

Abordagem a tentativas de suicídio em hospitais gerais: proposta para qualificação do cuidado

Cristina Camões Sampaio Neves - Centro Universitário de Volta Redonda / UNIFOA
(ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1194-2197> -) - cris_camoes@hotmail.com
Ana Paula Cunha Pereira - Centro Universitário de Volta Redonda / UNIFOA
(ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2121-8469>) - acunhapereiraa@gmail.com
Carlos Alberto Sanches Pereira - Centro Universitário de Volta Redonda / UNIFOA
(ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6227-6198>) - carlos.pereira@foa.org.br

Resumo – Este estudo, parte de uma pesquisa de Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente, trata da problemática existente em relação à abordagem a tentativas de suicídio em hospitais gerais. Diante do aumento significativo de mortes auto infligidas no mundo todo, as instituições hospitalares são consideradas pontos estratégicos para o atendimento a pessoas com comportamento suicida, sendo necessário o desenvolvimento de ações de educação permanente dos profissionais de saúde para qualificação da assistência. Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi elaborar um material didático como instrumento de educação permanente em saúde para qualificação dos profissionais de hospitais gerais na abordagem a usuários com tentativa de suicídio. A pesquisa foi realizada por meio de abordagem qualitativa, contemplando três etapas: pesquisa de campo (observação participante e questionário semiestruturado), elaboração e aplicação do material. Como resultados, observou-se que o manual poderá contribuir com a qualificação profissional ao possibilitar a ampliação do conhecimento sobre o fenômeno do suicídio e das estratégias de atuação, estimulando a reflexão do processo de trabalho e a construção de saberes e fazeres coletivos.

Palavras-chave: Suicídio; Educação Permanente; Hospitais Gerais.

Approach to suicide attempts in general hospitals: proposal for qualifying care

Abstract – This study, part of a Professional Master's research in Teaching in Health and Environmental Sciences, deals with the existing problem in relation to the approach to suicide attempts in general hospitals. In view of the significant increase in self-inflicted deaths worldwide, hospital institutions are considered strategic points for the care of people with suicidal behavior, requiring the development of permanent education actions by health professionals to qualify care. In view of the above, the objective of this study was to develop didactic material as an instrument of permanent health education for the qualification of professionals in general hospitals in approaching people with attempted suicide. The research was carried out through a qualitative approach, contemplating three stages: field research (participant observation and semi-structured questionnaire), product elaboration and application of the product. As a result, it was observed that the manual

can contribute to professional qualification by enabling the expansion of knowledge about the phenomenon of suicide and the strategies of action, stimulating reflection on the work process and the construction of collective knowledge and practices.

Keywords: Suicide; Permanent Education; General Hospitals.

Data da Submissão: 11/12/2020

Data de Aceitação: 24/06/2021

Este artigo está licenciado sob forma de uma licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



1. INTRODUÇÃO

O presente texto aborda uma problemática em particular, surgida a partir das portas de entrada hospitalares, ou ainda, os chamados Pronto-Atendimentos em hospitais gerais no que se refere ao atendimento ao usuário com tentativa de suicídio. Trata-se de uma investigação em fase final, desenvolvida no âmbito de um Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente (MECSMA/UniFOA).

O hospital geral é considerado um dos principais dispositivos para a assistência em saúde e, dentre as demandas de atendimento, constata-se àquelas relacionadas ao comportamento suicida. Configurando-se como um grave problema de saúde pública, o suicídio afeta populações do mundo todo, sendo constatado o aumento significativo desse fenômeno nas últimas décadas (WHO, 2018).

Neste sentido, é pontuado que há evidências apontado para os hospitais gerais como locais relevantes para assistência inicial ao usuário com tentativa de suicídio, isso porque é justamente nesses espaços que as pessoas são conduzidas para obtenção dos primeiros cuidados, quando este tipo de atendimento ainda é possível, apontando indicando o impacto direto do aumento dos casos de suicídio no cotidiano dos trabalhadores da saúde (ASARNOW et al., 2017; ALVES et. al., 2016).

Em outras palavras, são os profissionais alocados nos referidos serviços que provêm atendimento aos pacientes com tentativas de suicídio com base nos primeiros socorros, quando algum cuidado ainda é possível. Por atuarem neste momento tão delicado da vida das pessoas, os profissionais de saúde são estratégicos na atenção ao paciente com comportamento suicida (BOTEGA et al., 2006, FREITAS BORGES, 2014).

Neste caso, é importante ressaltar que esse primeiro atendimento é visto como uma oportunidade para identificação do risco, prevenção de recidivas e contribuição para continuidade do tratamento após alta hospitalar, podendo ocorrer por meio do acolhimento e disseminação de informações para usuários e familiares (VIDAL; CONTIJO, 2013; GUTIERREZ, 2014; GONÇALVES, SILVA; FERREIRA, 2015).

Todavia, ainda que o espaço das emergências configure-se como um local privilegiado para abordagem à tentativa de suicídio, este nem sempre é aproveitado em todas as suas potencialidades. Esta afirmativa se baseia na literatura científica, apontando

difficultades de variadas ordens por partes dos profissionais desses serviços, incluindo os que atuam nos hospitais gerais (ALVES; CADETE, 2015; LOUREIRO, 2006; VIDAL; CONTIJO2013; FREITAS; BORGES, 2014; FREITAS; BORGES, 2017; DORIA; FARO, 2017).

Frequentemente, a condução das questões emocionais relacionadas ao comportamento suicida é direcionada aos psicólogos e psiquiatras. Entretanto, o suicídio extrapola os limites dessas profissões de tal forma que outros profissionais de saúde devem ser capacitados para atuarem diante desta demanda (BOTEGA, 2005). Existem estratégias passíveis de utilização por outros trabalhadores da saúde e conhecê-las poderá contribuir com uma assistência humanizada e mais adequada às necessidades desses usuários, que ultrapassam as demandas físicas, podendo contribuir para a redução de mortes auto infligidas.

Diante do exposto, reflete-se sobre o desenvolvimento de estratégias de educação permanente em saúde para profissionais dos hospitais gerais baseando-nos em duas premissas: a) conhecimento do assunto por parte dos profissionais de saúde; b) necessidade de ações de qualificação profissional.

Nesse sentido, este recorte de pesquisa teve como objetivo elaborar um material didático como instrumento de educação permanente em saúde para qualificação dos profissionais de hospitais gerais na abordagem a usuários com tentativa de suicídio. Para isso, entrelaçamos a fundamentação teórica ancorada em três temáticas principais: 1) Conceituações acerca do fenômeno do suicídio; 2) Educação Permanente em Saúde; 3) Aprendizagem significativa de Carl Rogers.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Apresentam-se mesmo que sucintamente as grandes lentes de sustentação do escrito.

2.1 Apontamentos históricos e conceituais sobre o comportamento suicida

Indubitavelmente, a abordagem da temática do suicídio em consonância com a perspectiva sociológica, nos convida partir de uma referência: a obra clássica “O Suicídio: estudo de sociologia” publicada em 1897 pelo célebre Émile Durkheim. Seu pensamento tornou-se paradigmático ao propor o estudo do suicídio como fato social, definido como força que se impõe ao indivíduo e que existe independentemente de suas manifestações individuais. Segundo este autor, chama-se suicídio “todo o caso de morte que resulte direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo, praticado pela própria vítima, sabedora de que deveria produzir esse resultado” (DURKHEIM, 2000, p. 16). Este autor propôs que os suicídios não fossem vistos como eventos particulares, mas sim através do conjunto de suicídios cometidos em cada sociedade, em determinado tempo, demonstrando que o total não é equivalente a simples soma das unidades independentes, mas se constitui com um fato que é novo, com unidade e individualidade, com natureza própria e social. Combinou as variáveis integração e controle social para definir três tipos de suicídio: 1) altruísta- indivíduos fortemente integrados a seu grupo social e aceitam suicídio em benefício do grupo; 2) egoísta- indivíduos pouco ou nada integrados a um grupo social; 3) anômico-decorrente de extremo enfraquecimento ou desaparecimento de normas sociais e de falta de expectativas.

Numa perspectiva histórica, Georges Minois (2018) se debruça sobre o tema do suicídio, identificando relatos de eventos em que os seres humanos optaram pela própria morte desde a mais remota antiguidade. No entanto, essa “escolha” nunca foi percebida de forma corriqueira. Ora aceita, ora até aclamada, em raras circunstâncias, como ato heroico, ou condenável, na maioria das vezes, ou ainda, como objeto de reprovação social, em termos históricos, um ponto é crucial: a forma das sociedades tratarem esse fenômeno sofreu alterações considerando os diferentes recortes históricos/sociais e adquiriu significados e valores distintos (BOTEGA, 2015; MINOIS, 2018).

Etimologicamente, o termo suicídio significa “morte de si mesmo”. No entanto, sua conceituação é bem mais ampla, pois pode englobar desde atos de autoexterminio até mortes decorrentes da exposição a condutas de risco, seja de forma consciente ou inconsciente (WERLANG; BOTEGA, 2004; CASSORLA, 2017). Devido à abrangência que o termo pode suscitar, passou-se a considerar como suicídio apenas a morte em que o indivíduo, voluntária e conscientemente, executa um ato ou adota um comportamento que ele acredita que determinará sua morte (OMS, 1999). Em outras palavras, um ato iniciado e executado deliberadamente por uma pessoa que tem a clara noção, ou forte expectativa, de que pode resultar na morte de si mesmo e cujo desfecho fatal é esperado.

Desse modo, existem outras atitudes que se referem ao desejo ou ato pelo qual uma pessoa busca, propositalmente, se auto lesionar, que são os comportamentos suicidas, e incluem desde pensamento de autodestruição (ideação), ameaças, gestos, tentativas de suicídio, até o suicídio consumado (WERLANG; BOTEGA, 2004; BERTOLETE, 2012).

Apesar de diversas definições e teorias acerca do tema, perpassando por correntes biológicas, psicológicas, sociais e filosóficas, o suicídio ainda se figura como um enigma e não há uma explicação universal para compreendê-lo (MINAYO, 1998).

No entanto, independente do ponto de vista pelo qual é analisado, a dimensão central está relacionada ao sofrimento que este ato causa, seja no indivíduo que externa o extremo de sua dor, no enfrentamento familiar e nas consequências sociais que tal ato provoca. Essas consequências apontam para a necessidade de atuar sobre este fenômeno em busca de sua redução, por meio de estratégias preventivas.

2.2 Prevenção do Suicídio

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

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

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

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

Segundo Bertolote (2012), prevenção em Saúde Pública é considerada qualquer medida que vise a interceptar a causa de uma doença antes que ela atinja algum indivíduo, evitando, então, sua ocorrência.

Em relação ao suicídio, a proposta será evitá-lo, bem como outros comportamentos autodestrutivos, diminuindo a chance de um desfecho letal. Isso significa apostar que se possa oferecer aos indivíduos outras possibilidades de enfrentamentos das dificuldades que os levam a buscar neste ato fatal uma espécie de solução para seu sofrimento (BOTEGA et al., 2006).

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

No Brasil, a prevenção do suicídio é considerada uma das prioridades do Ministério da Saúde, que vem desenvolvendo ações neste campo desde 2006, com a instituição das Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio (BRASIL, 2006) e, apenas recentemente, a implantação da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (BRASIL, 2019). Na contramão da tendência mundial, o país registrou o aumento em 7%, chegando a 6,1 suicídios por 100 mil habitantes (WHO, 2019). Esses dados demonstram a necessidade de atuar efetivamente no que diz respeito a esse fenômeno.

Ao se considerar as estratégias de prevenção abordadas¹, observa-se o ponto crucial nesta pesquisa, ou seja, a necessidade da promoção de educação permanente para profissionais de saúde abrangendo todos os níveis de atenção da Rede de Atenção à Saúde² (colocar nota de rodapé), com base nos princípios da integralidade e humanização (BRASIL, 2006; 2017; 2019), no caso deste estudo, profissionais que atuam em hospitais gerais. .

¹ Um plano nacional de prevenção ao suicídio inclui: diretrizes para vigilância epidemiológica, restrição de meios para o suicídio, orientações para mídias, redução do estigma e aumento da consciência da população, treinamento de profissionais da saúde e de outros que estão na linha de frente (como bombeiros, policiais, professores e igreja), serviços de atenção à crise e de apoio aos enlutados (BOTEGA, 2015).

² A OMS define 3 diferentes níveis de atenção à saúde: o primário, o secundário e o terciário, em ordem crescente de complexidade, desde as Unidades Básicas de Saúde (primário), passando por atendimentos especializados (secundário) e por fim hospitais de grande porte (terciário).

2.3 Abordagem de tentativas de suicídio em hospitais gerais

Dado o crescente aumento nas taxas de comportamento suicida, é expressiva a demanda por atendimento a estas situações nos contextos hospitalares.

O primeiro contato é considerado excelente oportunidade para identificação do risco, intervenção para reduzi-lo prevenção de recidivas e garantia da continuidade do tratamento extra-hospitalar (VIDAL; CONTIJO, 2013; GONÇALVES, SILVA; FERREIRA, 2015). Será justamente a forma como essa assistência é operacionalizada que poderá vir a contribuir de forma efetiva para isso.

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

Dito isto, após a tentativa, o paciente geralmente se encontra muito fragilizado e requer uma maior disponibilidade por parte dos profissionais que o atende, visto que, além das consequências físicas, sua dor é de outra ordem, havendo necessidade de ser visto em sua integralidade e singularidade e não apenas na sua lesão (SANTOS et al., 2017). Compreender essa especificidade fará toda diferença no cuidado imediato, na aceitação e adesão ao tratamento intra e extra-hospitalar.

Para Botega et. al. (2006), promover especial atenção àquele que tentou suicídio é uma das principais estratégias de prevenção, pois dificilmente a pessoa tenta uma única vez (sendo uma tentativa anterior o maior fator de risco para o suicídio), daí advém a relevância de uma atuação adequada neste momento.

Contudo, ainda que o espaço das emergências configure-se como um local privilegiado para o cuidado inicial ao usuário com tentativa de suicídio, este nem sempre é aproveitado em todas as suas potencialidades. A literatura científica aponta dificuldades de diversas ordens por parte dos profissionais dos serviços de urgências e emergências, como os que atuam em hospitais gerais, na abordagem do comportamento suicida, são elas: a) falta de conhecimento e incompreensão da assistência a pacientes suicidas; b) condutas e abordagens negativas permeadas de estigmas e preconceitos; c) comportamento dos profissionais fundamentados na intolerância, hostilidade, rejeição, negligência, revolta, agressividade e resistência. (LOUREIRO, 2006; VIDAL; CONTIJO, 2013; BORGES; FREITAS, 2014; ALVES; CADETE, 2015; FREITAS; BORGES, 2017).

Outras pesquisas descrevem sentimentos de ansiedade, impotência, fragilidade, culpa, desespero, angústia e negação por parte dos trabalhadores de serviços de emergência no atendimento ao usuário com tentativa de suicídio (GUTIERREZ, 2014; VIDAL; CONTIJO, 2013; MELO et al., 2018; SANTOS et al., 2017).

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

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

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

Como consequência, estes comportamentos e sentimentos profissionais podem interferir na assistência ofertada, levando à diminuição e fragilidade do cuidado, podendo ainda influenciar na resposta do usuário ao tratamento hospitalar e ambulatorial, trazendo prejuízos ao projeto terapêutico (LOUREIRO, 2006; FREITAS; BORGES, 2014; FREITAS; BORGES, 2017), tornando-se fundamental atuar nesse campo.

Além desses aspectos, merecem destaque outros estudos que demonstram a predominância do modelo biomédico de cuidado nas instituições hospitalares, com ênfase nos aspectos biológicos, na doença, diagnóstico, intervenção técnica e medicalização (SANTOS et al., 2017), sendo reproduzido diretamente pela figura do médico ou indiretamente através dos discursos que atravessam as práticas em saúde.

Segundo Loureiro (2006), as práticas em saúde existentes nas emergências não respondem às necessidades dos pacientes com tentativa de suicídio, pois não reconhecem a subjetividade, a história de vida e o contexto biopsicossocial do indivíduo que o levou àquele momento, negligenciando os motivos psíquicos que envolvem os atos suicidas.

Assim sendo, observa-se a necessidade de fortalecer o cuidado ao usuário com tentativa de suicídio para além dos aspectos biológicos e pautadas em abordagens padronizadas e fragmentadas. Tais práticas incluem a subjetividade e a compreensão do sujeito como um ser histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade no qual está inserido, o que demanda a ampliação da clínica, a valorização e investimento nas tecnologias relacionais como produtoras de atos de saúde, a integralidade do cuidado e a problematização do processo de trabalho.

Salienta-se que o hospital é um espaço de ensino e aprendizagem das diversas profissões de saúde, entretanto pratica a reprodução de um modelo médico assistencial hegemônico, caracterizado pela fragmentação do cuidado, emoldurado pela fragilização na relação entre os profissionais de saúde e pacientes.

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

2.4 Educação Permanente em Saúde como política pública

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

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

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

Neste sentido, a PNEPS lança luz sobre os processos de formação e qualificação dos profissionais de saúde do SUS, com foco na produção de conhecimento, visando à reflexão e transformação das práticas de atenção e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2004; 2009).

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

Sendo assim, torna-se oportuno apresentar o conceito de educação na saúde, dado que é frequente a sua utilização como sinônimo de outras variantes, como educação em saúde³. De acordo com o glossário eletrônico da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), a educação na saúde “consiste na produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde” (BRASIL, 2012, p. 20). Também conhecida como educação no trabalho em saúde, apresenta duas modalidades: a educação continuada e a educação permanente. Ressalta-se que ambas são fundamentais para a qualificação dos trabalhadores do SUS, devendo sua pertinência ser observada para cada ação educativa que se pretende desenvolver.

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

Por outro lado, a proposta da Educação Permanente centra-se em ações direcionadas na aprendizagem pelo trabalho, articulando o conhecimento teórico/técnico à reflexão crítica sobre o cotidiano das práticas em saúde, estruturando-se a partir das necessidades do processo de trabalho e o processo crítico como inclusivo neste percurso (BRASIL, 2006). Porém, muito mais do que acessar conhecimentos disponíveis, o que se necessita é a produção de saberes singulares, advindos da reflexão sobre o cuidado que

³ Educação em saúde se refere ao processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população e não à profissionalização ou à carreira na saúde. Ocorre por meio de práticas que contribuem para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado.

se produz em cada contexto. A figura que segue demonstra as diferenças encontradas entre essas duas abordagens educativas.

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

Caracteriza-se, portanto, como uma vertente educacional com potencialidades ligadas a mecanismos e temas que possibilitam a reflexão sobre o processo de trabalho.

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

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

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

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

Destacam-se, ainda, os diferentes materiais educativos disponíveis, considerados importantes ferramentas no processo de ensino-aprendizagem e compreendidos como facilitadores da experiência de aprendizado, de modo a não ser considerado apenas um objeto de transmissão de informação, contudo um apoio para o desenvolvimento de uma experiência de aprendizado envolvendo mudança e enriquecimento em algum sentido (KAPLUN, 2007).

Um material educativo bem produzido pode ajudar na mudança de realidade, desde que atenda às necessidades e expectativas da população a quem se destina, no estudo em questão, profissionais de saúde que atuam em hospitais gerais. Dentre esses, se encontram os manuais educativos.

2.4.1 Manual educativo: um instrumento para educação permanente em saúde

Esta ferramenta é composta pela estruturação de saberes operacionalizados para o trabalho em saúde, constituído por conteúdos que auxiliam no desenvolvimento do trabalho, com a função de aprimorar competências e não a simples transmissão de

conhecimentos (SANTO, 2006). Por se tratar de um manual, favorece o aprendizado autônomo, focado no aprendiz e nas mudanças que este recurso poderá proporcionar, funcionando como um facilitador no processo de aprendizagem.

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

Segundo Little (1995), a autonomia está relacionada à capacidade de distanciamento, reflexão crítica, tomada de decisões e ação independente, já que pressupõe que o aluno desenvolva um tipo particular de relação com o processo e conteúdo da sua aprendizagem, devendo ser demonstrada tanto na forma como aprende, como no modo como transfere o que foi aprendido para outros contextos.

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

Neste ponto de vista, remete-se a Paiva (2006), que afirma que estudar sozinho (autoinstrução) não representa necessariamente ter uma atitude autônoma, pois, na maioria das vezes, as decisões e o percurso são definidos pelo material didático. Dessa maneira, compreende-se a autonomia relacionada à tomada de decisões em relação à aprendizagem no que se refere a escolhas sobre o que, como e quando estudar, sendo essas individuais e passíveis de realização na interação do aluno seja com colegas, professor ou um material didático, o que direciona a necessária busca por novas reflexões e não apenas a aquisição de conceitos e teorias.

Por conseguinte, a compreensão da autonomia no processo de aprendizagem pode ser vinculada ao conceito de autonomia do aprendiz, estabelecido por Rogers (1969). Segundo este autor, a liberdade de escolha é fundamental para alcançar a referida autonomia, no que se refere à capacidade de o aluno participar ativamente do seu processo de aprendizagem, através de escolhas sobre o direcionamento de seus estudos, descoberta de seus próprios recursos de aprendizagem, decisão por seu curso de ação, possibilitando o domínio e controle de modo autônomo do progresso do seu conhecimento. Segundo Franco (2013), os aprendizes autônomos são aqueles indivíduos livres para decidir a maneira mais adequada de atingir seus objetivos de aprendizagem.

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

Dentre as mídias disponíveis, vale ressaltar a importância do vídeo como ferramenta didática, podendo contribuir com o processo de construção do conhecimento e facilitação do processo de ensino-aprendizagem. Segundo Camargo *et al.* (2019), a linguagem audiovisual poderá ser um importante recurso, uma vez que a informação ganha um formato mais simples de ser interpretada e lembrada, sendo composta por três etapas: oralidade, escrita e imagem.

Brame (2016) demonstra que os vídeos educacionais vêm se consolidando como importante ferramenta de ensino nos diversos cenários da educação, assim como metodologia ativa de aprendizagem. Isso posto, apresenta a teoria de aprendizagem multimídia, a qual contém dois canais para aquisição e processamento de informação: visual e auditivo. Neste sentido, as pessoas aprofundam mais os seus conhecimentos a partir de imagens e palavras do que apenas de palavras isoladas, já que compreende que a informação é processada através de dois canais, o verbal e o visual, sendo o processo de aprendizagem mais eficaz ao utilizar esses dois recursos.

Além disso, esse autor apresenta outra lente a ser considerada na utilização do vídeo como recurso, que se refere ao envolvimento do aluno. Expõe, então, diretrizes que contribuem para a ampliação da atratividade desta ferramenta: 1) manter o vídeo curto, uma vez que estudos demonstram que o tempo ideal é menos de 6 minutos; 2) utilizar linguagem coloquial; 3) elaboração de materiais direcionados para seu público-alvo. Sendo assim, a proposta do vídeo como recurso complementar para o material textual se deve aos benefícios aqui descritos, como incremento à aprendizagem.

Vale informar que a escolha deste material educativo foi realizada devido à especificidade do público-alvo, campo da pesquisa e momento vivenciado devido ao contexto da pandemia. Os hospitais gerais são instituições que se caracterizam pelo fluxo contínuo de atendimentos, com profissionais que em sua maioria trabalham em regime de plantão (BRASIL, 2013), o que interfere no planejamento de ações coletivas de educação. Acrescenta-se a isso o contexto atual da pandemia pelo novo coronavírus que causou impacto na vida das pessoas ao redor do mundo todo, com a necessidade de reorganização a nível global e mundial. Em relação ao contexto hospitalar, apesar da necessidade prioritária de prosseguimento das atividades, as mesmas foram reestruturadas de acordo com a nova realidade, dentre as quais as ações de qualificação profissional foram readequadas de forma a reduzir o risco de contaminações.

Diante da proposta de elaborar um manual, composto por material textual e audiovisual, na perspectiva da educação permanente em saúde, se reflete a Teoria Humanista de Carl Rogers como alicerce teórico/prático no alcance da aprendizagem significativa. Isso porque, a proposta desse material não está relacionada ao caráter prescritivo, mas sim em favorecer uma reflexão sobre o processo de trabalho, fornecendo subsídios para atuação profissional diante de situações críticas. Daí decorre a possibilidade de construção de novos saberes e fazeres em saúde, de acordo com as necessidades e realidades das pessoas com tentativa de suicídio.

2.5 Aprendizagem significativa de Carl Rogers: um percurso possível para EPS

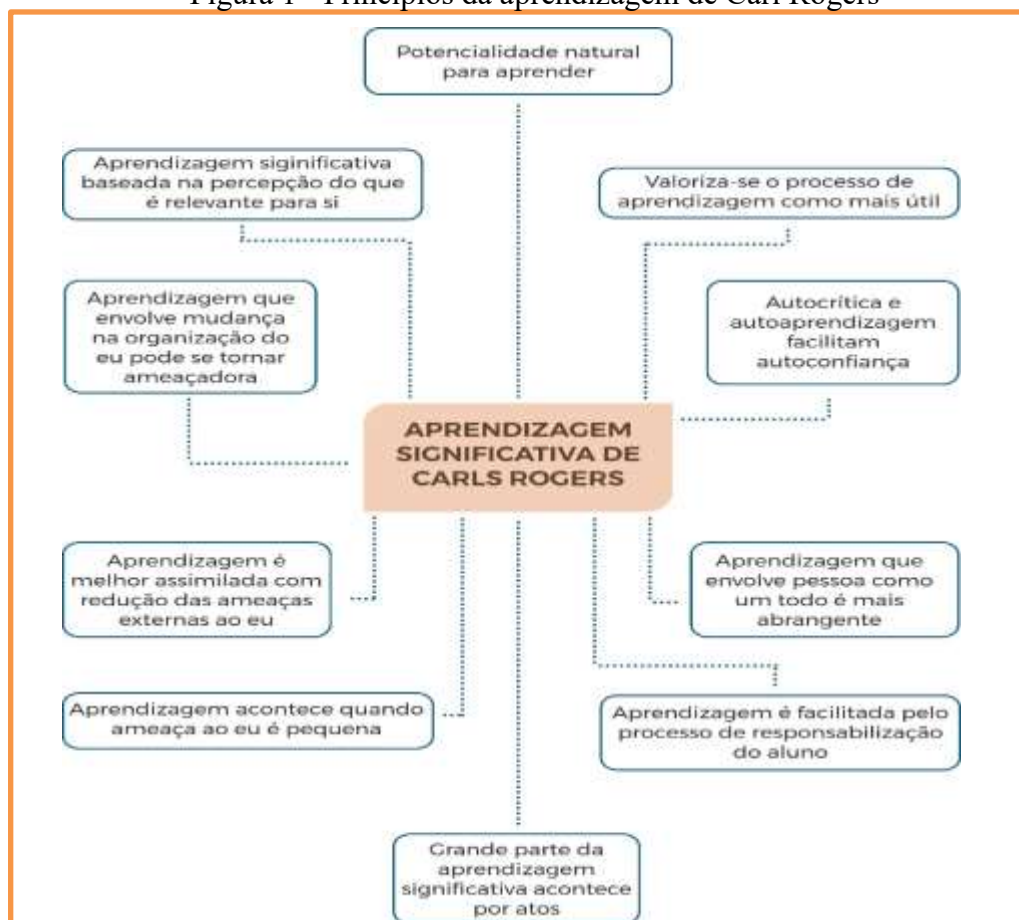
Carl Rogers, um dos maiores representantes da Teoria Humanista, trouxe contribuição significativa para o processo de ensino aprendizagem, ao compreender que o ato de aprender é individual, singular e peculiar de cada sujeito, de forma que a vivência

subjetiva deve ser considerada, pois o aluno aprende o que acredita ser importante e relacionado com seu contexto (ROGERS, 1985).

Também conhecida como Pedagogia não diretiva, tem como característica a centralidade no aluno, sendo este responsável pela condução e sucesso do aprendizado, já que o aluno é quem sabe o que ele precisa e a direção que deve tomar, cabendo ao professor criar um ambiente que favoreça o encontro de suas próprias respostas e orientar o processo de aprendizagem, deixando que ele explore suas potencialidades, em seu processo de crescimento e auto realização. Logo, o papel do professor seria criar um ambiente para que possam encontrar essas respostas (FONSECA, 2009).

Segundo Rogers (1978), a aprendizagem significativa⁴ deve ser penetrante e ter significado para o aluno, na medida em que trabalha sobre os problemas que são reais para ele, e está para além da acumulação de fatos e aumento de conhecimentos, mas provoca modificação no comportamento, orientação para escolhas futuras, atitudes e personalidade. Com uma visão holística do ser humano, sua compreensão engloba tanto os aspectos cognitivos quanto os emocionais, tendo como foco a significação pessoal.

Figura 1 - Princípios da aprendizagem de Carl Rogers



Fonte: Elaborado pelos autores.

⁴ Diferencia-se da aprendizagem significativa de Ausubel, focaliza o aspecto cognitivo da aprendizagem, enquanto Rogers focaliza na significação pessoal / para a pessoa, envolvendo a pessoa como um todo, tanto o aspecto cognitivo quanto o emocional (aprendizagem auto iniciada, sentimentos e intelecto).

Diante da dinamicidade da sociedade atual na produção de mudanças, o homem moderno faz parte de um ambiente em constante transformação, onde o conteúdo ensinado torna-se rapidamente obsoleto. Sendo assim, afirma-se que o maior objetivo da educação é o processo de facilitação da aprendizagem, dessa forma; à vista disso, ao invés de uma teoria, propõe “princípios de aprendizagem” (ROGERS, 1969).

Neste método, o papel do professor deve ser de facilitador no processo de aprendizagem de forma livre e singular, com autenticidade, aceitação, confiança em si e no aluno e compreensão empática, devendo ajudar a entrar em contato com seus interesses, objetivos e expectativas, incentivando o estudante a ser agente de sua própria aprendizagem (ROGERS, 1951). Sustenta a perspectiva de que um educador pode apenas facilitar o aprendizado do outro, mas nunca o determinar.

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

Isso posto, a proposta é que este manual funcione como elemento facilitador do processo de aprendizagem e fomenta a reflexão do processo de trabalho, apontando para a ampliação do conhecimento e desenvolvimento de saberes e fazeres em direção a integralidade e humanização do cuidado ofertado aos usuários com tentativa de suicídio em hospitais gerais.

3. METODOLOGIA

Esta pesquisa⁵ foi conduzida por meio de uma abordagem qualitativa, não somente pela natureza do problema aqui tratado, mas principalmente pela intenção de compreender a experiência e o tipo de ação que envolve os trabalhadores do serviço de saúde com o fenômeno do suicídio (CRESCENTINI, MAINARDI, 2009). Além disso, a pesquisa qualitativa tem sido, inúmeras vezes, utilizada para descrever uma situação social circunscrita (pesquisa descritiva), ou para explorar determinadas questões (pesquisa exploratória) que, dificilmente, o pesquisador que recorre a métodos quantitativos consegue abordar (DESLAURIERS; KERISIT, 2008).

Para alcance dos objetivos propostos, o percurso metodológico contemplou três etapas subsequentes: pesquisa de campo; elaboração do produto e aplicação do produto.

A primeira etapa constituiu-se na pesquisa de campo, conduzida por meio de abordagem qualitativa, para levantamento de dados sobre a temática específica. O campo de pesquisa foi um hospital geral público, localizado na Região do Médio Paraíba do Estado do Rio de Janeiro. Os sujeitos participantes foram trabalhadores da referida instituição, que estabelecem contato com usuários com tentativa de suicídio, abrangendo profissionais da equipe técnica, dentre os quais foram convidados dez técnicos de enfermagem, dois psicólogos, seis enfermeiros, oito médicos e quatro assistentes sociais, totalizando trinta profissionais de saúde. A aquisição dos dados foi realizada com base

⁵ De acordo com a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário de Volta redonda – CoEPS - UniFOA, com parecer consubstanciado nº CAEE 25959419.1.0000.5237.

nas seguintes técnicas: a) observação participante, com uso de diário de campo, realizada no período de julho de 2019 a novembro de 2020; b) questionário semiestruturado individual (contendo questões de múltipla escolha e abertas, tendo como conteúdo compreender o conhecimento dos profissionais acerca da temática do suicídio e o cuidado ofertado pelos mesmos), aplicado presencialmente entre outubro e novembro de 2020.

A segunda etapa consistiu na construção do material educativo, tendo a metodologia pautada pela concepção de educação permanente em saúde, como uma prática social, pois desencadeia uma transformação da realidade e do processo de trabalho, firmada no aspecto pedagógico da construção de profissionais críticos e participantes, orientando para a melhoria da qualidade dos serviços, para equidade no cuidado e acesso aos cuidados em saúde (RIBEIRO; MOTTA, 1996).

A partir dos dados coletados, foram selecionados materiais acerca da temática do suicídio e abordagens a usuários com comportamentos suicidas em hospitais gerais, considerando-se como ponto de partida os dados coletados na primeira etapa da pesquisa (pesquisa de campo) como forma de conduzir a definição dos assuntos a serem abordados no manual educativo. A busca deste material foi realizada com base na revisão bibliográfica realizada ao longo do processo de pesquisa. Dessa forma, após a seleção, foi elaborado o conteúdo do material textual, assim como o roteiro para os três vídeos, sendo esses complementares e apresentados em QR Code no material textual. Para elaboração do produto foram realizadas seis reuniões virtuais, sendo quatro com produtores do vídeo e duas com a diagramadora do manual.

No momento seguinte, foi executada a aplicação do produto, que se referiu ao processo de apresentação do manual, realizada no hospital, contando com 16 participantes. A metodologia utilizada nesta fase foi a exposição dialogada presencial, acesso ao conteúdo e ao instrumento de avaliação por meio de tecnologia virtual (WhatsApp® e Google Forms®, respectivamente). Para isto, a pesquisadora responsável foi a campo com o objetivo de convidar trabalhadores do referido hospital geral para participarem desta investigação.

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

Em seguida, os trabalhadores foram reunidos para demonstração do material elaborado, tendo sido utilizado como recurso um computador. Foram realizados quatro encontros presenciais, dentre os quais dois foram compostos por médicos (2), enfermeiros (3) e técnicos de enfermagem (6); um por enfermeiro (1) e técnico de enfermagem (1); e um com assistentes sociais (2) e psicologia (1), totalizando 16 participantes.

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

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando-se a proposta da elaboração de um material educativo direcionado para a qualificação profissional no atendimento a pessoas com tentativas de suicídio em hospitais gerais, considerou-se a pesquisa de campo como parte das estratégias da EPS, ao funcionar como ferramenta para o desenvolvimento de ações de educação permanente. A aproximação com os profissionais ocorreu por meio da observação participante e aplicação do questionário, o que possibilitou a aproximação sobre a compreensão, conhecimentos, dúvidas e expectativas dos profissionais em relação ao tema e ao processo de trabalho, além do que consideravam importante ser abordado, valorizando os saberes que já possuíam, partindo do cotidiano e do conhecimento prévio (BRASIL, 2009).

Além disso, a abordagem sobre a temática favoreceu um dos desafios da EPS, qual seja, de estimular o desenvolvimento da consciência nos profissionais sobre o seu contexto e pela sua responsabilidade em seu processo permanente de capacitação (FALKENBERG, et. al., 2014).

4.1 Etapas da elaboração do produto: seleção de bibliografia; diagramação e produção do vídeo

Nesta etapa, foram selecionados materiais para composição do manual educativo, com base na bibliografia levantada ao longo do processo de pesquisa que contemplassem a abordagem do comportamento suicida em hospitais gerais.

Foram eleitos 15 artigos científicos, 11 livros, 5 cartilhas/manuais de órgãos federais, 01 portaria, 01 dicionário *online*, informações do site da OMS (Figura 12). Neste sentido, buscou-se a escolha de artigos que se encontravam alinhados com as temáticas escolhidas para composição dos materiais, sendo categorizados nas seguintes temáticas: 1.Comportamento suicida; 2.Definições; 3.Estados mentais associados ao comportamento suicida; 4.Cenário epidemiológico; 5.Multicausalidade do comportamento suicida; 6.Mitos; 7.Fatores de risco e fatores de proteção; 8.Papel dos hospitais gerais na prevenção, cuidado e abordagem a usuários com tentativa de suicídio; 9.Importância da qualificação do atendimento; 10.Abordagem a usuários com tentativas de suicídio em hospitais gerais; 11.Primeiros Socorros Psicológicos na abordagem a usuários com tentativa de suicídio em hospitais gerais; 12.Para refletir (casos para reflexão). O manual foi composto por 37 páginas e três vídeos em QR Code, que abordaram os seguintes assuntos: 1 e 2 - Conhecer para cuidar (informações sobre o comportamento suicida); 3 - Prevenção no suicídio no hospital geral.

Conforme já relatado, para diagramação do manual e elaboração dos vídeos, foram realizadas seis reuniões virtuais, sendo quatro entre os pesquisadores e equipe de produção, e duas com o diagramador. Inicialmente os pesquisadores apresentaram a proposta do trabalho e ideia acerca dos materiais. Os produtores e o diagramador ajustaram a ideia às possibilidades mais viáveis. No que se refere a etapa da diagramação, inicialmente foi selecionado o modelo/layout do manual textual, com base em outros modelos de materiais que tratavam temáticas relacionadas à saúde.

Posteriormente, foi abordada a escolha dos recursos utilizados nesta elaboração, como cores, símbolos, letras e composição. Dentre esses, foi selecionada a forma de apresentação dos vídeos em QR Code, aproximando-se dos recursos virtuais amplamente utilizados por todas as faixas etárias na atualidade. Para produção dos vídeos, inicialmente

houve a orientação por parte dos produtores em relação à elaboração do roteiro. Adiante, foram analisadas, em conjunto, as propostas iniciais vislumbradas versus possibilidades e necessidades de adequações para os tipos de vídeos construídos, assim como o tempo de duração e adaptação do roteiro construído de acordo com o objetivo do trabalho. No decorrer do processo, os materiais foram apresentados, sendo explorados ajustes necessários até a elaboração final. Abaixo seguem ilustrações do manual elaborado.

Figura 3 – Capa do manual



Fonte: os autores.

Figura 4 – Índice do manual.

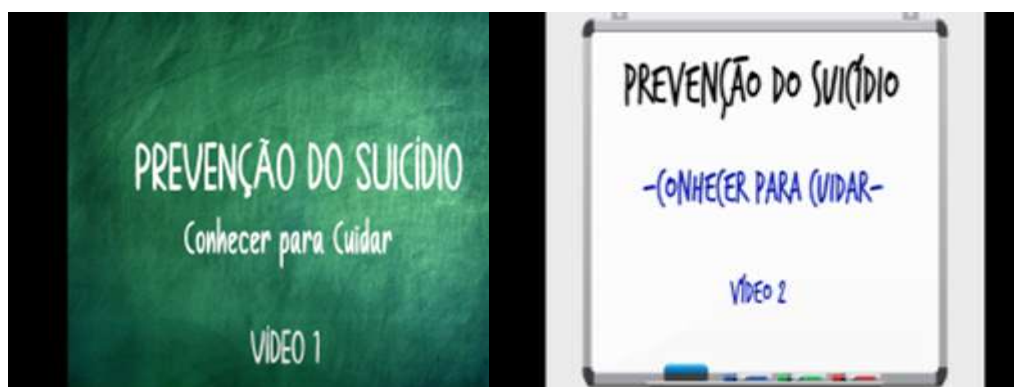
Índice	
APRESENTAÇÃO	
COMPREENDENDO O COMPORTAMENTO SUICIDA	
1.	Comportamento suicida
2.	Definições
3.	Estados mentais associados ao comportamento suicida
4.	Cenário epidemiológico
5.	Multicausalidade do comportamento suicida
6.	Mitos
7.	Fatores de risco e fatores de proteção
ABORDAGEM DE USUÁRIOS COM TENTATIVAS DE SUICÍDIO EM HOSPITAIS GERAIS	
8.	Papel dos hospitais gerais na prevenção, cuidado e abordagem a usuários com tentativa de suicídio
9.	Importância da qualificação do atendimento
10.	Abordagem a usuários com tentativas de suicídio em hospitais gerais
11.	Primeiros Socorros Psicológicos na abordagem a usuários com tentativa de suicídio em hospitais gerais
12.	Para refletir...

Figura 5 – Conteúdo do manual com vídeo em *QR Code*.



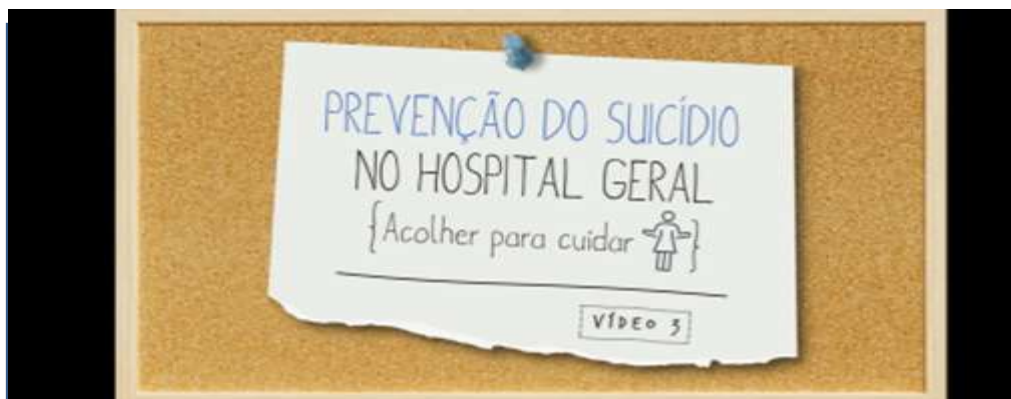
Fonte: os autores.

Figura 6 – Imagem ilustrativa dos vídeos 1 e 2



Fonte: os autores.

Figura 7 – Imagem ilustrativa do vídeo 3



Fonte: os autores.

4.3- Apresentação do manual educativo

Esta etapa se refere à proposta de aproximação dos profissionais com o material didático produzido, por meio de apresentação do mesmo. Participaram 16 (dezesesseis) trabalhadores, o equivalente a 44% dos sujeitos da pesquisa. Como resultados, foram obtidos os seguintes dados: 100% consideraram que os produtos contemplam o tema abordado, esclarecem dúvidas e estimulam o aprendizado sobre a temática, confirmando, ainda, a adequação da linguagem utilizada e o seguimento de sequência lógica de ideias, além de ausência de preconceito ou discriminação. Dentre os onze participantes, oito atribuíram valor 10 para estrutura e apresentação dos materiais e três o valor 9. Nos comentários realizados, foi destacada a importância da abordagem de tal temática, contribuição para o exercício profissional e a sugestão de ampliar os casos para reflexão e a utilização de vídeos. O instrumento de avaliação foi respondido por doze participantes, representando 75% do total.

Figura 8 – Fotos da aplicação do produto educacional



Fonte: imagem produzida pelos autores, outubro/2020.

5. Conclusão

Apesar de avanços acerca da temática do suicídio, este fenômeno ainda se figura como um enigma, deixando diversas perguntas sem respostas definitivas, apontando para a necessidade de aprofundamento sobre o assunto, além do desenvolvimento das diversas práticas de prevenção nos variados contextos.

Dentre estes, destaca-se a relevância dos hospitais gerais como importantes pontos para estas ações, por meio da educação permanente em saúde para qualificação dos atendimentos a usuários com tentativas de suicídio, considerada uma importante estratégia preventiva. Nesse processo de múltiplas determinações e relações, torna-se fundamental o papel das instituições de serviço para o desenvolvimento das capacidades dos profissionais, de maneira a contribuir para essa formação.

A proposta de desenvolver um Manual Educativo composto por material textual e vídeos em *QRCode* para profissionais da saúde que atuam em hospitais gerais não tem como propósito prescrever informações e condutas fechadas, uma vez que se articula à estratégia institucional de mudança no processo de trabalho no que se refere a implicar os

trabalhadores no atendimento de pessoas com tentativas de suicídio, com base na integralidade.

Dessa forma, baseando-se no conhecimento prévio dos trabalhadores e de suas necessidades de aprendizado, o presente produto de ensino propõe o estímulo a aprendizagem significativa na perspectiva de Carl Rogers, ao partir de problemas reais relacionados ao cotidiano dos trabalhadores (atendimento a usuários com tentativa de suicídio), ou seja, abordando conteúdos com significado para os mesmos e propondo a reflexão do processo de trabalho, possibilitando a aprendizagem por descoberta e então o crescimento do profissional como um todo, não focando apenas na aquisição de conteúdo.

Os resultados acerca da avaliação do produto pelos trabalhadores para o qual o mesmo é direcionado se mostram compatíveis com a proposta apresentada, uma vez que os mesmos afirmam que o material estimula o aprendizado e contribui para o exercício profissional, destacando a importância de recursos de aprendizagem como os vídeos e casos para reflexão, que facilitam e aproximam os conteúdos da realidade vivenciada.

No entanto, como limitações desse estudo, destaca-se a necessidade de validação deste recurso educacional por meio de profissionais especialistas, etapa esta considerada de grande relevância para que possa ir ao encontro das expectativas e necessidades das pessoas a quem se destina, neste caso os profissionais de saúde e usuários com tentativas de suicídio, sendo estes últimos os possíveis beneficiados que o aprendizado obtido pode favorecer.

REFERÊNCIAS

- ALVES M.A.G; CADETE, M.M.M. Tentativa de suicídio: lesão da parte ou o do todo? **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 75-84, 2015.
- ALVES, V. et. al. Trends in suicide attempts at an emergency department. **Rev. Bras. Psiquiatr.** SP, v. 39, n. 1, p. 55-61, 2016.
- ASARNOW, R. et al. The Emergency Department: Challenges & Opportunities for Suicide Prevention. **Child Adolesc Psychiatr Clin N Am**. v. 26, n. 4, p. 771-783, 2017.
- BERTOLETE, J.M.O **suicídio e sua prevenção**. São Paulo: Unesp, 2012.
- BOTEGA, N.J. et al. Prevenção do comportamento suicida. **PSICO**. Porto Alegre, v. 37, n. 3, p. 213-220, 2006.
- BRAME, C. J. Effective Educational Videos: Principles and Guidelines for Maximizing Student Learning from Video. **CBE-Life Sciences Education**, v. 15, n. 6, p. 1–6, 2016.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.
- BRASIL. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2004; 14 fev.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1876, de 14 de agosto de 2006. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do suicídio, a ser implantadas em todas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 ago 2006. Seção 1, p. 65.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CECCIM, R. B; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. Educ. Saúde**, v. 6, n. 3, p. 443-456, 2008.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

FRANCO, Claudio de Paiva. **Autonomia na aprendizagem de inglês: um estudo com nativos digitais sob as lentes do caos e da complexidade**. 201f. 2013. Tese (Doutorado em Estudos Linguísticos) - Faculdade de Letras, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

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

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

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

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

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

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

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

MINAYO, M.C.S. A autoviolência, objeto da sociologia e problema de saúde pública. **Caderno de Saúde Pública** [online], v.14, n. 2, p. 421-428, 1998.

MELO, A.K. Atuação do psicólogo com pacientes de tentativa de suicídio: estudo fenomenológico. **Revista Brasileira em promoção da saúde**, v. 31, n. 4, p. 1-7, 2018.

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

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Figures and facts about suicide**. Geneve: WHO, 1999.

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

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

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

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

ROGERS, C. R. **Freedom to learn**. Colombus, OH: Charles E. Merrill, 1969. ROGERS, C. R. **Sobre o poder pessoal**. São Paulo: Martins Fontes, 1978.

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

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

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

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

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

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

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

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

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