

## Relato de experiência

# O acolhimento singular e o cuidado contínuo após a tentativa de suicídio: a contribuição do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

## The singular reception and continuous care after the suicide attempt: the contribution of Psychosocial Care Center of Children and Youth

## La acogida singular y la atención continuada tras el intento de suicidio: la aportación del Centro de Atención Psicossocial a la Infancia y la Adolescencia

Julia Oliveira Bernabé<sup>1</sup> 

Camila Mariani Silva<sup>2</sup> 

<sup>1</sup>Autora para correspondência. Universidade Vila Velha (Vila Velha). Espírito Santo, Brasil. [julia\\_bernabe@hotmail.com](mailto:julia_bernabe@hotmail.com)

<sup>2</sup>Universidade Vila Velha (Vila Velha). Espírito Santo, Brasil.

**RESUMO | INTRODUÇÃO:** O suicídio ainda é marcado por diversos estigmas e preconceitos que dificultam a compreensão desse problema de saúde pública, impedindo assim a percepção de fatores que possam ser de risco ou de proteção em casos de tentativa de tirar a própria vida. Por isso, a busca de informações pode ser de grande valia no entendimento e permite a criação de estratégias de cuidado desse sujeito em sofrimento psíquico. **OBJETIVO:** Discutir os processos de cuidado e acolhimento de pessoas em sofrimento mental, devido a tentativa de suicídio, sob a perspectiva de uma estagiária de Psicologia de um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij). **MÉTODO:** Relato de experiência, de caráter qualitativo, sobre a prática interventiva da Psicologia de um CAPSij em Vitória (ES). **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A literatura corrobora com os serviços prestados pelo CAPSij em situação de risco de suicídio, tendo em vista as rupturas de visões estigmatizadas que complementam a assistência em saúde, e se tornam um fator de proteção. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O CAPSij prima pelo cuidado e assistência humanizada não limitante, contribuindo para o fortalecimento desse sujeito em crise suicida como um ser de direitos, trazendo um novo olhar de autonomia, singularidade e protagonismo.

**PALAVRAS-CHAVE:** Suicídio. Saúde Mental. Sistema Único de Saúde. Reforma Psiquiátrica.

**ABSTRACT | INTRODUCTION:** Suicide is still marked by several stigmas and prejudices that make it difficult to understand this public health problem, thus preventing the perception of factors that may be risky or protective in cases of an attempt to take one's own life. Therefore, the search for information can be of great value in understanding and allowing the creation of care strategies for this subject in psychological distress. **OBJECTIVE:** To discuss the processes of care and reception of people in mental suffering due to a suicide attempt, from the perspective of a Psychology intern at a Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil - CAPSij (Child and Adolescent Psychosocial Care Center). **METHOD:** Qualitative experience report on the interventional practice of Psychology at a CAPSij in Vitória (ES). **RESULTS AND DISCUSSION:** The literature corroborates the services provided by CAPSij in situations of suicide risk, given the ruptures of stigmatized views that complement health care, and become a protective factor. **FINAL CONSIDERATIONS:** CAPSij strives for non-limiting humanized care and assistance, contributing to the strengthening of this subject in a suicidal crisis as a being with rights, bringing a new perspective of autonomy, singularity and protagonism.

**KEYWORDS:** Suicide. Mental Health. Single Health System. Psychiatric Reform.

**RESUMEN | INTRODUCCIÓN:** El suicidio aún está marcado por varios estigmas y prejuicios que dificultan la comprensión de este problema de salud pública, impidiendo así la percepción de factores que pueden ser de riesgo o protectores en casos de tentativa de suicidio. Por lo tanto, la búsqueda de información puede ser de gran valor en la comprensión y permitió la creación de estrategias de atención para este sujeto en sufrimiento psicológico. **OBJETIVO:** Discutir los procesos de atención y acogida de personas en sufrimiento psíquico por tentativa de suicidio, en la perspectiva de una interna de Psicología en un Centro de Atención Psicossocial Infantojuvenil – CAPSij (Centro de Atención Psicossocial de Niños y Adolescentes). **MÉTODO:** Informe cualitativo de experiencia en la práctica intervencionista de Psicología en un CAPSij de Vitória (ES). **RESULTADOS Y DISCUSIÓN:** La literatura corrobora los servicios prestados por el CAPSij en situaciones de riesgo suicida, frente a las rupturas de visiones estigmatizadas que complementan la atención en salud, y se convierten en factor protector. **CONSIDERACIONES FINALES:** El CAPSij apuesta por la atención y asistencia humanizada y no limitativa, contribuyendo al fortalecimiento de este sujeto en crisis suicida como ser con derechos, aportando una nueva perspectiva de autonomía, singularidad y protagonismo.

**PALABRAS CLAVE:** Suicidio. Salud Mental. Sistema Único de Salud. Reforma Psiquiátrica.

## Introdução

O significado da palavra suicídio é conhecido desde o século XVII, com definição e ideia central relacionada ao ato de terminar a própria vida (Botega, 2015). Porém, o conceito não abarca a complexidade desse fenômeno humano que representa um grande problema de saúde pública.

Apenas no final dos anos 60 mudou-se o olhar sobre a temática, o que mobilizou diferentes órgãos internacionais a proporem medidas de prevenção e fomentar pesquisas. Nessa mesma época, a Organização das Nações Unidas entendeu o suicídio como um fenômeno multifatorial, multideterminado e complexo que pode ser prevenido (Botega, 2015).

Uma das medidas tomadas foi a produção e divulgação de documentos periódicos contendo estatísticas sobre o crescente número de suicídios, pela Organização Mundial da Saúde (OMS). O último relatório publicado apresentou maior incidência entre a população masculina (12,6 por cada 100 mil habitantes), quando comparado ao grupo feminino (5,4 por cada 100 mil) (Botega, 2015; OMS, 2021).

Outro importante fator analisado é a influência do contexto socioeconômico do país quando correlacionado com o sexo. Observam-se maiores taxas de suicídio entre homens de países mais ricos (16,5 por 100 mil), enquanto em mulheres esse índice destaca-se em países de renda média à baixa (7,1 por 100 mil) (OMS, 2021).

O resultado do suicídio é o desfecho de uma vida de sofrimento e dor, onde a partir de uma situação, com uma ação de desesperança ou “loucura” há busca por findar com sua angústia. Há certa dificuldade em entender e detectar os sinais anteriores, sendo eles: depressão; solicitações de auxílio que podem ser explícitas ou não, ou quando surge a ideiação de morrer (Jesus et al., 2018). Grande parte da população sabe pouco a respeito de como reconhecer esse tipo de comportamento, e o resultado é a dificuldade em agir de forma a prevenir, identificar e entender essas pessoas em risco (Cerqueira & Lima, 2015).

Em nossa sociedade, muitas vezes, existem situações que atrapalham a compreensão do sofrimento psíquico, que podem levar ao suicídio. De um ponto de vista histórico, muitas religiões condenaram o ato suicida, devido à grande influência e seu poder - principalmente em países como o Brasil, onde a maioria da população é considerada cristã. É importante ressaltar que a religiosidade pode ser uma rede de apoio social de grande eficácia de forma a ajudar na prevenção do suicídio, porém carrega consigo forças coercitivas que influenciam em comportamentos que podem aumentar o estigma, criando preconceitos sobre o tema (Botega, 2015).

Os mitos sobre o suicídio também afetam seu entendimento, há falsas ilusões e ideias precipitadas sobre o indivíduo que expressa intenção suicida. São concepções permeadas por um discurso do senso comum, que acabam por ampliar crenças errôneas em relação ao suicídio. A fala mais comum prega que tratar do tema “suicídio” pode encorajar o indivíduo a realizá-lo – sendo que, na verdade, é oposto. Perguntar e falar abertamente sobre o assunto, de forma empática e sem julgamentos, aumenta a possibilidade de prevenção e pode trazer alívio à pessoa, assim, ela passa a reconhecer seu estado emocional e tem potencial na busca de estratégias e soluções

(Comitê Permanente de Prevenção do Suicídio, 2021; Porto, Delziovo & Abreu, 2019).

Outra fala muito comum está fundada na ideia de que tratar sobre a ideação suicida é uma maneira de “chamar atenção” – isso é falso, todas as precauções são necessárias quando uma pessoa fala sobre sua ideação, e deve ser ouvida (Comitê Permanente de Prevenção do Suicídio, 2021; Porto, Delziovo & Abreu, 2019).

Acrescentando, Berenchtein (2013) cita que a própria morte por si só já é considerada um tabu, as pessoas não querem discutir e nem ouvir sobre a morte, desse modo, a morte voluntária remete a um tabu muito maior. Outro ponto que o autor traz para a discussão é a manutenção da vida, onde se faz, a qualquer custo, o possível para manter as pessoas vivas, e com isso o suicídio acaba na contramão da ciência.

Dessa maneira, não há espaço de discussão sobre essa temática na sociedade, que busca afastá-la de seus olhos. Nesse sentido, alguém que tente ou consiga retirar sua vida é considerado louco, e assim buscam-se inúmeras justificativas para esse fenômeno, junto aos julgamentos de moral e valor (Berenchtein, 2013; Jesus et al., 2018).

Por isso, a análise e a identificação dos fatores que permeiam o suicídio se tornam ações importantes, pois viabilizam a compreensão e discussão sobre o tema, aos quais permitem a criação de estratégias de tratamento adequados. Ponto esse que pode ser aplicado a uma atenção em rede, de forma a criar um projeto que o acompanhe não só em sofrimento intenso, mas também em todo seu contexto tendo em vista o indivíduo e seu meio social.

Considerando que uma tentativa anterior de suicídio é fator de risco para que uma nova possa acontecer, e um dos principais fatores de proteção está ligado a uma constituição contínua de vínculos e suporte de serviços de saúde mental, objetiva-se com esse trabalho discutir os processos de cuidado e acolhimento de pessoas em sofrimento mental, devido a tentativa de suicídio, sob a perspectiva de uma estagiária de Psicologia de um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij).

## Método

Este trabalho configura-se como um relato de experiência advindo da vivência de estágio específico no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil de Vitória. Daltro e Faria (2019) apontam que essa metodologia é uma abertura para análise crítica da experiência de uma pessoa, sendo participante ativo da construção de um combinado de vivências e fundamentado aos saberes teóricos.

O estágio ocorreu durante o último ano de graduação de Psicologia, compreendendo o período de maio a novembro de 2021; o estágio acontecia de 2 à 3 vezes por semana, durante 4 horas de duração a cada dia. A atuação da estagiária no serviço era supervisionada por duas pessoas responsáveis: a supervisora da disciplina ofertada - nomeada de Estágio Específico - e a preceptora de campo, ambas psicólogas.

O objetivo do estágio era possibilitar ao aluno em formação contato com meios de atuação do profissional de psicologia, conhecimento das possíveis atividades a serem desenvolvidas por esse profissional, bem como oportunizar a aplicação dos conhecimentos adquiridos até o momento. Todas as atividades realizadas foram registradas posteriormente em diário de campo pertencente à estagiária.

O CAPSij de Vitória tem espaço físico em uma antiga residência, onde comporta, à primeira vista, a recepção; uma sala de reunião com computadores, onde é feita a atualização de prontuários e discussões de caso; uma cozinha e copa; a sala da direção; e cinco salas de atendimento. Além do espaço externo, onde existem mesas usadas para diversas tarefas e uma piscina utilizada pelos usuários em experiências lúdicas. A equipe de saúde mental é composta por: psicólogos, psiquiatra, assistente social, enfermeiros, terapeuta ocupacional, além dos serviços gerais de administração e limpeza.

O papel de estagiária foi marcado por: intervenções em grupos, onde junto da supervisora foram pensados em estratégias cabíveis em cada espaço; acompanhamento de sessões individuais, onde após cada atendimento era feito estudo de caso; participação em reuniões institucionais; visitas a outros ambientes integrantes da Rede de Atenção Psicossocial; e além de acesso a prontuários, onde eram feitas as evoluções de cada usuário do CAPSij.

De forma a embasar cientificamente tal experiência no ambiente institucional, realizou-se uma revisão bibliográfica a partir de artigos científicos selecionados em banco de dados, como o Google Acadêmico e Scielo. Para a apuração dos artigos utilizou-se palavras-chave, de acordo com descritores em saúde (Mesh/BVS-Psi Brasil), são elas: “suicídio”, “saúde mental”, “sistema único de saúde” e “reforma psiquiátrica”. Também foram utilizados livros físicos e digitais, cartilhas institucionais, leis e decretos federais.

## Resultados e discussão

### Entendendo o suicídio

De acordo com a Organização Mundial da Saúde todos os anos perto de 800 mil pessoas morrem devido ao suicídio. No Brasil, o suicídio é a segunda principal causa de morte entre jovens com idade de 15 a 29 anos, e morrem em média 13 mil pessoas por ano e uma morte a cada 45 segundos é contabilizada, ou cerca de 32 por dia ([Comitê Permanente de Prevenção do Suicídio](#), 2021).

As referências sobre a mortalidade por suicídio são informações do Ministério da Saúde sustentadas pelo Sistema de Informações de Mortalidade, contudo esses dados costumam estar subestimados. De acordo com o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), há um sub-registro de óbitos em cartórios, quando comparado com projeções demográficas e óbitos por suicídio em hospitais, em cerca de 13,7% dos casos há subnotificação. Além disso, outras causas de morte que são registradas, como acidente automobilístico, afogamento, envenenamento acidental e “morte de causa indeterminada”, são fatores que podem encobrir os registros por causa de suicídio ([Botega](#), 2014).

Um ponto que pode ajudar na identificação do ato suicida e/ou sua tentativa é a notificação compulsória e imediata. A identificação dos meios mais comuns que são utilizados para a prática auto infligida podem ajudar ao sistema de vigilância a detectar quais são os meios escolhidos conforme o contexto social, histórico e cultural e com isso averiguar a disponibilidade desse método ([Moreira et al.](#), 2017).

Durante o estágio no CAPSij de Vitória, havia diversos encaminhamentos de casos de tentativa de suicídio, por isso o contato com as fichas de notificação era recorrente. Com o conteúdo das fichas, era possível de criar tabelas que permitiam melhor visualização dos dados, com o intuito de auxiliar o trabalho da equipe e no levantamento de semelhanças entre casos do território. Os pontos tidos como relevantes eram: nome; idade; o meio que foi utilizado para a prática auto infligida; e se eram acompanhadas pela Unidade de Saúde e/ou CAPS.

Como explicitado por [Moreira et al.](#) (2017), o reconhecimento dos meios, a tentativa e o próprio ato consumado são dados para notificação compulsória, devendo ser informados constantemente à vigilância em saúde como forma de promover ações de prevenção às populações que se encontram em maior risco, bem como intervenções que diminuam a possibilidade de nova tentativa. Os dados ajudam a determinar padrões comunitários de cada região, revelando aspectos epidemiológicos e culturais que são fundamentais para um melhor projeto de construção de políticas públicas em saúde mental, adequadas a cada território, visando ações de prevenção e intervenção de forma integral.

Para poder entender um pouco sobre a complexidade da proveniência do ato suicida, é necessário considerar que ela é marcada por interações de inúmeros fatores que podem ser consideradas como adoeedoras que aumentam a vulnerabilidade do indivíduo, e estas são denominadas de fatores de risco.

Os fatores de riscos estão relacionados à exposição de pessoas a circunstâncias específicas, assim esses indivíduos passam a ter a maior vulnerabilidade, que pode levar ao suicídio. A origem dos fatores é variável – podem ser de natureza genética, história pessoal e familiar, cultural e condição socioeconômica ([Botega](#), 2015).

Os principais fatores de risco estão relacionados a algum tipo de transtorno mental ou tentativa anterior de suicídio. Os transtornos mais comuns são: depressão, transtornos de ansiedade e personalidade, e transtornos mentais derivados do abuso/dependência de álcool e outras drogas ([Botega](#), 2015; [Cerqueira & Lima](#), 2015). Outros pontos estão ligados aos fatores sociodemográficos – sexo masculino, faixa etária

de 15 a 35 anos e acima de 75 anos, pessoas em isolamento social, desempregadas e residentes de áreas urbanas (D'Oliveira & Botega, 2006). Além dos fatores psicossociais, como abuso físico ou sexual, instabilidade familiar, desesperança, desamparo e traços de personalidade impulsiva (Botega, 2015).

Durante o contato com as fichas foi possível analisar bem esses dados, sendo que a grande maioria das tentativas, no caso do CAPSij, de adolescentes que estão em vulnerabilidade social e emocional, sendo assim, a tentativa de suicídio vem atrelada a diversas questões que geram sofrimento àquele sujeito. É necessário destacar que uma análise isolada de um acontecimento recente não abarca toda a complexidade do conjunto de fatores da causa de um suicídio, ou seja, a tentativa suicida é multideterminada (Botega, 2015).

Na outra ponta estão os fatores de proteção, que auxiliam positivamente na redução de tentativas de suicídio, de forma a amenizar os riscos, contribuindo para que o sujeito consiga lidar melhor com fatores estressores resultando em desfechos positivos (Pereira et al., 2018).

Os principais fatores de proteção que Botega (2015) traz estão relacionados a um bom apoio familiar, com relacionamento saudável entre os parentes e sólida rede de apoio e proteção. Os fatores socioculturais também podem ser de grande ajuda quando há práticas coletivas entre amigos, pois propicia um apoio prático e emocional, além da disponibilidade de serviços de saúde mental. Outro ponto que o autor discute é quanto à personalidade e o estilo cognitivo; o fator de proteção estaria ligado a uma flexibilidade cognitiva com uma disposição de buscar ajuda e com capacidade de fazer uma boa avaliação da realidade.

Os CAPS, então, são um importante fator de proteção para pessoas em risco. A prática que foi percebida durante o tempo de estágio é permeada por criação de vínculo e participação coletiva, que podem ser com outros usuários do serviço ou até mesmo com os profissionais, e além do auxílio e proteção de serviços comunitários que tem como objetivo o atendimento e acolhimentos dessas pessoas.

Cabe ressaltar que nenhum fator de risco ou de proteção pode definir ou evitar um evento suicida,

porém o conhecimento deles pode auxiliar na prática profissional e ajudar a familiares e pessoas próximas a identificar características que podem ser relevantes durante uma possível ideação suicida.

### A ruptura de um paradigma

No Brasil, no final da década de 70, a política de saúde mental vigente começou a ser questionada pelos trabalhadores, sendo impulsionada pela luta à redemocratização e Reforma Sanitária - que originou o Sistema Único de Saúde, o SUS. Com objetivo de superação do modelo asilar presente, militantes do movimento antimanicomial ocuparam lugares nos sistemas do Estado, dando início ao processo de Reforma Psiquiátrica (Fernandes et al., 2020).

O modelo asilar tinha como objetivo a disciplina e ordem social, usando-a como meio de exclusão social, no intuito de alcançar a normatização desses corpos. O isolamento do doente mental tinha como justificativa sua proteção da sociedade, por isso o afastamento de sua família e do convívio social geral (Maciel, 2012).

Com o objetivo de formalizar a principal reivindicação de uma sociedade sem manicômios foi criada a Lei nº10.216/2001 (2001), que dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios bem como a substituição desses asilos, fortalecendo assim novas modalidades de atendimento direcionadas para atenção psicossocial (Maciel, 2012).

A Lei de nº10.216/01 (2001) possui como premissa o direito e proteção das pessoas que possuem o diagnóstico em transtornos mentais, de forma também a redirecionar o modelo assistencial em saúde mental como no atendimento desses casos. Outros pontos que são abordados perpassam por uma lógica de direito a não discriminação e o acesso ao melhor tratamento de saúde com humanidade e respeito.

O modelo psicossocial se difere do modelo asilar em seu o cuidado e assistência em saúde mental, de modo que o sujeito construa e mantenha seus laços sociais, sendo inserido ativamente na sociedade. Anteriormente a esse modelo, o cuidado era direcionado aos serviços asilares que se baseavam na lógica de internações de longa permanência em instituições fechadas, excluindo socialmente os sujeitos da civilização (Fernandes et al., 2020).

Essa mudança no modo de atenção é o rompimento do paradigma que entende a loucura como incapacidade. Cabe ressaltar que essas rupturas não são praticadas apenas a partir de leis ou decretos – trata-se da desconstrução de um pensamento que aceita de forma naturalizada o atendimento à pessoa em sofrimento psíquico de modo isolado ([Maciel, 2012](#)).

[Amarante \(2007\)](#) cita que essa desconstrução está atrelada ao lugar social da loucura, de forma a reestabelecer uma relação horizontal com os sujeitos em sofrimento, reorganizando o modelo assistencial. Com objetivo de alcançar práticas e concepções sociais democráticas, proporcionando espaços de participação social na convivência coletiva visando o cuidado integral e acesso a políticas públicas como direito.

Durante o estágio no CAPSij foi possível constatar que um lugar que apenas era conhecido por meio livros, textos e teorias, de fato cuidado no CAPS permite rupturas de visões estigmatizadas, junto à assistência em saúde baseada na humanização e criação de vínculo. A humanização se dá por uma prática e atendimento que viabilizam a singularidade do sujeito em sofrimento e leva em consideração seu território, contexto social, queixas e outros aspectos que contribuem para que o usuário do serviço seja visto com individualidade.

E nesse ponto é importante ressaltar a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS), ferramenta necessária no processo de humanização. O PTS, de acordo com [Pinto et al. \(2011\)](#), é um recurso criado baseado nas necessidades de cada usuário – sem excluir sua opinião, seu projeto de vida e sua demanda. O profissional de referência busca junto com o usuário e sua família, principalmente quando se fala do atendimento de crianças e adolescentes no CAPSij, diversas opções para que o projeto terapêutico seja criado correspondendo à realidade de sua necessidade. Na prática, o PTS pode ter atendimento com outros técnicos do serviço, participação de grupos ou atividades fora do serviço e ocupando espaços comunitários.

A criação do PTS no CAPSij de Vitória era produzida com o profissional - normalmente o de referência do caso - e o próprio usuário do serviço. Esse momento, se configurava como espaço de expressão dos desejos e necessidades das crianças e adolescentes, sendo eles responsáveis pelo controle de seu tratamento naquele local.

Sendo assim, o modelo assistencial, através de seus dispositivos ofertados, torna-se um lugar de resgate da autonomia, por meio de produção de subjetividade e sociabilidade, o que viabiliza seu protagonismo e assegura seus direitos nas esferas políticas e sociais. Deste modo, entende-se esses espaços como estratégias de acolhimento, cuidado e trocas sociais ([Amarante & Torre, 2018](#)).

A participação social e a criação de vínculos são pontos primordiais quando se trata de um cuidado que difere do modelo asilar. Os grupos terapêuticos, que são realizados nos serviços como o CAPSij que proporcionou a experiência de estágio, são de grande relevância por serem um dos principais pontos para fatores de proteção em casos que existam o risco de suicídio.

Dentro desses grupos há trocas de vivências e sentimentos, que promovem um espaço de cuidado compartilhado e de pertencimento – visto como um lugar de inserção social e de ajuda mútua entre si, desta forma estabelecem-se vínculos entre eles. Como dito por [Calsavara & Marques \(2017\)](#), este método terapêutico usado nos CAPS é a terapia comunitária que vai além da diminuição dos sintomas, e consegue alcançar e abranger para o sentido da união na criação desses relacionamentos.

Como estagiária, pude ocupar o lugar de mediadora dos encontros, além de promover dinâmicas e oficinas onde as crianças e adolescentes podiam se expressar. Esse ambiente era visto como local de trazer protagonismo nas vivências procuradas por esses usuários. Então, era muito comum os usuários do serviço sugerirem o que seria proposto para os próximos encontros. O meu papel ali, junto com a psicóloga preceptora, era de dar voz e buscar um consenso no grupo, entendendo o que cada grupo buscava nos momentos de socialização, de forma a tornar terapêutico para todos.

Completando, [Amarante](#) e Torre (2018) citam que para mais do que sintoma e a reparação do dano, ou seja, o foco na doença, o modo de cuidado psicossocial, proporcionado pelo processo da Reforma Psiquiátrica incita a produção de saúde e vida. Essa construção de vida está interligada à inserção da loucura na cidade com processo de criar estruturas e políticas para superação do manicômio, atingindo assim outra esfera, a de combate ao preconceito e à exclusão social.

Diante disso, é através dos serviços de saúde mental ofertados que o direito à cidadania, reintegração sociocultural com foco no indivíduo e suas potencialidades serão garantidos. A partir da construção de estruturas que substituem a lógica manicomial há possibilidade de criação de projetos de vida que levam em consideração um sujeito com autonomia e liberdade ([Costa et al., 2016](#); [Hirdes, 2009](#));

### Atenção em rede

A partir da demanda de reestruturação do modelo de atenção à saúde mental e amparada pelos princípios do SUS - como a descentralização da política de saúde e luta por equidade e justiça social visando a democratização e participação social, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) configura-se como uma política de saúde com o objetivo de preservar a liberdade, o exercício da cidadania e autonomia das pessoas em sofrimento ([Sampaio & Bispo, 2021](#)).

Nessa lógica foi elaborada a Portaria nº [3.088](#) (2011), de 23 de dezembro de 2011, que institui a RAPS, no âmbito do SUS, para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Um ponto importante acerca do modo de fazer saúde na RAPS é a contraposição ao modelo asilar, de maneira a construir um cuidado de base comunitária, propiciando a livre circulação das pessoas no meio social e nos serviços de saúde. A implementação desse cuidado se apresenta como uma forma de superar o modelo hospitalocêntrico da Atenção à Saúde Mental e no Sistema Único de Saúde como um todo. Com isso, a proposta de organização dos serviços na RAPS se dá através da articulação de diversos níveis de atenção do SUS, primando por responsabilidade compartilhada com equipe multi e interdisciplinar de cada serviço ([Garcia & Reis, 2018](#)).

Para entender um pouco mais sobre os preceitos de saúde da RAPS, dá-se ênfase a promulgação do Decreto nº [7.508/11](#) (2011), que regulamenta a Lei nº [8.080/90](#) (1990) a fim de organizar o SUS visto seu planejamento, e com isso dois aspectos são importantes; as Regiões de Saúde - espaço geográfico onde estão agrupados os municípios, delimitados a partir de identidades socioculturais e econômicas, com a finalidade de organizar o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde -, e a Rede de Atenção à

Saúde - conjunto de ações e serviços de saúde que se articulam em níveis de complexidade crescente.

Com isso, a RAPS objetiva ampliar o acesso à atenção psicossocial da população, tendo como base os serviços de atenção em rede, articulados e integrados, considerando o cuidado por meio do acolhimento e acompanhamento contínuo e a atenção as urgências ([Garcia & Reis, 2018](#)). Ela divide-se em diferentes componentes com distintos pontos de atenção, organizados de forma a diferir a complexidade e o enfoque de cada cuidado.

A principal porta de entrada é a Atenção Básica, sendo alguns de seus pontos de atenção as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). As ações da Atenção Básica compreendem a promoção de saúde e prevenção de agravos, sendo assim, deve haver busca pelo cuidado contínuo das famílias que pertencem a tal território, de forma a enfrentar os problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade ([Tanaka & Ribeiro, 2009](#)).

Outro componente é a Atenção Psicossocial Estratégica, onde se encontram os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diferentes modalidades. Estes se diferem pela quantidade de pessoa por município e se há funcionamento em horário comercial (CAPS I e II) ou de permanência por 24h com acolhimento noturno e retaguarda clínica (CAPS III), além do CAPSad - cuidado de sujeitos em sofrimento devido a uso de crack, álcool e outras drogas -, e o CAPSij - sendo atendimento a crianças e adolescentes ([Garcia & Reis, 2018](#)).

Os CAPS são referências para situações mais graves, onde há necessidade de maior cuidado, como aqueles casos em que as equipes da Atenção Básica não conseguem manejar sozinhos por ser de maior complexidade. Dessa forma, o público-alvo são os pacientes com transtornos mentais graves e persistentes, que necessitam de cuidado intensivo; para além, configura-se como o local que acolhe os usuários egressos da internação psiquiátrica, com objetivo de reinserção social desse indivíduo ([Garcia & Reis, 2018](#)).

Ainda que o cuidado central da pessoa em sofrimento grave seja no CAPS, a atenção e atuação em rede é imprescindível para um cuidado articulado e completo, tendo em vista a comunicação e o fortalecimento dos diferentes pontos de atenção da RAPS.

A atuação em rede possibilita que as situações mais complexas sejam cuidadas por diferentes equipamentos, e que a responsabilidade não seja apenas transferida de um setor para outro, como quando há necessidade de internação em leitos hospitalares; cabe ressaltar que os encaminhamentos feitos para internação em leitos hospitalares em momento de crise suicida pelo CAPS, conforme orientação da Lei [10.216/01\(2001\)](#), sempre é a última solução a ser buscada. O atendimento e cuidado em crise é realizado nos CAPS, a internação é tida como último recurso, quando foram tentadas diferentes estratégias de cuidado ao sujeito, incluindo crianças e adolescentes. A internação ainda tem resquícios asilares, por isso não é um lugar adequado de uma assistência que busca a autonomia e inclusão social.

O contato com outros pontos de atenção é fundamental, principalmente na Atenção Básica do território do usuário em questão, levando em consideração que a Unidade de Saúde possui o vínculo e o acesso de informações sobre o contexto, que podem auxiliar no cuidado. A comunicação entre os setores da rede tem como objetivo principal a criação de estratégias de uma rede de cuidado e vigilância de maneira integral, onde diferentes profissionais possam compartilhar suas práticas com o objetivo de auxiliar no manejo da pessoa em situação de risco ([Müller, Pereira & Zanon, 2017](#)).

Durante o período de estágio, o contato com os diferentes pontos de atenção era realizado por telefone ou mensagem na rede eletrônica - com acesso estrito aos profissionais que compõem a rede de atenção à saúde da Prefeitura de Vitória, denominado Rede Bem Estar. É através dessa rede que os profissionais de saúde acessam os prontuários e informações de usuários da RAPS, além de mensagens compartilhadas por diferentes setores da secretaria de saúde.

Outro espaço de articulação da rede são as reuniões de matriciamento, em que há discussão de casos mais complexos, avaliando-se em conjunto os diferentes pontos da rede que podem contribuir no cuidado do sujeito. A literatura pontua que esse tipo de trabalho é uma metodologia de gestão de trabalho, que amplia o cuidado por meio de diálogos entre especialidades distintas em um processo de construção compartilhada do cuidado ([Chiaverini et al., 2011](#))

Ademais, considerando as especificidades do público-alvo do CAPSij, onde são atendidos crianças e adolescentes, há necessidade de se buscar informações sobre o ambiente escolar onde os sujeitos estão matriculados, na expectativa de que esses dados contribuam para melhor conhecer o contexto e assim aprimorar o cuidado daquela pessoa.

Essa forma de se fazer saúde, com compartilhamento de diferentes categorias profissionais em diferentes equipamentos, ajuda a desmistificar a noção de que o psicólogo é o único profissional capaz de cuidar de uma pessoa que está em crise suicida. [Müller et al. \(2017\)](#) ressaltam que o trabalho interdisciplinar ajuda a visualizar de forma ampliada o melhor caminho de manejo dos casos de risco suicida.

No CAPSij de Vitória, observou-se que a contribuição para as diferentes categorias profissionais que ali atuam encontra-se no compartilhamento de conhecimento através de rodas de conversa sobre temas importantes em sua prática. Atinge-se este objetivo através de outros meios, tais como cursos, rodas de conversas e reuniões de equipe sobre o tema; como colocado pelos autores acima ([Müller et al., 2017](#)), ouvir e discutir sobre o tema ajuda desmitificar mitos que estigmatizam a nossa prática, criando assim um espaço capaz de produzir estratégias para um acompanhamento com respeito e sensibilidade a esses sujeitos.

## Considerações finais

Com as discussões trazidas neste estudo, juntamente com os relatos de experiência vividos durante o Estágio Específico em Psicologia no CAPSij, abordou-se o cuidado despendido ao sujeito em risco suicida na Rede de Atenção Psicossocial, mais precisamente pelo trabalho oferecido pelo serviço.

As ideações, tentativas e o suicídio ainda são marcados por inúmeros estigmas que podem dificultar a busca por ajuda qualificada, por isso a discussão e os estudos sobre o tema são de grande valia para compreender como esse cuidado deve se dar, bem como para refletir e construir estratégias eficazes de acolhimento à pessoa em sofrimento, trazendo um novo olhar de autonomia, singularidade e protagonismo desse sujeito.

Como observado no decorrer do estágio no CAPSij, o cuidado ao sujeito em sofrimento devido a tentativa de suicídio é baseado na intersectorialidade. Foi possível perceber que quando havia o acolhimento de sujeitos pelo CAPS devido a uma tentativa de suicídio, na maioria das vezes, vêm vindo de internação em leitos hospitalares, portanto, é importante discutir o caso e a situação em matriciamento com a Unidade de Saúde do território para ampliarmos o conhecimento sobre seu contexto, sua família e seus vínculos sociais.

Outras ferramentas importantes no CAPS são o acolhimento, o cuidado integral e a criação de vínculo – e isso se dá pela Atenção Diária oferecida pelo serviço, sendo forma de manter aquele sujeito, em crise ou não, em cuidado diário dentro da instituição com escuta qualificada e sem julgamentos. Foi observado que por diversas vezes a atenção diária pode ser efetiva, de maneira que o usuário pode entrar em contato com diferentes profissionais daquele espaço, contribuindo na constituição de vínculo. Com adolescentes, esses grupos são bastante efetivos no CAPSij, de modo que eles criam amizades e buscam o serviço com um novo sentido.

Com isso, a Rede de Atenção Psicossocial parte do princípio de que o cuidado deve ter base na equidade social, tendo em vista o cuidado como direito adquirido do sujeito por meio de políticas públicas efetivas que trazem à tona o seu protagonismo, com acompanhamento multidisciplinar, sem desconsiderar a sua família e o contexto econômico-social em que está inserido. Dessa forma, difere do modo asilar que possui como premissa a assistência por meio da exclusão social e com isso leva ao apagamento do sujeito na sociedade. Ainda nesse sentido, o CAPS é um espaço para cuidado e assistência humanizada e não limitante, sendo o usuário sujeito de direitos, como cuidado onde há acolhimento ao sofrimento e dificuldades, constituição de vínculos sociais e afetivos, e liberdade.

### Agradecimentos

Universidade Vila Velha e Secretaria Municipal de Saúde de Vitória.

### Contribuições das autoras

Bernabé, J. O. participou da busca bibliográfica, coletou dados e atuou na escrita completa do trabalho e edição das referências. Silva, C. M. participou da correção, edição e orientação do presente trabalho. Todas as autoras revisaram e aprovaram a versão final e estão de acordo com sua publicação.

### Conflitos de interesses

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas, etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo, mas não se limitando a subvenções e financiamentos, participação em conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc.).

### Indexadores

A Revista Psicologia, Diversidade e Saúde é indexada no [DOAJ](#), [EBSCO](#) e [LILACS](#).



### Referências

- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Editora FIOCRUZ.
- Amarante, P., & Torre, E. H. G. (2018). "De volta à cidade, sr. cidadão!" - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. *Revista de Administração Pública*, 52(6), 1090-1107. <https://doi.org/10.1590/0034-761220170130>
- Berenchtein, N. (2013). Suicídio: Uma questão de saúde pública e um desafio para Psicologia clínica. In: Conselho Federal de Psicologia (CFP). *Suicídio e os desafios para a Psicologia*. CFP.
- Botega, N. J. (2014). Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicologia Usp*, 25(3), 231-236. <https://doi.org/10.1590/0103-6564D20140004>
- Botega, N. J. (2015). *Crise suicida*. Artmed Editora.

- Calsavara, V. J., & Marques, B. B. (2017). A Reforma Psiquiátrica Brasileira e a Criação dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS). *Brazilian Journal of Forensic Sciences, Medical Law and Bioethics*, 7(1), 80-91. [https://doi.org/10.17063/bjfs7\(1\)y201780](https://doi.org/10.17063/bjfs7(1)y201780)
- Cerqueira, Y. S., & Lima, P. V. D. A. (2015). Suicídio: a prática do psicólogo e os principais fatores de risco e de proteção. *IGT na Rede*, 12(23), 444-458. <https://igt.psc.br/ojs3/index.php/IGTnaRede/article/view/426/563>
- Chiaverini, D. H., Gonçalves, D. A., Ballester, D., Tófoli, L. F., Chazan, L. F., Almeida, N., & Fortes, S. (Org.). (2011). *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. [https://bvsm.sau.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_matriciamento\\_saudemental.pdf](https://bvsm.sau.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf)
- Comitê Permanente de Prevenção do Suicídio. (2021). *Manual de Orientações para o Atendimento à pessoa em risco de suicídio*. Secretaria de Saúde. <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/177964/Manual-de-orientacoes-para-o-atendimento-a-pessoa-em-risco-de-suicidio.pdf>
- Costa, J. P., Jorge, M. S. B., Coutinho, M. P., Costa, E. C., & Holanda, Í. T. A. (2016). A reforma psiquiátrica e seus desdobramentos: representações sociais dos profissionais e usuários da atenção psicossocial. *Psicologia e Saber Social*, 5(1), 35-45. <https://doi.org/10.12957/psi.saber.soc.2016.15855>
- Daltro, M. R., & Faria, A. A. (2019). Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade. *Estudos e pesquisas em psicologia*, 19(1), 223-237. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812019000100013](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812019000100013)
- Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. (2011). Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Casa Civil. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm)
- D'Oliveira, C. F., & Botega, N. J. (Org.). (2006). *Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Ministério da Saúde. [https://cvv.org.br/wp-content/uploads/2023/08/manual\\_prevencao\\_suicidio\\_profissionais\\_saude.pdf](https://cvv.org.br/wp-content/uploads/2023/08/manual_prevencao_suicidio_profissionais_saude.pdf)
- Fernandes, C. J., Lima, A. F. D., Oliveira, P. R. S. D., & Santos, W. S. D. (2020). Índice de Cobertura Assistencial da Rede de Atenção Psicossocial (iRAPS) como ferramenta de análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(4). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00049519>
- Garcia, P. T., & Reis, R. S. (Org.). (2018). *Redes de atenção à saúde: Rede de Atenção Psicossocial RAPS*. EDUFMA.
- Hirdes, A. (2009). A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 297-305. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100036>
- Jesus, C. S., Almeida, G. L., Guissi, E. P., Matoso, G., Santiago, J. D. M., & Gomes, L. G. A. (2018). Suicídio: Uma questão para a Saúde Pública. *TCC-Psicologia*, 18. <https://www.repositoriodigital.univag.com.br/index.php/Psico/article/view/429>
- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Casa Civil. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)
- Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. (2001). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Casa Civil. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)
- Macieli, S. C. (2012). Reforma psiquiátrica no Brasil: algumas reflexões. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 4(8), 73-82. <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68654>
- Moreira, R. M. M., Félix, T. A., Flôr, S. M. C., Oliveira, E. N., & Albuquerque, J. H. M. (2017). Análise epidemiológica dos óbitos por suicídio. *SANARE-Revista de Políticas Públicas*, 16, 29-34. <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1136>
- Müller, S. A., Pereira, G. S., & Zanon, R. B. (2017). Estratégias de prevenção e pós-venção do suicídio: Estudo com profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. *Revista de Psicologia da IMED*, 9(2), 6-23. <https://doi.org/10.18256/2175-5027.2017.v9i2.1686>
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2021). *Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates* [Suicídio em todo o mundo em 2019: Estimativas de Saúde Global]. OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>
- Pereira, A. S., Willhelm, A. R., Koller, S. H., & Almeida, R. M. M. D. (2018). Fatores de risco e proteção para tentativa de suicídio na adultez emergente. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(11), 3767-3777. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.29112016>
- Pinto, D. M., Jorge, M. S. B., Pinto, A. G. A., Vasconcelos, M. G. F., Cavalcante, C. M., Flores, A. Z. T., & Andrade, A. S. D. (2011). Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 20(3), 493-502. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000300010>

- Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011. (2011). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)
- Porto, D. M., Delzivo, C. R., & Queiroz, L. A. (2019). *Prevenção ao suicídio*. Universidade Federal de Santa Catarina. [https://unasus-cp.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/190166/mod\\_resource/content/12/prevencao/files/livro.pdf](https://unasus-cp.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/190166/mod_resource/content/12/prevencao/files/livro.pdf)
- Sampaio, M. L., & Bispo Júnior, J. P. (2021). Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(3). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00042620>
- Tanaka, O. Y., & Ribeiro, E. L. (2009). Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 477-486. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000200016>