes, mas didaticamente foram separadas em momentos distintos. Pode-se discutir quais as indicações de internação, quais os princípios devem ser levados em conta para a prescrição farmacológica, e que estratégias estão indicadas. Propõem-se 16 horas para este momento.

A última unidade foi pensada como uma atividade longitudinal voltada às questões do profissional em todos os momentos da intervenção em crise suicida. A intenção é que seja dada atenção aos dois elos da relação profissional-paciente ao longo do curso. Esta unidade, com carga horária prevista de 12 horas, serve então tanto para incentivar a reflexão sobre como agir quanto para pensar a respeito de como o profissional é afetado pela situação de crise. Além disso, coloca a importância do autocuidado e que recursos podem ser buscados para trabalhar as próprias emoções.

Outra consideração é sobre os intervalos previstos entre discussões dos assuntos. São momentos necessários à reflexão e amadurecimento das percepções. Talvez um curso com carga horária intensa em período curto seja menos proveitoso do que fazer ao longo de um período mais extenso de forma mais diluída.

Por isso, segue a grade horária planejada:

Quadro 4 – distribuição da carga horária por unidade:

	<b>Unidade 1</b>	<b>Unidade 2</b>	<b>Unidade 3</b>	<b>Unidade 4</b>	<b>Unidade 5</b>
<b>Semana 1</b>	8 horas				2 horas
<b>Semana 2</b>		4 horas			
<b>Semana 3</b>		4 horas			2 horas
<b>Semana 4</b>			4 horas		
<b>Semana 5</b>			4 horas		
<b>Semana 6</b>			4 horas		
<b>Semana 7</b>			4 horas		2 horas
<b>Semana 8</b>				4 horas	
<b>Semana 9</b>				4 horas	
<b>Semana 10</b>				4 horas	2 horas
<b>Semana 11</b>				4 horas	
<b>Semana 12</b>					4 horas

Fonte: A autora, 2017.

#### 4.1.6 Passo 6: descrição do curso e dos módulos

A primeira unidade - Introdução à intervenção em crise e prevenção do suicídio - será realizada de forma presencial. Dedicar-se à apresentação do curso, da metodologia e recursos utilizados, além de ser a oportunidade de alunos, tutores e equipe de coordenação se conhecerem. Terá carga horária de 8 horas.

Apesar de alguns pré-requisitos serem necessários, os alunos devem ter um perfil de formação e experiência bastante diversificado, portanto, este momento também será interessante para que se trabalhem alguns conceitos básicos com relação à intervenção em crise suicida. É possível que alguns alunos exerçam a prática clínica em serviços de emergências ou atenção primária, e entrem em contato apenas eventualmente com pacientes em risco de suicídio. Ou ainda, que trabalhem em serviços com maior demanda de saúde mental, onde o risco se apresenta com maior frequência e intensidade. Também é possível que profissionais já tenham sofrido a perda de pacientes por suicídio, ou atendam familiares que passaram pela experiência.

Esta unidade também deverá apresentar a metodologia que será utilizada, bem como o ambiente virtual de aprendizagem e suas funcionalidades.

Com relação ao conteúdo, é uma aproximação inicial ao tema, então propõem-se como objetivos cognitivos a compreensão de conceitos, definições e aspectos mais gerais relacionados ao suicídio.

Entretanto, a principal função deste momento será provocar o questionamento sobre preconceitos e atitudes a respeito do suicídio pelos participantes. Este tópico será abordado em outros momentos também, para o aprofundamento destas reflexões. Mas inicialmente será aplicado o questionário “Mitos e fatos sobre o suicídio”, que servirá também como avaliação do próprio curso ao ser realizado também ao final, bem como para levantar considerações a ser discutidas ainda nesta fase inicial.

Portanto, o objetivo geral para esta unidade é: compreender os conceitos básicos e ideias gerais sobre o suicídio;

E os específicos são: reconhecer mitos e preconceitos a respeito do suicídio, compreender as definições e termos utilizados e conhecer a epidemiologia, no

campo cognitivo. Com relação às habilidades, os alunos deverão se familiarizar com os recursos do ambiente virtual de aprendizagem, onde as próximas unidades serão desenvolvidas. E no campo das atitudes, é importante identificar e lidar com a própria resistência e preconceitos com relação ao suicídio, suspender julgamentos morais ou de valores e demonstrar disponibilidade interna para entrar em contato com a angústia provocada pelas situações de crise.

Quadro 5 - Grade da primeira semana de atividades – unidade 1 e parte 1 da unidade 5:

	<b>Dia 1</b>	<b>Dia 2</b>
<b>9-10:30</b>	Apresentação do curso Apresentação dos participantes Definição dos grupos Questionário “Mitos e fatos sobre o suicídio”	Continuação da dinâmica  Introdução ao portfólio – preconceitos e atitudes sobre o suicídio
<b>11-12:30</b>	Exposição dialogada – epidemiologia do suicídio	Rodada de discussões sobre vídeo Avaliação da unidade
<b>Intervalo</b>		
<b>14:00-16:00</b>	Treinamento sobre o AVA Vídeo sobre conceitos básicos e termos	
<b>Intervalo</b>		
<b>16:30-18:30h</b>	Dinâmica sobre atitudes – Dramatização	

Fonte: A autora, 2017.

As estratégias utilizadas neste momento inicial serão a exposição dialogada, discussão com vídeo, e dinâmica em pequenos grupos.

A avaliação será formativa a partir da participação e reflexões dos alunos com relação aos temas tratados.

A Unidade 2 – Teorias da crise é de extrema importância. Para a compreensão da crise suicida, é essencial entender todo o processo que leva ao momento crítico, e até mesmo as funções e possibilidades de desfechos da crise. Isso engloba desde questões do desenvolvimento e formação da personalidade, que pode indicar as vulnerabilidades pessoais, passa pelos eventos de vida, tanto os que levam a traumas quanto a resiliência, assim como os momentos em que ocorrem e as repercussões destes eventos na vida da pessoa: morte de familiares, término de relacionamento, dificuldades financeiras, ocorrência de abuso físico, psicológico, sexual ou negligência na infância e adolescência, entre inúmeros outros. O entendimento de crises prévias também é essencial. Vale ressaltar que não apenas a gravidade do evento é importante, mas também a percepção subjetiva que a pessoa tem do que ocorreu deve ser considerada.

Entender todo o processo da crise permite contextualizar o momento vivenciado, identificar vulnerabilidades para atuação preventiva, fortalecer os fatores de proteção e encontrar a intervenção mais eficaz para a situação.

O objetivo geral é que o aluno compreenda a crise suicida como fenômeno multifatorial. Entre os objetivos específicos, estão: teoria da crise; fatores predisponentes, desencadeantes, protetores e de manutenção da crise; questões do desenvolvimento e de personalidade relacionadas às crises; identificar os eventos de vida e sua relevância para o desenvolvimento das vulnerabilidades individuais à crise suicida. A carga horária estabelecida é de 8 horas.

A partir deste momento, os alunos estarão mais familiarizados com os conceitos básicos. São várias teorias que tentam explicar a crise de maneira geral, e o suicídio de forma mais específica, e é importante conhecer e entendê-las.

Quadro 6 – Calendário da unidade 2:

	<b>Dia 1 da semana 3</b>	<b>Dia 7 da semana 3</b>	<b>Dia 7 da semana 4</b>
<b>Situação-problema 1</b>	Abertura do fórum		Encerramento do fórum
<b>Texto para fichamento</b>		Entrega	
<b>Avaliação da unidade</b>			Envio

Fonte: A autora, 2017.

Segue um exemplo de situação-problema para discussão no fórum virtual. Os nomes, histórias, situações e fatos relatados são fictícios em todas as situações-problema, apesar de baseados na realidade clínica.

## Quadro 7 – Situação-problema 1

### Situação-problema 1 – História de vida

Clara é uma estudante do último semestre de psicologia. Chegou para seu grupo de supervisão clínica bastante impressionada com uma paciente que atendeu no estágio. A paciente se chama Bete, tem 19 anos, e havia tentado suicídio no último fim de semana. Bete foi adotada aos 4 anos de idade, e não conheceu o pai biológico. Viveu com o padrasto e a mãe até os três anos de idade, quando esta morreu em um acidente. Sofria maus-tratos, e foi levada a um abrigo, onde viveu até a adoção. “Falavam que eu era uma criança difícil, e me castigavam”. Na adolescência, começou a usar álcool e experimentou outras drogas, teve alguns relacionamentos breves, engravidou, reprovou na escola, começou a se sentir triste quase o tempo todo e a querer se machucar. Há alguns meses deixou a escola, brigou com os pais e se mudou com o filho pequeno para a casa do namorado. Começou a trabalhar como diarista, e não tinha boa renda. Chorava com frequência, não dormia bem e se sentia sem esperança no futuro. Nestes momentos, costumava rezar e pensar no filho.

Na última semana, teve uma discussão com o companheiro, terminaram o relacionamento. Isto foi o gatilho para a tentativa de suicídio que a moça fez.

Clara ficou pensando sobre a história que ouvira naquele dia. Como seria se a moça não tivesse passado pelas perdas que teve ao longo da sua história? Mateus, colega de Clara, comentou que nem todo mundo que tem grandes dificuldades na vida tenta suicídio, mas tem pessoas que às vezes nem identificam os motivos, mas querem morrer. Thiago, outro colega, comentou que já tinha lido que há várias teorias que tentam explicar o comportamento suicida.

Fonte: A autora, 2017.

Neste exemplo, os alunos debaterão as questões do desenvolvimento e dos eventos de vida estressores, e sua participação na vulnerabilidade ao comportamento suicida, assim como a possibilidade de aumento da resiliência.

Ao mesmo tempo, o texto definido para o fichamento fala sobre o conceito de crise. Os alunos deverão demonstrar a compreensão do texto de forma crítica, com o fórum como apoio para esta tarefa. Um ponto importante de se entender sobre as crises é que são inevitáveis, mas que podem propiciar o desenvolvimento de recursos pessoais para lidar com situações futuras.

Estratégias utilizadas: Neste momento, o estudo de textos relevantes é bastante indicado. São eles que permitirão o desenvolvimento da discussão nos grupos virtuais. Trata-se de um tema complexo, portanto, o trabalho no grupo e a orientação adequada dos tutores serão fundamentais para a compreensão do tema e aplicação dos conceitos à prática clínica.

Uma estratégia de avaliação proposta é o próprio fichamento de texto. Os alunos deverão ler e demonstrar a compreensão do assunto por meio de um trabalho de poucas páginas em que apontem os principais pontos levantados, além de sua percepção crítica sobre eles. Não se trata de simplesmente fazer um resumo,



mas analisar e relacionar as questões explicadas à situação-problema ou outras questões da sua própria prática.

Já na discussão da situação-problema, os alunos devem identificar os fatores predisponentes, precipitantes, protetores e mantenedores da crise relatada. O tutor tem uma função de motivador e orientador de algumas questões para que se atinjam os objetivos propostos, mas não é indicado que forneça respostas prontas.

O texto indicado para o fichamento será: O conceito de crise na clínica da intervenção em crise (TAVARES; WERLANG, 2012).

Ao longo desta e das próximas unidades, ocorrerão, durante algumas semanas, atividades concomitantes da unidade 5 – o cuidado com o profissional. Esta organização se deu de forma intencional para que paralelamente ao aprendizado sobre o paciente, o profissional atente ao que ocorre a si mesmo, e como pode manejar suas reações à crise do outro. As atividades propostas serão descritas mais adiante.

A terceira unidade se dedica à avaliação do paciente. Neste momento, o profissional deve se capacitar para integrar os aspectos vistos anteriormente à história clínica da pessoa que atende. A partir da constatação de que a maioria dos suicidas apresenta algum transtorno mental, seu diagnóstico e tratamento adequado são essenciais. Para isto, os recursos utilizados em todas as situações clínicas são ferramentas importantes: anamnese cuidadosa, que inclui história pessoal e familiar, sintomas atuais, eventos de vida, investigação de comorbidades, diagnósticos e tratamentos anteriores e o exame do estado mental. A avaliação específica do risco de suicídio deve ser sistematicamente realizada com todos os pacientes em sofrimento psíquico: identificar os fatores de risco e proteção, bem como articulá-los a informações como ideação, intencionalidade, impulsividade e acesso a meios para assim realizar a formulação de risco.

Para a adequada avaliação clínica, é necessária uma postura de abertura e não julgamento. O profissional deve perguntar claramente o que precisa saber, e demonstrar empatia pelo sofrimento relatado. Ao mesmo tempo em que é preciso obter muitas informações, também se deve oferecer suporte e respeitar o que o paciente vivencia. O profissional também pode ser afetado pelo que o paciente traz, tanto por se identificar quanto por rejeitar o paciente. É o momento de ter consciência disso para atuar com clareza e ajudar. Pode ser difícil perguntar sobre sentimentos após uma tentativa de suicídio, eventos traumáticos de vida ou desejo

de morrer, por exemplo. Mas é o que propicia comunicação aberta, formação de vínculo e a busca por alternativas.

Esta unidade terá duração de 16 horas.

O objetivo geral é que o aluno do curso desenvolva sua capacidade de realizar uma avaliação da pessoa em crise suicida.

A avaliação adequada já indicará muitas das medidas de intervenção que serão necessárias, e para que isto ocorra, a postura do profissional pode fazer a diferença. Um destaque para a unidade é a reflexão sobre a importância de investigação sistemática do risco de suicídio em todos os pacientes que apresentam sofrimento psíquico.

Os objetivos cognitivos específicos estão relacionados à investigação dos fatores de risco e proteção e o nexo desses fatores com o risco apresentado, e à compreensão do diagnóstico psicopatológico. A maioria das pessoas em risco de suicídio apresenta pelo menos um transtorno mental identificável. Os mais comuns são: transtornos do humor, com o transtorno depressivo maior e a depressão bipolar, as psicoses, os transtornos de personalidade e os transtornos relacionados ao abuso de substâncias.

Será importante integrar o conhecimento prévio de psicopatologia à avaliação do risco de suicídio.

Quadro 8 – Calendário da unidade 3:

	<b>Semana 4</b>	<b>Semana 5</b>	<b>Semana 6</b>	<b>Semana 7</b>
<b>Situação-problema 2</b>	Abertura	Encerramento		
<b>Situação-problema 3</b>			Abertura	Encerramento
<b>Estudo de caso 1</b>	Início		Entrega	
<b>Avaliação da unidade</b>				Envio

Fonte: A autora, 2017.

A figura a seguir ilustra um exemplo de situação-problema em que a avaliação clínica é o ponto central. Vários outros aspectos podem e devem ser discutidos, da mesma forma que ocorre na prática clínica.

## Quadro 9 - Situação-problema 2

### Situação-problema 2 – Perseguição

João tem 21 anos e foi levado pela mãe, Vera, a uma consulta médica. Ela estava preocupada porque o filho sentia “medo de tudo”.

Ela relatou que ele foi um adolescente muito isolado e costumava ficar horas trancado no quarto. Nos últimos seis meses, passou a falar coisas estranhas, achava que era vigiado o tempo todo. Largou o emprego porque disse que não suportava o chefe e os colegas, que comentavam sobre sua aparência e conduta. Vera ainda comentou que ele não conseguia se manter trabalhando porque sempre se sentia perseguido pelos outros, e que algumas vezes falava sozinho. Chegou a ser aprovado no vestibular, mas não iniciou o curso.

Ameaçou o irmão mais novo “porque ele tentou controlar meus pensamentos e movimentos”.

João explicou ainda que “o mundo é um lugar perigoso e para todo lado tem alguém que quer fazer o mal”.

Fez uso de álcool e maconha na adolescência, mas havia cessado o consumo desta.

Não tinha outros problemas de saúde.

Um tio do paciente era esquizofrênico e suicidou aos 30 anos.

Mariana, a médica recém-formada que o atendeu, ficou bastante preocupada com João. Entrou em contato com um antigo professor de psiquiatria da faculdade e com o serviço onde Thiago, seu irmão e colega de Clara, faz seu estágio.

Lembrou-se que deveria sempre avaliar o risco de suicídio nos pacientes com transtornos mentais, além de investigar outras doenças e possíveis causas para o comportamento do rapaz.

Fonte: A autora, 2017.

Neste problema, os sintomas psicóticos estão bem explícitos, assim como alguns indicadores de risco de suicídio. Os alunos deverão identificar os sinais e sintomas presentes para elaborar uma hipótese diagnóstica que direcione o tratamento. A ênfase neste momento é na avaliação do paciente, que apresenta rico quadro psicopatológico com delírios paranoides, alucinações auditivas, e prejuízo importante do funcionamento geral, já que não consegue trabalhar, estudar ou manter uma vida social por conta dos sintomas. O quadro já dura vários meses, e o paciente começou a colocar outras pessoas em risco, ao ameaçar o irmão. Tratam-se dos critérios diagnósticos para esquizofrenia. Além disso, tem uma relevante história familiar de esquizofrenia e suicídio, o que aumenta seu próprio risco. Outra questão é a reflexão sobre a importância da avaliação sistemática do risco de suicídio em todos os pacientes em sofrimento psíquico.

Outro aspecto trazido pelo problema é a construção de redes de apoio profissional, ao exemplificar a busca de orientação da médica por alguém mais experiente na área, mesmo não se não está mais em contexto de educação formal. As reações dela também são colocadas em evidências para incentivar a autorreflexão proposta paralelamente na unidade 5.

A seguir, um exemplo de uma situação-problema ainda da unidade 3, também relacionado à avaliação da situação. Porém, também é um exemplo de que crises suicidas também surgem fora do contexto profissional e a prevenção é responsabilidade de todos.

#### Quadro 10 - Situação-problema 3

Idosa e sem esperança

Ana é uma vizinha querida de 68 anos que lhe telefona e pede ajuda. Você vai até a casa dela.

Ela conta que não aguenta mais sua vida, e que pensa o tempo todo em suicídio. Há meses chora todos os dias, não se alimenta bem, mal consegue fazer suas atividades, porque não tem energia nem disposição para nada, e saiu da hidroginástica. Comenta que sente que seu tratamento não a ajuda mais, que os filhos não a visitam, e que se sumisse, não faria falta alguma. Está sem esperança de melhorar.

Ela também fala de outros períodos da vida, em que ficava cheia de energia, com muitas ideias, gostava de se arrumar e fazer compras. “Eu me sentia muito rica, linda e poderosa”. Até já tinha feito dívidas por isso, e uma vez precisou ser internada. Quando passava esta época, voltava a ficar deprimida e pensava em morrer, mas nunca tentou suicídio antes.

Comenta também sobre as limitações que tem por sua idade avançada, da perda do marido, de dois irmãos e de amigos. Também disse que passava por dificuldades financeiras.

Tem vários medicamentos acumulados em casa e começou a escrever uma carta de despedida. Chora bastante.

Você achou melhor não a deixar sozinha enquanto pensa sobre o que fazer e sobre tudo o que ela te contou.

Fonte: A autora, 2017.

Esta situação-problema traz as questões do diagnóstico da síndrome depressiva em paciente com transtorno bipolar do humor e do risco de suicídio no idoso. Muitas vezes, os sintomas presentes em pessoas desta faixa etária são subestimados ou atribuídos ao processo de envelhecimento. Entretanto, o suicídio no idoso também deve ser considerado, discutido e avaliado cuidadosamente. Enquanto na população mais jovem há 10 a 20 tentativas para cada suicídio consumado, entre os idosos esta proporção chega a 2:1. Eles tendem a usar métodos violentos, tomar ações mais refletidas e planejadas e menos impulsivas. Outra característica são as perdas familiares, de amigos, de autonomia, queda do padrão de vida, e isolamento social que podem ocorrer.

No caso exemplificado, a paciente relatou episódios de mania anteriores, o que caracteriza o transtorno bipolar do humor. A fase depressiva grave alerta para o risco de suicídio. A tentativa prévia é o fator de risco mais importante a se considerar para avaliação do caso, mas não o único. Neste exemplo, chama a atenção a tomada de providências, como a carta de despedida e acúmulo de medicações.

Pode-se conjecturar inclusive que não há adesão adequada ao tratamento prescrito devido ao acúmulo de medicamentos em casa. E ela ainda se mostra sem esperança no futuro, o que é um dos chamados afetos intoleráveis.

A seguir, exemplifica-se o caso clínico que será proposto para estudo da unidade 3:

#### Quadro 11 – Caso clínico 1

##### Caso clínico 1 – Muitos sintomas

Você começou a atender Maria, uma moça de 23 anos que procurou o serviço porque acha que “é bipolar”.

Ela refere que se sente triste “desde que se entende por gente”. Os pais são separados desde que tinha 4 anos de idade, e sempre manteve pouco contato com o pai. A mãe teve outros relacionamentos, mas a paciente “nunca se deu bem com eles”. Diz que dois ex-padrastos eram agressivos com as duas.

Refere que com frequência tem pensamentos de morte, com sentimento de angústia, “é um vazio difícil de explicar”. Já se cortou várias vezes de forma proposital, nos braços e pernas, e sente até certo alívio ao fazê-lo. Tentou suicídio em quatro ocasiões, por intoxicação medicamentosa. Da última vez, há 6 meses, ficou alguns dias internada. Quando terminou o relacionamento anterior, pensou em se jogar pela janela.

Mora com o namorado, com quem se relaciona há dois meses. Têm brigas frequentes, e apesar disso, a paciente refere temor de ser abandonada por ele.

É impulsiva, e relata variações frequentes de humor, passa da tristeza para ansiedade e irritabilidade facilmente. O quadro fica mais grave se tem alguma frustração. Já ficou agressiva em algumas ocasiões, chegou a gritar, arranhar-se e jogar objetos na parede.

Por vezes, tem pensamentos de “que deve morrer, que sua vida não vale nada, que seria melhor para todo mundo se não estivesse aqui. E tudo o que tenta fazer dá errado”.

Faz uso abusivo de bebida alcoólica aos finais de semana, e já fez uso de drogas ilícitas.

Já fez uso de medicações para emagrecer, para dormir, antidepressivos, estabilizadores de humor, antipsicóticos. Tende a aumentar as dosagens por conta própria, e já se consultou com vários psiquiatras e psicólogos desde os dezesseis anos, mas também relata que não se mantém em tratamento regular “porque não dá certo, nada funciona”. “Mas dessa vez, você vai conseguir me ajudar a resolver minha vida. Se não der certo, é melhor eu desistir de tudo”.

Mesmo com investigação cuidadosa, você não identifica episódios prévios de mania ou hipomania.

##### Perguntas norteadoras:

Quais são suas hipóteses diagnósticas? Por que?

Que fatores de risco e de proteção podem ser identificados?

Que outras informações você buscaria?

Que sentimentos o relato despertou em você? E como reagiria a esta pessoa?

Acrescente este relato ao seu portfólio da unidade 5.

Fonte: A autora, 2017.

Este caso clínico abre a discussão para a queixa de uma pessoa com variações intensas de humor, embora não se caracterize o transtorno bipolar, pela ausência de mania ou hipomania. Apresenta vários comportamentos disfuncionais, e características como impulsividade, baixa tolerância à frustração, automutilação e agressividade. Demonstra instabilidade nos relacionamentos, alterna entre a idealização e o desprezo pelas pessoas, relata sentimento crônico de vazio,

comportamento suicida e abuso de substâncias. Apesar de não estar estabelecida relação causal, são comuns os relatos de abuso ou negligência precoces nestes pacientes.

Os sintomas são intensos e frequentes, de início ainda na adolescência, e que interferem em várias áreas do funcionamento, o que caracteriza o transtorno de personalidade *borderline*. Trata-se de quadro clínico com grande diversidade de sintomas, além da possibilidade de outros diagnósticos associados. O padrão de instabilidade tende a se repetir com o profissional de saúde, e muitas vezes provoca a rejeição, hostilidade ou desejo de punir. Entretanto, são pacientes que podem apresentar alto risco de suicídio e o manejo deve ser precoce e adequado, multiprofissional, e reavaliado com frequência. No exemplo anterior, a paciente colocou o profissional em uma posição idealizada, de “salvador”, e este também deve estar atento para não assumir este papel e se responsabilizar pelo que não tem controle.

Neste exemplo, ainda pode-se perceber o escalonamento de métodos usados nas tentativas, com uma intoxicação mais grave da última vez, e a ideia de uso de um meio mais violento. Além disso, estão presentes o sentimento de desesperança, a rigidez e a constrição do pensamento comuns em pacientes suicidas. Existe ainda uma ambivalência da pessoa que tenta se matar e ao mesmo tempo busca ajuda. Geralmente, os suicidas desejam se ver livres do sofrimento que percebem como intolerável, interminável e inescapável.

O abuso de substâncias também é um indicador de risco. Muitas vezes, o aumento do consumo é sinal de alerta, e também é uma questão que precisa ser abordada.

Ainda com relação à avaliação, seria necessário investigar os vínculos sociais e demais fatores de proteção da pessoa, para acioná-los. A depender destas informações, poderia se indicar uma intervenção de casal ou de família, por exemplo.

O estudo de casos clínicos como este e a discussão de situação-problema no fórum serão as principais estratégias utilizadas, já que em ambiente virtual são o que mais se aproximam da prática real. A demonstração de alguns aspectos da avaliação clínica em simulação por vídeo também é um recurso interessante a ser explorado.

A situação-problema é uma vinheta curta que serve de provocadora para a discussão dos grupos no fórum virtual. O próprio grupo levantará as questões e hipóteses para definir os objetivos de estudo. Depois, retornam as colocações no próprio fórum. Cada membro do grupo é responsável por contribuir para a construção conjunta do conhecimento, e o tutor deve orientar a discussão sem fornecer as respostas. São geralmente situações claras e com objetivos definidos. Mesmo assim, como o ensino é centrado no estudante, existe a liberdade de se pesquisar todos os assuntos que o interessarem. É uma situação análoga aos problemas de cursos presenciais que utilizam a metodologia da aprendizagem baseada em problemas. A diferença na presente proposta é o não seguimento dos mesmos passos de atividades presenciais devido à particularidade do EAD apresentar atividades assíncronas. A situação-problema não necessariamente é um caso clínico, embora o seja na maioria das vezes.

A partir das questões e da determinação da fronteira do conhecimento levantadas pelo grupo, definem-se os objetivos de estudo, o que incentiva a habilidade de pesquisa individual, em contraste a atividades onde o aluno é passivo na aquisição das informações. Cada um deve contribuir com a análise da situação-problema e articular os novos conhecimentos aos prévios.

O estudo de caso clínico pode ser um relato mais detalhado e complexo, que estimula o raciocínio clínico de maneira mais sistematizada. No presente curso, o aluno deverá redigir sua análise para avaliação individual, responder às perguntas norteadoras com base na literatura e em suas percepções. Sugere-se que sejam discutidos os aspectos da queixa principal, história atual, história prévia, curva de vida, história familiar e social e exame do estado mental para levantamento das hipóteses diagnósticas. Outras informações poderiam ser solicitadas, assim como avaliações complementares que seriam utilizadas em uma situação clínica real. A partir daí, pode-se fazer uma formulação do caso com identificação de fatores predisponentes, desencadeantes, mantenedores da crise, e de proteção. Na unidade 4, a demanda evolui para a elaboração de uma proposta de intervenção.

De forma paralela, acrescenta-se ainda o olhar para as reações do profissional, presente na unidade 5, em que sua capacidade de reflexão sobre a própria atuação será incentivada. As atitudes enfatizadas se relacionam à disposição do profissional para questionar e ouvir abertamente o que o paciente tem a dizer, além do envolvimento real com a situação compartilhada.

Pode-se perceber que os conhecimentos das unidades 1 e 2 serão retomados neste momento, para auxiliar a avaliação clínica, o que permite o aprofundamento do estudo do caso.

No prosseguimento do curso, a unidade 4, dedicada ao manejo da crise suicida, depende fundamentalmente das etapas anteriores e está interligada de forma indissociável a elas. É o momento de integrar a teoria à avaliação clínica para elaborar e propor um plano de tratamento. Este plano pode envolver outros profissionais ou serviços da rede de saúde mental, e é importante conhecer e se articular a eles.

Existem sinais de alerta de risco iminente de suicídio, o que demanda intervenções rápidas e intensas. Outras medidas podem ser programadas para um momento posterior. Nem todo mundo com ideação suicida deve ser internado, mas existem casos em que o tratamento em regime de internação deve ser considerado e proposto. O profissional também deve ser capaz de mobilizar a rede de apoio do paciente, sejam familiares, amigos ou outras pessoas, além de orientá-los sobre como lidar com a pessoa em crise.

A restrição a meios potencialmente perigosos é outra medida eficiente. Deve-se pesquisar o acesso a armas brancas ou de fogo, medicamentos, produtos químicos, cordas, locais altos e sem proteção, entre outros, e contar com a rede de suporte para isso. Há momentos em que a pessoa não deve ser deixada só.

Existem orientações específicas com relação ao manejo de medicamentos que venham a ser prescritos, como por exemplo, a quantidade a ser fornecida, e mesmo quais são mais seguros. É um momento em que o paciente deve ser reavaliado com frequência, tanto porque o quadro clínico pode se modificar de forma importante, quanto para manejar efeitos adversos ou outras intercorrências, mas principalmente para fortalecer o vínculo do paciente com o profissional. Outra técnica é o contrato de vida, que pode ser benéfico em alguns casos. Também podem ser necessárias modificações no ambiente ou o afastamento de pessoas e situações.

Tudo isso exige uma postura mais diretiva e com rápida tomada de decisões e flexibilidade para negociação de objetivos.

O objetivo geral da unidade é conhecer técnicas e estratégias para intervenção em crise suicida.



Os objetivos específicos estão relacionados ao manejo de urgências e emergências, com os princípios do tratamento psicológico e farmacológico. Neste curso, não se trata de formação em psicoterapia ou farmacologia, mas de compreender os objetivos, indicações e riscos de cada técnica. É importante identificar também em que situações a internação seria benéfica, conhecer a rede de saúde mental da região onde atua e como realizar a transição de cuidados. Esta envolve os procedimentos de acolhimento, avaliação e encaminhamentos necessários.

O foco no vínculo profissional-paciente permanece, bem como na capacidade de formular o plano de tratamento respeitando as especificidades de cada paciente.

Quadro 12 – Calendário da unidade 4

	Semana 8	Semana 9	Semana 10	Semana 11
<b>Situação-problema 4</b>	Abertura	Encerramento		
<b>Situação-problema 5</b>			Abertura	Encerramento
<b>Estudo de caso – parte 2</b>	Início			Entrega
<b>Avaliação da unidade</b>				Envio

Fonte: A autora, 2017.

Novamente, as estratégias que se mostram mais adequadas são as situações-problema e estudos de casos clínicos. Agora com mais conhecimento acumulado, é possível integrar a avaliação do paciente a uma proposta de intervenção.

Segue na figura 8 outro exemplo de problema a ser discutido nesta unidade:

Quadro 13 – Situação-problema 4

<p>Adolescente também tem depressão?</p> <p>Marco Antônio é um rapaz de 15 anos que foi levado pela mãe à consulta. Ela disse que uma amiga dele está preocupada com as mensagens que ele tem postado em sua rede social. Todas falam sobre desejo de morte e suicídio. Refere que ele sempre foi bom aluno, mas o rendimento escolar caiu nos últimos meses. Está descuidado com a aparência. Às vezes tem explosões de raiva e bate a porta do quarto. Fica acordado até de madrugada na internet. A mãe até acha que são “coisas normais de adolescente, pois ele é um menino ótimo, inteligente, e tem todo o futuro pela frente, e que não tem motivos para estar deprimido. Todo mundo na família é bem-sucedido e ele vai fazer uma ótima faculdade”. Ele não contesta.</p> <p>Só que quando você conversa somente com Marco, ele relata que tem se sentido muito triste o tempo todo, pensa muito em suicídio e frequenta sites e fóruns que o incentivam a isso. Perdeu o interesse pelas aulas, pelo curso de inglês, de música, e até por jogos de videogame, que antes gostava muito. Deixou de ir à igreja com a família. Não tem se alimentado bem, refere dificuldade de concentração e péssima autoestima. Sente-se muito cobrado pela família, e não suporta os comentários que os colegas fazem sobre ele por ter dificuldades na aula de educação física. Já fizeram montagens com sua foto e espalharam via aplicativos em grupos da escola. Ele relatou que se sentia envergonhado e humilhado, e pediu que você não escrevesse nem contasse à sua mãe. Não consegue ver alternativas ao suicídio e já se cortou mais de uma vez.</p>
--

Fonte: A autora, 2017.

Este caso propõe a reflexão sobre a depressão e o suicídio na adolescência, fenômeno que se refere a uma fase da vida com características muito próprias. É importante refletir sobre o estigma dos transtornos mentais em especial nesta faixa etária. No exemplo anterior, o rapaz vive em um meio com altas expectativas, onde se sente incapaz de corresponder à pressão colocada sobre ele, além de sofrer humilhações pelos colegas. Em um momento de busca da identidade, a aceitação pelo grupo passa a ser muito importante. No relato, ele demonstra afetos intoleráveis, que são indicativos de alto risco também.

O profissional está colocado frente a alguns desafios, como diferenciar comportamentos normais da adolescência de uma depressão, que muitas vezes se manifesta com outros sintomas; encontrar o ponto de equilíbrio entre respeitar a autonomia do paciente ou quebrar o sigilo das informações para proteger sua vida. Também traz o questionamento sobre como fazer um registro clínico adequado e seguro. E como proposta de intervenção, deve-se pensar em como se podem construir alternativas ao suicídio, como intervir com a família para que ele tenha mais suporte e melhor possibilidade de comunicação e como deve ser o manejo clínico do transtorno mental.

Outra questão trazida pelo problema são as possibilidades de mídias virtuais servirem como incentivo ao suicídio ao mesmo tempo em que podem ser instrumentos de prevenção. No caso, há estímulo à autolesão em sites e fóruns, mas a comunicação virtual do paciente foi o que chamou a atenção de uma amiga e permitiu a busca de ajuda.

Já a figura 9 traz uma nova situação-problema, mas que é continuação da que foi estudada na unidade anterior, agora com ênfase na conduta a ser tomada quando presentes os indicadores de risco iminente de suicídio.

#### Quadro 14 – Situação-problema 5

##### Vozes de comando

João, aquele paciente que veio antes à consulta, recusou o tratamento que lhe foi proposto. Porém, após poucas semanas, teve que ser levado ao pronto-socorro, pois fez um corte no abdome com uma faca de cozinha. Estava agitado e gritava que precisava tirar o demônio do corpo.

Quebrou a televisão da sala “por onde falavam com ele e o mandavam fugir e pular da ponte”. Nos últimos dias parecia cada vez mais desesperado e inquieto. Não dormia mais, e não se alimentava bem por medo de ser envenenado.

O profissional que o atendeu ficou com receio de questionar o paciente sobre ideias de suicídio. Mas ao ser perguntado, João comentou que sua missão ainda não estava cumprida, e que ainda recebia ordens para se matar.

A mãe e o irmão estavam sem saber o que fazer.

Neste momento, ficam evidentes os sinais de risco iminente de suicídio: uma tentativa recente, alucinações com vozes de comando, o sentimento de desespero, a instalação de um quadro psicótico, além da história familiar de suicídio. A discussão deve ser direcionada para a conduta a ser tomada, como o atendimento emergencial pela ferida, a indicação de internação, o encaminhamento a outro serviço, a prescrição de medicação, e as orientações aos familiares neste momento de crise.

Pode-se questionar também se a atuação anterior foi adequada, ou de que formas a família seria melhor orientada sobre o risco e sobre que medidas tomar. Isto incentivará a reflexão sobre os próprios comportamentos.

No prosseguimento do curso, há o estudo de caso 2, que na realidade é continuação do que foi feito na unidade anterior.

#### Quadro 15 - Estudo de caso 2

E agora?

Você ainda acompanha a Maria. Na terceira consulta, ela falta sem avisar. Dois dias depois, procura você no serviço. Diz estar muito mal e precisa ser atendida agora, porque acabou de se separar. Só que você está a caminho de outra atividade no momento, e responde que poderá vê-la no final do dia de hoje. Ela se irrita, diz que nunca foi atendida por alguém tão incompetente assim e vai embora. Mas retorna ao fim do dia.

Ela diz que tem pensado muito em suicídio, está angustiada. Quase bateu o carro propositalmente hoje, mas lembrou do contrato de vida que fez com você. Fala que não sabe quem poderia procurar, uma amiga está no trabalho, não fala com o irmão há alguns meses, e acha que os pais não a entendem.

Ainda assim, você precisa reavaliar sua conduta e o plano de tratamento. Que medidas proporia agora? Quais orientações daria a ela? Que outros serviços da rede estão disponíveis para ajudá-la e como seria o encaminhamento?

O que você sente com relação a ela? E como pode manejar?

Fonte: A autora, 2017.

Neste momento de se discutir a conduta, o caso estudado na unidade anterior retorna e sugere a discussão de outros aspectos no acompanhamento dos pacientes. A pessoa que antes idealizava o profissional, torna-se raivosa e agressiva. O profissional deve manejar a situação, assim como o comportamento de faltar no dia agendado e demandar atendimento em outro momento.

A paciente demonstra fraco suporte social, o que será um ponto importante a ser trabalhado no plano de tratamento. Por outro lado, apesar da agressividade, parece ter se vinculado ao profissional, ao levar em conta o contrato de vida feito.

Este é um instrumento que pode ser utilizado em algumas situações se construído junto ao paciente, com as condições e significados específicos para este. Não se trata de documento legal que respaldaria o profissional ou o eximiria de sua responsabilidade. A prescrição medicamentosa e o acesso a métodos perigosos precisam ser abordados também.

Além disso, é necessário se pensar em que recursos de saúde mental estão disponíveis no local do atendimento: há emergências psiquiátricas? CAPS? Existe a possibilidade de internação? Seria possível o acesso a que modalidades de psicoterapia? Como seria o encaminhamento desta paciente? Por telefone, por escrito, pessoalmente, por telefonema a alguém da família ou ela poderia ficar no próprio serviço onde está no momento? São questões e particularidades que devem ser elaboradas no delineamento da conduta, e dependem da realidade de cada local.

Além disso, os sentimentos e reações do profissional em uma situação de agressividade verbal serão trabalhados também, como elo entre as unidades 4 e 5.

A unidade 5 – O cuidado com o profissional – é uma atividade longitudinal que volta o olhar para as questões do próprio profissional de saúde que atende pessoas em risco de suicídio. Trabalhar com intervenção em crise exige autorreflexão e alguns cuidados devido às demandas e mesmo às características desta interação.

O profissional pode se ver tomado por sentimentos negativos com relação ao paciente, e deve se atentar para não atuar em função deles. Pode ter que lidar com relatos de traumas e violência, ou pode se sentir frustrado ou impotente. Existem alguns sintomas e síndromes relacionados ao cuidar do outro, e que é importante que o profissional consiga reconhecê-los para cuidar de si mesmo também.

Uma forma importante de trabalhar nesta área é se articular com outros profissionais, tanto para o atendimento multiprofissional ao paciente, quanto para o autocuidado, o aprendizado continuado, e o suporte de pares. A supervisão clínica também é necessária mesmo após o término da formação.

Existem alguns aspectos legais com relação ao registro clínico, responsabilidade profissional e sigilo que devem ser discutidos.

As atividades desta unidade serão distribuídas paralelamente ao restante do curso, exatamente para que o profissional possa refletir tanto sobre o que fazer e como agir com o paciente, quanto sobre seus próprios sentimentos e reações. A carga horária proposta é de 12 horas.

O objetivo geral da unidade é que o profissional avalie as próprias condições de lidar com uma crise suicida, e reconheça formas de autocuidado e aprimoramento.

O curso não pretende esgotar todo estudo da suicidologia, mas fornecer as ferramentas necessárias para o aperfeiçoamento constante do profissional, dentro da perspectiva da educação permanente em saúde. Os objetivos desta unidade se referem ao olhar para o profissional no atendimento a pessoas em crise suicida. Provoca o questionamento sobre quais são os sentimentos despertados nesta interação, como suas atitudes podem influenciar na conduta e como manejar estes aspectos da melhor forma possível. Isto inclui atentar-se a sintomas que possam aparecer, reconhecer seus próprios limites e buscar ajuda de supervisores, colegas ou atendimento profissional.

Alguns quadros clínicos associados ao cuidar do outro já foram descritos e devem ser reconhecidos: síndrome de *Burnout*, estresse traumático secundário e fadiga por compaixão<sup>10</sup>. Os profissionais também estão sujeitos a apresentar sintomas de depressão, ansiedade, estresse ou outras formas de sofrimento psíquico, e devem estar atentos para o próprio cuidado também, inclusive com a busca de ajuda especializada.

Um outro aspecto importante a ser discutido é a regulamentação legal e questões éticas relacionados ao suicídio: sigilo, registro clínico, responsabilidade profissional. Além de fazer parte do atendimento clínico em geral e ser obrigatória, a documentação clara e completa serve para o melhor acompanhamento do caso, já que mantém e permite o resgate de informações que poderiam se perder na memória do profissional, facilita o raciocínio clínico, o atendimento multiprofissional, o encaminhamento a outros profissionais, a supervisão clínica, e mesmo proteção legal do profissional em caso de demanda judicial futura. Também tem papel na pesquisa e comunicação científica (NAVES *et al*, 2012).

---

<sup>10</sup> Síndrome de *Burnout* ou esgotamento: reúne as dimensões do esgotamento emocional, perda do sentido de realização profissional e desrealização, associados ao trabalho. O estresse traumático secundário diz respeito ao quadro desenvolvido por quem trabalha com a dor e sofrimento alheios, a partir dos relatos dos traumas. E a Fadiga por compaixão é uma síndrome relacionada a aspectos das anteriores, desenvolvida a partir da empatia dos profissionais. São quadros comuns e preocupantes entre profissionais de saúde (LAGO e KODO, 2010).

Quadro 16 – Calendário da unidade 5

<b>Tópico</b>	<b>Semana 1</b>	<b>Semana 3</b>	<b>Semana 7</b>	<b>Semana 11</b>	<b>Semana 12</b>
<b>Mitos e preconceitos a respeito do suicídio</b>	Portfólio – parte 1				
<b>Eventos de vida estressores</b>		Portfólio – parte 2			
<b>Avaliação do paciente</b>			Portfólio – parte 3		
<b>Manejo da crise suicida</b>				Portfólio – parte 4	
<b>O cuidado com o profissional</b>					Situação-problema
<b>Avaliação da unidade e do curso</b>					Entrega

Fonte: A autora, 2017.

A primeira parte da unidade será presencial juntamente com a abertura do curso. O principal objetivo aqui é que o profissional se torne consciente de suas atitudes a respeito do suicídio, e questione alguns mitos que podem vir a prejudicar o atendimento. O questionário “Mitos e Fatos sobre o suicídio” (TAVARES, 2014), que será aplicado no início e ao final do curso, deve fomentar a discussão a respeito dos preconceitos presentes entre os participantes. O portfólio será apresentado. Este é um instrumento que serve para acompanhamento do desenvolvimento dos alunos, com textos, ideias, percepções e dificuldades. No curso, a proposta é que ele seja dedicado à autorreflexão com relação aos tópicos trabalhados nas outras unidades. Como este profissional se posiciona nas situações expostas? Como se sente e como pode manejar as dificuldades?

Por exemplo, se no fórum a discussão está focada em traços de personalidade ou comportamentos do paciente, algumas dessas características podem provocar raiva, hostilidade ou rejeição dos profissionais. No portfólio, o aluno poderá identificar e relatar estes sentimentos e assim buscar formas de lidar com eles.

A unidade 2 trata das teorias da crise e se propõe a discutir os eventos de vida estressores, e como as questões do desenvolvimento influenciam a vulnerabilidade à crise. Tem um enfoque mais teórico neste momento. De forma paralela, a ideia do portfólio na segunda parte da unidade 5 é exercitar a autorreflexão sobre os eventos de vida. Não é esperado que as pessoas se exponham se não quiserem, mas que percebam o significado dos fatores estressores ao longo da história de cada um.

Quanto à parte 3 desta unidade, é o momento de estudar a avaliação clínica. O profissional deve demonstrar uma atitude de abertura para ouvir, e criar um ambiente de segurança e privacidade ao paciente. A empatia vai propiciar a formação do vínculo terapêutico e a confiança para que se possa falar do que é necessário. A escuta ativa é uma das técnicas que podem facilitar o processo.

O portfólio será utilizado para as reflexões a respeito de como desenvolver um bom vínculo profissional-paciente. O caso clínico traz um perfil de pacientes que em geral mobilizam bastante os profissionais, pela intensidade e variação de sentimentos, impulsividade das ações, e grandes expectativas. O profissional pode trabalhar a compreensão sem julgamento para conseguir se vincular, atender bem e ajudar estas pessoas.

A parte 4 da unidade 5, que trata do manejo da crise suicida, também depende do vínculo terapêutico construído desde o primeiro contato. É preciso disponibilidade interna do profissional, e uma atitude muitas vezes mais diretiva para agir. Alguns casos necessitarão de acompanhamento frequente, de contatar familiares, encaminhamento a outros serviços, indicar internação, do monitoramento à distância ou mesmo de chamar uma ambulância. Pode ser necessário antecipar consultas, estabelecer um contrato de vida, ou ainda quebrar o sigilo profissional. Tudo isso necessita que o profissional esteja alerta e disponível. Este momento traz as reflexões sobre o quanto trabalhar com intervenção em crise pode demandar, e que não há fórmula única que sirva para todas as situações.

Outra questão a ser pensada é o registro clínico. É uma documentação de valor imprescindível, obrigatória, e com várias funções: a adequada documentação do caso serve para o acompanhamento mais claro, memória das datas e fatos relatados, organização do raciocínio clínico e diagnóstico diferencial, facilita a supervisão, e dá respaldo legal ao profissional de que todas as medidas preconizadas foram tomadas.

Já a última parte da unidade 5 traz a questão do adoecimento profissional de saúde, e se propõe a provocar a discussão sobre o autocuidado, bem como quais medidas podem ser tomadas para prevenção e tratamento das síndromes relacionadas ao cuidar do outro, e demais aspectos da saúde mental. Os profissionais de saúde têm altos índices de transtornos mentais e abuso de substâncias, e muitas vezes não encontram apoio para cuidado e tratamento, ou

muitas vezes não buscam ou recusam ajuda. O estigma dos transtornos mentais ainda é bastante presente mesmo entre profissionais.

Esta parte da última unidade do curso também discutirá o luto dos sobreviventes, que além do sofrimento pela perda vivenciada, passam a também ter risco aumentado de suicídio. A figura 11 ilustra a proposta:

#### Quadro 17 – Situação-problema 6:

Trabalho difícil
<p>A Secretaria de saúde da sua cidade o convidou a elaborar orientações para prevenção do suicídio no órgão. Eles estão preocupados porque um servidor suicidou há algumas semanas dentro do prédio. Além disso, têm identificado alto índice de tentativas dos servidores, receio devido a questões físicas do local, acesso a métodos perigosos, além das dificuldades de atendimento e encaminhamento das pessoas em crise. Os colegas do servidor que faleceu estão bastante abalados com o ocorrido, mas não sabem o que fazer ou quem procurar.</p> <p>Você sabe que uma das principais causas de afastamento do trabalho são os transtornos mentais, mas percebe também que vários profissionais têm sintomas de <i>Burnout</i>, estresse traumático secundário, têm depressão ou ansiedade, ou abusam de substâncias, mas não se tratam.</p> <p>Quais seriam as suas propostas de intervenção para a Secretaria de Saúde? E como seria a abordagem aos colegas do servidor que se matou?</p>

Fonte: A autora, 2017.

A situação-problema traz questões como o adoecimento do profissional de saúde e as síndromes relacionadas ao cuidar do outro. Também serão discutidas questões como o luto dos sobreviventes e medidas coletivas de prevenção do suicídio, com o destaque para a questão do controle de acesso a métodos e locais potencialmente perigosos.

O objetivo é que o profissional perceba a necessidade de autocuidado ao trabalhar com saúde, e que pense em formas de o fazer: buscar supervisão clínica, montar grupos de estudos ou de apoio profissional, dividir as angústias e demandas do lidar com outras vidas. Também deve cuidar da própria saúde física e emocional, e buscar psicoterapia ou outras formas de tratamento quando necessário. Manter um estilo de vida saudável e cultivar vínculos sociais também fazem parte do autocuidado. Além disso, deve ser capaz de identificar e respeitar os próprios limites de atuação.

A figura 12 traz a bibliografia recomendada para estudo no curso. Entretanto, esta lista serve apenas como guia, pois se espera que os alunos tenham a liberdade e a iniciativa de buscar outras fontes que enriqueçam as discussões, de acordo com seus próprios interesses.



## Quadro 18 – Bibliografia recomendada

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Suicídio: informando para prevenir**. Brasília: CFM/ABP, 2014.

BERTOLETE, J. **O suicídio e sua prevenção**. São Paulo, Editora Unesp, 2012. 137p.

BERTOLETE, J M; MELLO-SANTOS, C; BOTEGA, N.J. **Deteção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica**. Rev. Bras. Psiquiatr. vol.32, suppl.2, p.S87-S95. 2010.

BOTEGA, N. **Crise suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre. Editora Artmed, 2015. 302p.

CAMAROTTI, J. **A entrevista clínica no contexto do risco de suicídio**. 2009. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília-DF, 2009.

CORRÊA, H.; BARRERO, S.P. **Suicídio: uma morte evitável**. São Paulo, Editora Atheneu, 2006.

EIZIRIK, C.L; LIBERMANN, Z; COSTA, F. A relação terapêutica: transferência, contratransferência e aliança terapêutica. In: CORDIOLI, A. V. **Psicoterapias: abordagens atuais**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p.74-84.

KUTCHER, S; CHEHIL, S. **Manejo do risco de suicídio: um manual para profissionais de saúde**. Trad. M. Allevato. Rio de Janeiro: Med Line Editora, 2007. 135 p.

NOGUEIRA-MARTINS, L.A. Saúde Mental dos Profissionais de Saúde. In: BOTEGA, N.J. (org.) **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. Porto Alegre, Artmed Editora, 2002, p.130-144.

OLIVEIRA, M.G; FONSECA, P.P; DEL PORTO, J.A. **Versão brasileira da entrevista de Paykel para eventos de vida recentes**. Rev. Bras. Ter. Comport. Cogn. vol.4 no.1 São Paulo, jun. 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio: um manual para clínicos gerais**. Genebra, 2000. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO\\_MNH\\_MBD\\_00.1\\_por.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_MNH_MBD_00.1_por.pdf?ua=1) Acesso em: 04 ago. 2017.

\_\_\_\_\_. **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária**. Genebra, 2000. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO\\_MNH\\_MBD\\_00.4\\_por.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_MNH_MBD_00.4_por.pdf?ua=1) Acesso em: 04 ago. 2017.

PARENTE, B.M.F.S. **O julgamento clínico do risco de suicídio**. 2012 (Tese). Doutorado em psicologia clínica. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília-DF, 2012.

TAVARES, M; WERLANG, B. O conceito de crise na clínica da intervenção em crise. In: VIANA, T; DINIZ, G.S; FORTUNATO, L.C; ZANELLO, V. (Org.). **Psicologia clínica e cultura contemporânea**. Brasília: Liber Livro, 2012. p. 485-508.

TRIGO, T.R; TENG, C. T; HALLAK, J.E.C. Síndrome de *Burnout* ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. Psiq. Clín v.34 (5); p223-233, 2007.

#### 4.1.7 Passo 7: elaboração do sistema de avaliação da aprendizagem

A avaliação da aprendizagem será contínua ao longo de todo o processo, e realizada pelos alunos e tutores.

Os objetivos específicos das atividades estarão disponíveis aos tutores dos grupos. Destes, cada um ficará responsável por um grupo de 8 a 10 alunos. É esperado que o tutor mantenha um contato individualizado e acompanhe de perto o desenvolvimento de cada aluno ao longo do curso para identificar as dificuldades e encontrar formas de contorná-las.

Alguns instrumentos propostos como métodos de avaliação são: fichamento de textos, estudo de caso, elaboração de uma proposta de intervenção em caso clínico, o portfólio para a unidade 5, e a participação ativa do aluno no fórum. O esperado é que seja baseada em reflexões críticas e colocações referenciadas nas atividades propostas, especialmente os casos clínicos.

A avaliação de habilidades e atitudes sempre se mostra mais complexa mesmo em atividades presenciais. A ideia é que a pessoa seja capaz de se atentar aos vários aspectos discutidos ao longo do curso e integrá-los a uma proposta de intervenção clínica.

Em atividades de EAD, a complexidade para que o aluno efetivamente demonstre a competência adquirida aumenta, e a avaliação da aprendizagem, que está sujeita a críticas em qualquer modelo de ensino, pode ser mais adequada com o uso de mais de um instrumento.

#### 4.1.8 Passo 8: descrição do modelo de organização do curso

A proposta de organização do curso é a de dois eixos centrais inter-relacionados e que se afetam mutuamente: um voltado ao paciente em crise suicida e outro ao profissional que o atende.

Não existem disciplinas específicas separadas.

O módulo inicial será realizado de forma presencial, e servirá para apresentar algumas questões gerais sobre o curso e o método utilizado, e inicia a reflexão

sobre as atitudes a respeito do suicídio, quais são as ideias preconcebidas que os alunos apresentam, e de que forma podem afetar o atendimento.

A unidade seguinte foi pensada como “antes do atendimento”, ou seja, conhecimentos, habilidades e atitudes ligados às teorias da crise, questões do desenvolvimento e eventos de vida e outros fatores predisponentes à crise suicida.

A unidade 3 se refere ao “durante o atendimento”, isto é, são questões relativas à avaliação clínica do paciente em risco: fatores de risco e proteção, exame do estado mental, diagnóstico psicopatológico.

A unidade 4 traz os assuntos relativos ao manejo e intervenções, como: sinais de alerta, técnicas de intervenção, indicações de internação.

A unidade 5 é um eixo longitudinal relacionado às questões do próprio profissional que realiza a intervenção em crise: importância do autocuidado, contratransferência, atitudes, impacto do paciente no profissional e como manejar, busca a redes de suporte e supervisão.

#### 4.1.9 Passo 9: estabelecimento do processo de gerenciamento

O curso será gerenciado por um colegiado composto pelos responsáveis pelos seguintes núcleos:

- a) Núcleo de conteúdo e avaliação dos alunos;
- b) Núcleo de estrutura e tecnologia;
- c) Núcleo de administração e comunicação externa.

O núcleo de conteúdo deverá elaborar as atividades condizentes com as unidades propostas de forma a atingir os objetivos definidos, além de organizar as referências bibliográficas sugeridas para estudo. Também fará o acompanhamento do aprendizado e avaliação dos alunos, fornecerá *feedback* e identificará áreas para melhoria.

Já o núcleo de estrutura e tecnologia será responsável pela elaboração e manutenção do ambiente virtual de aprendizagem (AVA), onde deverão ser disponibilizadas as ferramentas e atividades propostas: controle de acesso de alunos, professores e demais membros da equipe, fóruns de discussão, biblioteca e midiateca, com material pertinente, referências bibliográficas, os manuais do curso,

ferramentas de comunicação pública e privada, como chats e mensagens, calendário de atividades, ferramentas de avaliação, área de ajuda sobre o próprio AVA, área privativa para desenvolvimento de atividades e armazenamento de arquivos pelos alunos, manutenção e atualização da plataforma.

Por se tratar da temática do suicídio e sua prevenção, algumas particularidades ainda devem ser consideradas. Existem recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) voltadas a profissionais da mídia sobre como abordar o assunto (WHO, 2008). Uma das orientações é que sempre que uma notícia sobre suicídio for veiculada, que seja também disponibilizado o contato para busca de ajuda, por exemplo, do CVV. Apesar do AVA não ter conteúdo aberto nem jornalístico, sugere-se que esta informação esteja presente no site. Assim como o aviso de que as informações ali disponibilizadas podem ser perturbadoras a algumas pessoas vulneráveis, e que não substituem uma avaliação profissional em caso de pensamentos suicidas.

Não se devem publicar detalhes de métodos suicidas nem fotos, vídeos ou cartas de despedida. Não se aborda o tema de forma romantizada, simplista ou sensacionalista. Os familiares e pessoas próximas de alguém que suicidou estão em risco aumentado também e devem receber especial atenção também no processo de luto.

Já o núcleo de administração e comunicação externa será responsável pelas questões administrativas gerais, como inscrições, gerenciamento do cronograma e atividades, documentação, bem como divulgação do curso para os públicos-alvo. Também deverá coordenar a atuação dos demais profissionais do curso.

Uma importante característica identificada a respeito de cursos à distância é exatamente a presença online com interação real, mesmo que assíncrona. Isso dá a segurança de que o aluno está se desenvolvendo de acordo com o esperado, melhora a motivação, e identifica as dificuldades mais precocemente. Apesar do uso de máquinas para o ensino-aprendizado, estas não substituem os aspectos humanos do processo.

#### 4.1.10 Passo 10: organização do sistema de avaliação do curso

Ao final de cada unidade, será aplicado um breve instrumento para resposta dos alunos, tutores e equipe de coordenação do curso a respeito do conteúdo, estratégias utilizadas, organização da unidade e do curso todo ao final, além de solicitar sugestões de melhorias aos participantes.

Ao início e final do curso, será aplicado aos alunos o questionário “Mitos e Fatos sobre o suicídio” (TAVARES, 2014). Este questionário apresenta afirmativas a respeito do suicídio, com respostas do tipo verdadeiro ou falso. Pode ser um instrumento para avaliação do aprendizado individual, mas também do próprio curso. Como um dos focos é refletir sobre ideias a respeito do suicídio, os dados compilados permitirão análise do cumprimento deste objetivo. O desempenho individual poderá ser entregue a cada aluno após o término do curso.

Antes do curso ser disponibilizado efetivamente, os experts consultados para elaboração do conteúdo serão solicitados a dar seu parecer e comentários sobre o currículo e proposta do curso.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste trabalho de construção de currículo e proposta de um curso de capacitação em intervenção em crise suicida em formato EAD, foram identificados desafios que deverão ser gerenciados para a disponibilização do próprio curso, a fim de que ele possa cumprir seus objetivos educacionais.

Como a proposta é de ensino orientado por competências com metodologia ativa, o tempo dispendido para cada atividade, em geral, é maior do que em outros formatos, como, por exemplo, com a simples exposição de conteúdos. Portanto, alguns assuntos não foram abordados. O principal critério utilizado para escolha dos temas a serem priorizados foi a relevância para a prática clínica. Apesar disso, é possível disponibilizar material extra aos alunos que se interessarem, ou propor uma nova etapa futuramente, com o aprofundamento e ampliação dos tópicos.

A partir da constatação de que o risco de suicídio está em vários serviços de saúde além dos de saúde mental, a proposta visa capacitar profissionais que possam estar nestes locais. Isso torna o público-alvo extremamente heterogêneo com relação à formação prévia e realidades do serviço. Por isso, definiram-se alguns pré-requisitos e delineou-se um curso que possa abranger vários contextos de atuação.

O fato de o ensino ser quase todo à distância traz dificuldades para o treinamento de habilidades clínicas, pois nem sempre o que se diz se traduz realmente na atuação prática. E também há a questão da influência das atitudes. Na área de suicidologia, muitas ideias preconcebidas e comportamentos dos profissionais vêm do senso comum, ou de mitos e preconceitos disseminados entre a população. O curso se propõe a questionar e trazer uma reflexão sobre estas atitudes, e espera-se que isto leve à efetiva modificação da prática diária e um melhor acolhimento e tratamento aos pacientes em risco de suicídio. A avaliação das unidades foi pensada para incentivar o raciocínio clínico, a abordagem às necessidades exemplificadas nas situações-problema, a articulação com a rede de saúde disponível e demais recursos necessários à atuação, além de provocar os alunos a elaborarem os planos de intervenção como fariam em um atendimento real.

Outra questão é a da supervisão clínica. O público-alvo do curso são profissionais de saúde que atendem pessoas em risco de suicídio, o que pode

acontecer em vários contextos de atendimento: centros de atenção psicossocial (CAPS), atenção básica, emergências, entre outros. É provável que eles acompanhem pacientes, o que gera a demanda por supervisão clínica. Apesar de não ser o objetivo específico do curso, é uma atividade importante para o treinamento em saúde mental. Na supervisão, existe um momento para refletir sobre o caso, ouvir as considerações de alguém mais experiente, e principalmente, para se trabalhar sobre as próprias reações emocionais em ambiente seguro e sem julgamentos. Isso demanda uma relação de confiança, construída entre profissional e supervisor, o que pode ser mais difícil de ser feito sem contato pessoal. Este foi um dos motivos para se propor um momento presencial no início das atividades. O tutor deverá estar preparado para lidar com esta demanda, mesmo que não seja o supervisor clínico. Assim como caso algum estudante esteja também em crise suicida, deverá ser orientado e encaminhado para tratamento e acompanhamento nos serviços adequados.

O número de alunos da turma deve ser oferecido de acordo com a disponibilidade de tutores, pois é um formato que exige acompanhamento próximo e individualizado por estes, para *feedback*, identificação de dificuldades, orientação e incentivo. Para isto, é fundamental a presença efetiva online e interação entre tutores e alunos, mesmo que em momentos diferentes. Os tutores deverão, portanto, ter qualidades específicas, tanto com conhecimento da área em questão, quanto com treinamento para atuar neste formato de curso à distância.

Por outro lado, a presente proposta tem alguns diferenciais com relação a outros cursos de capacitação em intervenção em crise já existentes. Um é o uso de metodologia ativa em ensino à distância, que visa o desenvolvimento de competências e está alinhado à perspectiva da educação permanente em saúde. Mais do que acumular informações, os profissionais devem ser capazes de integrar os conhecimentos, habilidades e atitudes e aplicar ao contexto em que atuam. A realidade prática é o que direciona o ensino, e o objetivo é que esta possa ser transformada pelos trabalhadores.

Outra questão é a relevância dada à reflexão sobre as atitudes, por ser considerada essencial para o atendimento adequado aos pacientes. As atitudes propícias podem minimizar o sofrimento tanto do paciente quanto do profissional em uma situação extremamente delicada que é a crise suicida.

Além disso, um dos eixos direcionadores do delineamento do curso se volta ao próprio profissional e suas questões: seus sentimentos, reações, sintomas, e os recursos que podem ser usados para a melhor atuação possível. A capacidade de identificar e rever os próprios conceitos e percepções pode também auxiliar o profissional a situar sua potencialidade de ação de forma realista. E compreender a possibilidade de adoecimento profissional alerta para a importância da busca de ajuda.

Um questionamento recorrente a respeito do ensino à distância é se este formato pode substituir o ensino presencial, ou se momentos de encontros entre professores e alunos são essenciais. Muito do que se aprende na área de saúde depende da interação com outras pessoas. A comunicação virtual é primordialmente escrita, o que faz com que se perca nuances da comunicação oral. Muitas questões que seriam resolvidas imediatamente em atividade presencial demoram às vezes dias para ser discutidos em atividade virtual. Apesar destas particularidades, o ensino à distância tem recursos e possibilidades suficientes para provocar mudanças no comportamento, desenvolvimento de habilidades, e, claro, aquisição de conhecimentos. Portanto, é viável a proposta de ensino à distância orientado por competências.

Quanto ao método dos 10 passos de Ten Cate, a sugestão seria simplificar, fundir e reordenar algumas etapas da elaboração do currículo. Por exemplo, os passos 8 e 9 – estabelecimento do processo de organização e de gerenciamento do curso – poderiam estar entre os primeiros a ser definidos, até porque devem ser levados em conta os recursos materiais e humanos disponíveis. Outra ideia seria juntar o momento da elaboração das avaliações dos alunos e do curso – passos 7 e 10, já que são pensadas conjuntamente e algumas ferramentas servem a ambos objetivos.

O próximo passo à proposição curricular, realizada para este relatório de mestrado profissional, será a efetiva disponibilização do curso online e avaliação real, com investigação da sua praticabilidade. Para isto, sugere-se a formação de um grupo dedicado a esta tarefa. Também poderá ser formatado e adequado para outros públicos, como alunos de graduação, ou mesmo para pessoas que não são da área de saúde, mas entram em contato com crises suicidas. Nestes casos, a linguagem seria readaptada, bem como alguns tópicos. O modelo pode ainda ser ampliado para uma especialização formal. De qualquer forma, este exercício de



proposição aponta para o ensino à distância como mais uma ferramenta para a prevenção do suicídio.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, A. C; RIBEIRO, E. C. O. **Conceito e Avaliação de Habilidades e Competência na Educação Médica: Percepções Atuais dos Especialistas.** Revista brasileira de educação médica. N. 34(3): p. 371-378, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v34n3/06.pdf>> Acesso em 02 jun. 2016.

AGUIAR, G. **Informações sobre treinamento.** [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <benquerer@yahoo.com> em 04 abr. 2016.

AMARILLA FILHO, P. **Educação à distância: Uma abordagem metodológica e didática a partir dos ambientes virtuais.** Belo Horizonte: Educação em revista, v.27, n.2, p.41-72, 2011.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Suicídio: informando para prevenir.** Brasília: CFM/ABP, 2014.

BERTOLETE, J. **O suicídio e sua prevenção.** São Paulo, Editora Unesp, 2012.137p.

BOTEGA, N. **Crise suicida: avaliação e manejo.** Porto Alegre. Editora Artmed, 2015. 302p.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução N° 510 de 7 de abril de 2016.

BRASIL. Decreto N° 5.622, de 19 de dezembro de 2005.

BRASIL. Decreto N° 5.773, de 9 de maio de 2006.

BRASIL. Decreto N° 6.303, de 12 de dezembro de 2007.

BRASIL. Lei N° 9.394, de 20 de dezembro de 1996.

BRASIL. Lei N° 10.172, de 09 de janeiro de 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes nacionais para prevenção do suicídio.** Brasília, 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-1876.htm>>. Acesso em 23 nov. 2014.

CARVALHO, J.A; CARVALHO, M. P; BARRETO, M. A. M; ALVES, F. A. **Andragogia: considerações sobre aprendizagem do adulto.** Revista do mestrado profissional em ensino de ciências da saúde e do ambiente, v.3, n.1, p.78-90, Abril 2010. Disponível em: <<http://www.ensinosaudeambiente.uff.br/index.php/ensinosaudeambiente/article/view/File/108/107>> Acesso em 09 set 2014.

CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA. **O CVV**. Disponível em <<http://cvv.org.br/cvv.php>> Acesso em: 05 jun. 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012.

CORRÊA, H.; BARRERO, S.P. **Suicídio: uma morte evitável**. São Paulo, Editora Atheneu, 2006.

COSTA, F.B. **O ensino da intervenção em crise**: mitos e fatos sobre o suicídio entre residentes e preceptores de psiquiatria. 2015. 53Fls. Trabalho de conclusão do curso de especialização em ensino na saúde – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Brasília, 2015.

DISTRITO FEDERAL (Brasil). Secretaria de Saúde. **Plano distrital de prevenção do suicídio**. Brasília, 2014.

FALLUCCO, E.M; HANSON, M.D; e GLOWINSKI, A.L. Teaching pediatric residents to assess adolescent suicide risk with a standardized patient module. **Pediatrics**, v.125, n.5, p.953-960, 2010.

FENILI, R. M; OLIVEIRA, M. E; SANTOS, M. B; ECKERT, E. R. **Repensando a avaliação da aprendizagem**. Revista Eletrônica de Enfermagem. vol. 4, nº2, p. 42 – 48. 2002.

GOULD, M. S; KLOMEK, A. B; BATEJAN, K. The role of schools, colleges and universities in suicide prevention. In: WASSERMAN, D; WASSERMAN, C. **Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective**. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press, 2009. Reprinted 2013, p. 551-560.

HENDIN, H; HAAS, A. P; MALTZBERGER, J. T; SZANTO, K; RABINOWICZ, B. S. Factors contributing to therapists' distress after the suicide of a patient. **American Journal of Psychiatry**, Brookfield, il., v. 161, n. 8, p. 1442–1446, 2004.

JAMES, R. K; GILLILAND, B. E. **Crisis intervention strategies**. 7. ed. Belmont, CA: Cengage Learning, 2013. 752 p.

JEFEE-BAHLOUL, H; HANNA, R. C; BRENNER, A. M. Teaching psychiatry residents about suicide loss: impact of an educational program. **Academic Psychiatry**, Brookfield, IL, v. 38, n. 6, p. 768–770, 2014.

KUTCHER, S; CHEHIL,S. **Manejo do risco de suicídio**: um manual para profissionais de saúde. Trad. M. Allevato. Rio de Janeiro: Med Line Editora, 2007. 135 p.

LAGO, K; CODO, W. **Fadiga por compaixão**: o sofrimento dos profissionais em saúde. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2010. 220p.

MAHOOD, S. C. Medical education: beware the hidden curriculum. **Canadian Family Physician**, Mississauga, ON, v. 57, p. 983-985, set. 2011.

MATTHEWS, S; PAXTON, R. **Suicide risk: a guide for primary care and mental health staff.** Newcastle: North Tyneside and Northumberland Mental Health NHS Trust, 2001.

MENDES, O,M; Avaliação formativa no ensino superior: reflexões e alternativas possíveis. In: VEIGA, Ilma Passos Alencastro; NAVES, Marisa Lomônaco de Paula (Orgs.) **Currículo e avaliação na educação superior.** São Paulo: Junqueira & Marin, 2005. p. 175-197.

MESSA, W.C. **Utilização de ambientes virtuais de aprendizagem:** a busca por uma aprendizagem significativa. Revista brasileira de aprendizagem aberta e à distância. Vol 9, 2010. Disponível em: [http://www.abed.org.br/revistacientifica/Revista\\_PDF\\_Doc/2010/2010\\_2462010174147.pdf](http://www.abed.org.br/revistacientifica/Revista_PDF_Doc/2010/2010_2462010174147.pdf)> Acesso em 27 mar. 2016.

MITRE, S.M; SIQUEIRA-BATISTA, R; GIRARDI-DE-MENDONÇA, J.M; MORAIS-PINTO, N.M; MEIRELLES, C.A.B; PINTO-PORTO, C; MOREIRA, T; HOFFMANN, L.M.A. **Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde:** debates atuais. Ciência & Saúde Coletiva, v.13 (Sup 2): p. 2133-2144, 2008.

MUGNOL, M. **A educação à distância no Brasil:** conceitos e fundamentos. Revista Diálogo Educ., Curitiba, v.9, n.27, p335-349, maio/ago 2009.

NAVES, M; TAVARES, M; DOMANICO, A; VILLEMOR-AMARAL, A.E. Registro clínico: funções e benefícios. In: VIANA, T; DINIZ, G.S; FORTUNATO, L.C; ZANELLO, V. (Org.). **Psicologia clínica e cultura contemporânea.** Brasília: Liber Livro, 2012. p. 529-546.

NOVA, C; ALVES, L. Educação à distância. Limites e possibilidades. In: ALVES, L e NOVA, C. (Org). **Educação a Distância:** uma nova concepção de aprendizado e interatividade. São Paulo: Futura, 2003, p.5-27.

PEREIRA, A. T. C.; SCHMITT, V.; DIAS, M. R. A C. **Ambientes virtuais de aprendizagem.** In: PEREIRA, Alice T. Cybis. (orgs). AVA - Ambientes Virtuais de Aprendizagem em diferentes contextos. Rio de Janeiro: Editora Ciência Moderna Ltda., 2007.

PERRY, B. The neurodevelopmental impact of violence in childhood. In: D. SCHETKY, D. E., BENEDEK, E. P. **Textbook of child and adolescent forensic psychiatry.** Washington, D.C: American Psychiatric Press, 2001. p. 221-238.

RODRIGUES, J. C. **A entrevista clínica no contexto do risco de suicídio.** 2009.162 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

RUDD, M. D; CUKROWICZ, K. C; BRYAN, C. J. Core competencies in suicide risk assessment and management: implications for supervision. **Training and Education in Professional Psychology,** Washington, DC, v. 2, n. 4, p. 219-228, 2008.

SANTOS, W. Organização curricular baseada em competência na educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 86-92, 2011.

SAUPE, R. BENITO, G. A. V; WENDHAUSEN, A. L. P; CUTOLO, L. R. A. **Conceito de competência**: validação por profissionais de saúde. Saúde em Revista, Piracicaba, v. 8, n. 18, p. 31-37, jan./abr. 2006.

SCHMITZ, W. M, Jr ; ALLEN, M. H; FELDMAN, B. N; GUTIN, N. J; JAHN, D. R; KLEESPIES, P. M; QUINNETT, P; SIMPSON, S. **Preventing suicide through improved training in suicide risk assessment and care**: an American Association of Suicidology task force unabridged report addressing serious gaps in U.S. mental health training. Bethesda MD, 2012. 52 p. Disponível em: <http://www.suicidology.org/Portals/14/docs/Resources/WhitePapers/PreventingSuicideImprovedTrainingSuicideRiskAssessment.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2014.

SILVA, D.R; FONSECA, J.J.S; TOMAZ, J.B.C; SILVA, J.D.M; MARIANO, R.E.M; OLIVEIRA, S.R.F; FONSECA, S.M.H.P; OLIVEIRA, V.M.C. **Desenho de um currículo baseado em competências em cursos de educação a distância**: um caminho para uma construção problematizadora do conhecimento. Fortaleza, 2009. Disponível em: <http://www.abed.org.br/congresso2009/CD/trabalhos/1552009122646.pdf> Acesso em 10 jul. 2014.

TAVARES, M. **Questionário de conhecimento, habilidades e atitudes em prevenção do suicídio**. Brasília: Núcleo de Intervenção em Crise e Prevenção do Suicídio, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, 2014.

TAVARES, M; WERLANG, B. O conceito de crise na clínica da intervenção em crise. In: VIANA, T; DINIZ, G.S; FORTUNATO, L.C; ZANELLO, V. (Org). **Psicologia clínica e cultura contemporânea**. Brasília: Liber Livro, 2012. p. 485-508.

TITELMAN, D; WASSERMAN, D. Suicide prevention by education and the moulding of attitudes. In: WASSERMAN, D; WASSERMAN, C. **Oxford textbook of suicidology and suicide prevention**: a global perspective. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press, 2009. Reprinted 2013, p. 509-514.

TOMAZ, J. **Distributed problem-based learning in a low resources setting**. The design and evaluation of a problem-based, web-based curriculum for training Family doctors in Brazil. 2013, 324p. Tese (Doutorado). Escola de saúde pública do Ceará / Erasmus University Rotterdam. Fortaleza, 2013.

TOMAZ, J. O Desenho de Currículo. In: MAMEDE, S & PENAFORTE, J. (Eds). **Aprendizagem Baseada em Problemas**: Anatomia de uma nova abordagem educacional. Fortaleza: Editora HUCITEC/ESP-CE, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Public health action for the prevention of suicide**: a framework. 2012. Geneva, 2012. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/publications/prevention\\_suicide\\_2012/en/](http://www.who.int/mental_health/publications/prevention_suicide_2012/en/). Acesso em: 02 set. 2017.

\_\_\_\_\_. **Preventing suicide** – a global imperative. 2014. Geneva, 2014. Disponível em: <[http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/en/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/)>. Acesso em: 24 nov. 2014.

\_\_\_\_\_. **Preventing suicide**: a resource for general physicians. Geneva, 2000. Disponível em: <[http://www.who.int/mental\\_health/media/en/56.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/56.pdf)>. Acesso em: 12 nov. 2011.

\_\_\_\_\_. **Preventing suicide**: a resource for media professionals. Geneva, 2008. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241597074\\_eng.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241597074_eng.pdf?ua=1)>. Acesso em: 04 ago. 2017.

## APÊNDICE – ROTEIRO DE CONSULTAS

Idade:

Gênero:

Curso de graduação:

Ano de graduação:

Pós-graduação - áreas e anos de conclusão:

Tempo de atuação em ensino / preceptoria / supervisão:

Atua na clínica? Em serviço público? Privado? Em quais contextos – ambulatório, internação, pronto-socorro, grupos?

Teve alguma formação específica para intervenção em crise? Quando e em que momentos da formação?

Teve alguma formação específica para o ensino? Qual?

- 
1. O que é importante que o profissional saiba para atuar na crise suicida?
    - a. O que é importante que o estudante consiga fazer para intervir em uma situação de crise?
    - b. Que atitudes ele deve demonstrar?
  2. Como você ensina/ensinava isso?
    - a. (Caso o expert não mencione os seguintes temas, perguntar diretamente: quais estratégias, como seleciona e hierarquiza temas, como avalia).
  3. Quais as diferenças no ensino entre o ensino de alunos da graduação e da pós-graduação?
    - a. Quais as diferenças de abordagem para os dois grupos?
  4. Quais os desafios e dificuldades na elaboração e realização de um curso de intervenção em crise?
  5. Quais as principais dificuldades encontradas na supervisão de casos clínicos?
  6. Quanto tempo você acredita que seria adequado durar um curso de capacitação para profissionais não especialistas em saúde mental?

Obrigada pela participação!