

Informe de experiencia



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

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

Julia Oliveira Bernabé¹

Camila Mariani Silva²

¹Autora correspondiente. Universidade Vila Velha (Vila Velha). Espírito Santo, Brasil. julia_bernabe@hotmail.com

²Universidade Vila Velha (Vila Velha). Espírito Santo, Brasil.

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 Psicosocial 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.

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.

Introducción

El significado de la palabra suicidio se conoce desde el siglo XVII, con una definición e idea central relacionada con el acto de poner fin a la propia vida (Botega, 2015). Sin embargo, este concepto no abarca la complejidad de este fenómeno humano, que representa un importante problema de salud pública.

Sólo a finales de la década de 1960 se produjo un cambio en la visión del tema, que movilizó a diferentes organismos internacionales para proponer medidas de prevención y promover la investigación. Al mismo tiempo, las Naciones Unidas entendieron el suicidio como un fenómeno multifactorial, multideterminado y complejo que puede prevenirse (Botega, 2015).

Una de las medidas adoptadas fue la elaboración y difusión de documentos periódicos con estadísticas sobre el creciente número de suicidios por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El último informe publicado presentó una mayor incidencia entre la población masculina (12,6 por 100.000 habitantes) en comparación con el grupo femenino (5,4 por 100.000) (Botega, 2015; OMS, 2021).

Otro factor importante analizado es la influencia del contexto socioeconómico del país cuando se correlaciona con el género. Las tasas de suicidio son más altas entre los hombres de los países más ricos (16,5 por 100.000), mientras que entre las mujeres este índice se destaca en los países de ingresos medios y bajos (7,1 por 100.000) (OMS, 2021).

El resultado del suicidio es el fin de una vida de sufrimiento y dolor, donde a partir de una situación, con una acción de desesperanza o "locura", uno busca poner fin a su angustia. Existe cierta dificultad para comprender y detectar los signos previos, que son: depresión; pedidos de ayuda que pueden o no ser explícitos, o cuando surge la ideación de morir (Jesus et al., 2018). Gran parte de la población sabe poco sobre cómo reconocer este tipo de comportamiento, y el resultado es la dificultad de actuar para prevenir, identificar y comprender a estas personas en riesgo (Cerqueira & Lima, 2015).

En nuestra sociedad, a menudo hay situaciones que se interponen en la comprensión del sufrimiento psicológico, lo que puede llevar al suicidio. Desde un punto de vista histórico, muchas religiones han condenado el acto del suicidio, debido a su gran influencia y poder - especialmente en países como Brasil, donde la mayoría de la población se considera cristiana. Es importante señalar que la religiosidad puede ser una red de apoyo social muy eficaz para ayudar a prevenir el suicidio, pero lleva consigo fuerzas coercitivas que influyen en el comportamiento que puede aumentar el estigma, creando prejuicios sobre el tema (Botega, 2015).

Los mitos sobre el suicidio también afectan a su comprensión; existen falsas ilusiones e ideas precipitadas sobre el individuo que expresa una intención suicida. Son concepciones impregnadas por el discurso del sentido común, que acaban amplificando creencias erróneas sobre el suicidio. El discurso más común predica que tratar el tema del suicidio puede animar al individuo a suicidarse, cuando en realidad ocurre todo lo contrario. Preguntar y hablar abiertamente sobre el tema, de forma empática y sin juzgar, aumenta la posibilidad de prevención y puede traer alivio a la persona, para que comience a reconocer su estado emocional y tenga el potencial de buscar estrategias

y soluciones ([Comitê Permanente de Prevenção do Suicídio](#), 2021; [Porto](#), Delzivo & Abreu, 2019).

Otro punto de conversación muy común se basa en la idea de que hablar de ideación suicida es una forma de "llamar la atención" - esto es falso, todas las precauciones son necesarias cuando una persona habla de su ideación, y debe ser escuchada ([Comitê Permanente de Prevenção do Suicídio](#), 2021; [Porto](#), Delzivo & Abreu, 2019).

Además, [Berenchtein](#) (2013) menciona que la muerte en sí ya es considerada tabú, la gente no quiere discutir ni oír hablar de eso. De este modo, la muerte voluntaria remite a un tabu mucho mayor. Otro punto que el autor trae a la discusión es el mantenimiento de la vida, donde se hace todo lo posible para mantener a las personas con vida, en consecuencia el suicidio termina yendo en contra de la ciencia.

Como resultado, no hay espacio para la discusión de este tema en la sociedad, que trata de mantenerlo fuera de sus ojos. En este sentido, cualquiera que intente o consiga quitarse la vida es considerado un loco, por lo que se buscan innumerables justificaciones para este fenómeno, junto con juicios morales y de valor ([Berenchtein](#), 2013; [Jesus](#) et al., 2018).

Por esta razón, analizar e identificar los factores que permean el suicidio se convierte en una acción importante, ya que posibilita la comprensión y la discusión del tema, lo que permite la creación de estrategias de tratamiento adecuadas. Este punto puede aplicarse a la atención en red, con el fin de crear un proyecto que acompañe no sólo el sufrimiento intenso, sino también todo su contexto, teniendo en cuenta al individuo y su entorno social.

Teniendo en cuenta que una tentativa de suicidio previa es un factor de riesgo para una nueva tentativa, y que uno de los principales factores de protección está ligado al establecimiento continuo de vínculos y apoyo por parte de los servicios de salud mental, el objetivo de este trabajo es discutir los procesos de atención y acogida de personas que padecen una enfermedad mental por tentativa de suicidio, desde la perspectiva de una estudiante en prácticas de psicología en un Centro de Atención Psicossocial Infantojuvenil - CAPJS ij (Centro de Atención Psicossocial Infanto-Juvenil).

Método

Este trabajo es un relato de experiencia de una pasantía específica en el Centro de Atención Psicossocial al Niño y al Adolescente de Vitória. [Daltro](#) y [Faria](#) (2019) señalan que esta metodología es una apertura para el análisis crítico de la experiencia de una persona, siendo un participante activo en la construcción de una combinación de experiencias y basado en el conocimiento teórico.

La pasantía tuvo lugar durante el último curso de la carrera de Psicología, de mayo a noviembre de 2021; la pasantía ocurría de dos a tres veces por semana, con una duración de cuatro horas cada día. El trabajo del becario en el servicio fue supervisado por dos personas: el supervisor de la asignatura ofertada - denominada Prácticas Específicas - y el preceptor de campo, ambos psicólogos.

El objetivo de la pasantía era permitir al estudiante en formación conocer cómo trabaja un profesional de la psicología, conocer las posibles actividades a realizar por este profesional, así como proporcionarle la oportunidad de aplicación de los conocimientos adquiridos hasta el momento. Todas las actividades realizadas se registraron posteriormente en un diario de campo perteneciente a la estudiante en prácticas.

El CAPSij de Vitória dispone de un espacio físico en una antigua residencia, que a primera vista alberga la recepción; una sala de reuniones con ordenadores, donde se actualizan los historiales médicos y se discuten los casos; una cocina y despensa; el despacho del director; y cinco salas de atención. También hay una zona al aire libre con mesas utilizadas para diversas tareas y una piscina que los usuarios utilizan para actividades recreativas. El equipo de salud mental está formado por: psicólogos, un psiquiatra, un trabajador social, enfermeras, un terapeuta ocupacional, así como servicios generales de administración y limpieza.

El papel del pasante estuvo marcado por: intervenciones en grupos, donde, junto con el supervisor, se idearon estrategias para cada espacio; seguimiento de las sesiones individuales, donde se realizó un estudio de caso después de cada servicio; participación en reuniones institucionales; visitas a otros entornos que forman parte de la Red de Atención Psicossocial; y acceso a

las historias clínicas, donde se analizó el progreso de cada usuario del CAPSij.

Para fundamentar científicamente esta experiencia en el ámbito institucional, se realizó una revisión bibliográfica a partir de artículos científicos seleccionados de bases de datos como Google Scholar y Scielo. Se utilizaron palabras clave para encontrar los artículos, de acuerdo con los descriptores de salud (Mesh/BVS-Psi Brasil): "suicidio", "salud mental", "sistema único de salud" y "reforma psiquiátrica". También se utilizaron libros físicos y digitales, folletos institucionales, leyes y decretos federales.

Resultados y debate

Comprender el suicidio

Según la Organización Mundial de la Salud, cerca de 800.000 personas mueren cada año por suicidio. En Brasil, el suicidio es la segunda causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años, y una media de 13.000 personas mueren cada año, con una muerte cada 45 segundos, o alrededor de 32 por día ([Comitê Permanente de Prevenção do Suicídio](#), 2021).

El Ministerio de Salud proporciona referencias sobre la mortalidad por suicidio, con el apoyo del Sistema de Información sobre Mortalidad, pero estas cifras suelen estar subestimadas. Según el Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (Instituto Brasileño de Geografía e Estadística), hay un subregistro de muertes en las oficinas de registro en comparación con las proyecciones demográficas y de muertes por suicidio en los hospitales, en alrededor del 13,7% de los casos hay subregistro. Además, otras causas de muerte registradas, como accidentes automovilísticos, ahogamiento, envenenamiento accidental y «muerte por causa indeterminada», son factores que pueden encubrir los registros de suicidio ([Botega](#), 2014).

Un punto que puede ayudar a identificar los actos y/o tentativas suicidas es la notificación obligatoria e inmediata. La identificación de los medios más comunes utilizados para el suicidio autoinfligido puede ayudar al sistema de vigilancia a detectar qué medios se eligen de acuerdo con el contexto social,

histórico y cultural, y así determinar la disponibilidad de este método ([Moreira](#) et al., 2017).

Durante mis prácticas en el CAPSij de Vitória, hubo varias remisiones de casos de intento de suicidio, por lo que el contacto con los formularios de notificación fue recurrente. Con el contenido de los formularios, fue posible crear tablas que permitían una mejor visualización de los datos, con el objetivo de ayudar al trabajo del equipo y encontrar similitudes entre los casos de la zona. Los puntos relevantes eran: nombre; edad; medio utilizado para la autoagresión; y si eran controlados por la Unidad de Salud y/o CAPS.

Como explican [Moreira](#) et al. (2017), el reconocimiento de los medios, la tentativa y el acto en sí son datos de notificación obligatoria y deben ser informados constantemente a la vigilancia sanitaria como forma de promover acciones preventivas para las poblaciones de mayor riesgo, así como intervenciones que reduzcan la posibilidad de una nueva tentativa. Los datos ayudan a determinar patrones comunitarios en cada región, revelando aspectos epidemiológicos y culturales fundamentales para un mejor proyecto de construcción de políticas públicas en salud mental, adecuadas a cada territorio, con vistas a acciones integrales de prevención e intervención.

Para comprender un poco la complejidad del origen del acto suicida, es necesario considerar que está marcada por la interacción de numerosos factores que pueden considerarse causantes de enfermedad y que aumentan la vulnerabilidad del individuo, los cuales se denominan factores de riesgo.

Los factores de riesgo están relacionados con la exposición de las personas a circunstancias específicas, de manera que estos individuos se vuelven más vulnerables al suicidio. El origen de los factores es variable: pueden ser genéticos, personales y familiares, culturales y socioeconómicos ([Botega](#), 2015).

Los principales factores de riesgo están relacionados con algún tipo de trastorno mental o intento de suicidio previo. Los trastornos más comunes son: depresión, ansiedad y trastornos de personalidad, y trastornos mentales derivados del abuso/dependencia de alcohol y otras drogas ([Botega](#), 2015; [Cerqueira](#) & Lima, 2015). Otros puntos están vinculados a factores sociodemográficos - género masculino, grupo de

edad de 15 a 35 años y mayores de 75 años, personas en aislamiento social, desempleados y que viven en zonas urbanas (D'Oliveira & Botega, 2006). Además de factores psicosociales como abuso físico o sexual, inestabilidad familiar, desesperanza, impotencia y rasgos de personalidad impulsiva (Botega, 2015).

Fue posible analizar bien estos datos durante nuestro contacto con los formularios, y la gran mayoría de los intentos, en el caso del CAPSij, son realizados por adolescentes social y emocionalmente vulnerables, por lo que el intento de suicidio está vinculado a diversas cuestiones que causan sufrimiento al individuo. Cabe destacar que un análisis aislado de un hecho reciente no abarca toda la complejidad del conjunto de factores que provocan un suicidio, es decir, un intento de suicidio es multideterminado (Botega, 2015).

En el otro extremo se encuentran los factores de protección, que ayudan positivamente a reducir los intentos de suicidio al mitigar los riesgos, ayudar a las personas a afrontar mejor los factores estresantes y dar lugar a resultados positivos (Pereira et al., 2018).

Los principales factores de protección mencionados por Botega (2015) están relacionados con un buen apoyo familiar, con relaciones sanas entre familiares y una sólida red de apoyo y protección. Los factores socioculturales también pueden ser de gran ayuda cuando existen prácticas colectivas entre amigos, ya que proporcionan apoyo práctico y emocional, así como la disponibilidad de servicios de salud mental. Otro punto que trata el autor es la personalidad y el estilo cognitivo; el factor de protección estaría relacionado con la flexibilidad cognitiva, con la voluntad de buscar ayuda y la capacidad de hacer una buena evaluación de la realidad.

Los CAPS son, pues, un importante factor de protección para las personas en situación de riesgo. La práctica realizada durante la pasantía está permeada por la creación de vínculos y participación colectiva, que puede ser con otros usuarios del servicio o incluso con los profesionales, así como del apoyo y la protección de los servicios comunitarios que pretenden cuidar y acoger a estas personas.

Hay que subrayar que ningún factor de riesgo o de protección puede definir o prevenir un acontecimiento

suicida, pero su conocimiento puede ayudar en la práctica profesional y ayudar a los familiares y allegados a identificar las características que pueden ser relevantes durante una posible ideación suicida.

La ruptura de un paradigma

En Brasil, a finales de la década de 1970, la actual política de salud mental comenzó a ser cuestionada por los trabajadores, impulsada por la lucha por la redemocratización y la Reforma Sanitaria - que dio origen al Sistema Único de Saúde - SUS (Sistema Único de Salud). Con el objetivo de superar el modelo asilar existente, activistas del movimiento antiasilo ocuparon cargos en los sistemas estatales, iniciando el proceso de Reforma Psiquiátrica (Fernandes et al., 2020).

El objetivo del modelo asilar era la disciplina y el orden social, utilizando la exclusión social como medio para lograr la normalización de estos cuerpos. El aislamiento de los enfermos mentales se justificaba por su protección frente a la sociedad, por lo que se les mantenía alejados de sus familias y de la interacción social general (Maciel, 2012).

Para formalizar la principal demanda de una sociedad sin manicomios, se creó la Ley nº 10.216/2001 (2001), que prevé la extinción progresiva de los manicomios, así como la sustitución de los mismos, fortaleciendo así nuevos tipos de atención dirigidos a la atención psicosocial (Maciel, 2012).

La Lei nº 10.216/01 (2001) se basa en el derecho y la protección de las personas que han sido diagnosticadas con trastornos mentales, con el fin de reorientar el modelo de atención de salud mental en el tratamiento de estos casos. Otros puntos que se abordan permean la lógica del derecho a la no discriminación y el acceso al mejor tratamiento de salud con humanidad y respeto.

El modelo psicosocial se diferencia del modelo asilar en el cuidado y asistencia en salud mental, para que el sujeto construya y mantenga sus vínculos sociales y se incluya activamente en la sociedad. Antes de este modelo, la atención se dirigía a los asilos, que se basaban en la lógica de la hospitalización de larga duración en instituciones cerradas, excluyendo socialmente a las personas de la civilización (Fernandes et al., 2020).

Este cambio en el modo de atención es una ruptura con el paradigma que considera la locura como incapacidad. Es importante destacar que estos cambios no se hacen sólo a través de leyes o decretos - se trata de deconstruir una forma de pensar que acepta naturalmente el cuidado de las personas que sufren de enfermedades mentales de forma aislada (Maciel, 2012).

Amarante (2007) menciona que esta deconstrucción está vinculada al lugar social de la locura, para restablecer una relación horizontal con los individuos que sufren, reorganizando el modelo de atención. Con el objetivo de lograr prácticas y concepciones sociales democráticas, propiciando espacios de participación social en la convivencia colectiva orientada a la atención integral y el acceso a las políticas públicas como un derecho.

Durante la pasantía en el CAPSij, pude comprobar que un lugar que sólo se conocía a través de libros, textos y teorías, en realidad, la atención en el CAPS permite romper con visiones estigmatizadas, junto con una atención sanitaria basada en la humanización y la creación de vínculos. La humanización se logra a través de una práctica y un servicio que permite la singularidad del sujeto que sufre y tiene en cuenta su territorio, su contexto social, sus quejas y otros aspectos que contribuyen a que el usuario del servicio sea visto con individualidad.

En este punto, es importante destacar el desarrollo del Proyecto Terapéutico Singular (PTS), una herramienta necesaria en el proceso de humanización. El PTS, según Pinto et al. (2011), es un recurso creado a partir de las necesidades de cada usuario - sin excluir su opinión, su proyecto de vida y sus demandas. Junto con el usuario y su familia, especialmente cuando se trata de la atención a niños y adolescentes en el CAPSij, el profesional de referencia busca diversas opciones para que se pueda crear el proyecto terapéutico que corresponda a la realidad de sus necesidades. En la práctica, el PTS puede incluir reuniones con otros técnicos del servicio, la participación en grupos o actividades fuera del servicio y la ocupación de espacios comunitarios.

La creación del PTS en el CAPSij de Vitória se producía con el profesional -normalmente el referente del caso - y el propio usuario del servicio. Este momento era un espacio para que los niños y adolescentes expresaran sus deseos y necesidades, y ellos eran los responsables de controlar su tratamiento allí.

Como tal, el modelo de cuidado, a través de los dispositivos que ofrece, se convierte en un lugar de recuperación de la autonomía, mediante la producción de subjetividad y sociabilidad, que posibilita su protagonismo y asegura sus derechos en el ámbito político y social. De esta manera, estos espacios son vistos como estrategias de acogida, cuidado e intercambio social (Amarante & Torre, 2018).

La participación social y la creación de vínculos son puntos clave cuando se trata de una atención que difiere del modelo de asilo. Los grupos terapéuticos, que se llevan a cabo en servicios como CAPSij, que proporcionó la experiencia de prácticas, son de gran importancia, ya que son uno de los principales puntos para los factores de protección en los casos en los que existe riesgo de suicidio.

Dentro de estos grupos hay intercambios de experiencias y sentimientos, que promueven un espacio de cuidado y pertenencia compartida - visto como un lugar de inserción social y ayuda mutua entre ellos, estableciendo así vínculos entre ellos. Como afirman Calsavara & Marques (2017), este método terapéutico utilizado en los CAPS es una terapia comunitaria que va más allá de la reducción de los síntomas, y logra alcanzar y abarcar el sentido de unidad en la creación de estas relaciones.

Como practicante, pude mediar en los encuentros y promover dinámicas y talleres donde los niños y adolescentes pudieran expresarse. Este ambiente era visto como un lugar para dar protagonismo a las experiencias buscadas por estos usuarios. Así, era muy común que los usuarios de los servicios sugirieran lo que se propondría para las próximas reuniones. Mi papel allí, junto con el psicólogo preceptor, era dar voz al grupo y buscar un consenso, entendiendo lo que cada grupo buscaba en los momentos de socialización, para que fuera terapéutico para todos.

Además, Amarante y Torre (2018) mencionan que más que los síntomas y la reparación del daño, es decir, centrarse en la enfermedad, la atención psicosocial proporcionada por el proceso de Reforma Psiquiátrica fomenta la producción de salud y vida. Esta construcción de vida está vinculada a la inserción de la locura en la ciudad, con el proceso de creación de estructuras y políticas de superación del asilo, alcanzando así otra esfera, la del combate al prejuicio y a la exclusión social.

Por lo tanto, es a través de los servicios de salud mental ofrecidos que se garantizará el derecho a la ciudadanía, la reintegración socio-cultural con un enfoque en el individuo y su potencial. Al construir estructuras que sustituyan la lógica asilar, es posible crear proyectos de vida que tengan en cuenta a un sujeto con autonomía y libertad (Costa et al., 2016; Hirdes, 2009).

Asistencia en red

A partir de la demanda de reestructuración del modelo de atención a la salud mental y apoyada en los principios del SUS - como la descentralización de la política de salud y la lucha por la equidad y la justicia social orientada a la democratización y la participación social - la Rede de Atenção Psicossocial - RAPS (Red de Atención Psicosocial) se configura como una política de salud con el objetivo de preservar la libertad, el ejercicio de la ciudadanía y la autonomía de las personas con dolor (Sampaio & Bispo, 2021).

Con este objetivo, se elaboró la Portaria nº 3.088 (2011), de 23 de diciembre de 2011, por la que se crea el RAPS en el SUS para personas con sufrimiento o trastornos mentales y con necesidades derivadas del consumo de alcohol y otras drogas.

Un punto importante sobre la forma de hacer asistencia sanitaria en el RAPS es la oposición al modelo asilar, para construir una asistencia basada en la comunidad, fomentando la libre circulación de las personas en el entorno social y en los servicios de salud. La implantación de esta atención se presenta como una forma de superar el modelo hospitalocéntrico en la Atención a la Salud Mental y en el Sistema Único de Salud en su conjunto. Como tal, la organización de servicios propuesta en la RAPS tiene lugar a través de la articulación de varios niveles de atención en el SUS, con responsabilidad compartida por el equipo multi e interdisciplinario de cada servicio (García & Reis, 2018).

Para comprender un poco más los preceptos sanitarios de la RAPS, se hace hincapié en la promulgación del Decreto nº 7.508/11 (2011), que reglamenta la Ley nº 8.080/90 (1990) para organizar el SUS a través de su planificación, y con esto dos aspectos son importantes: las Regiones Sanitarias - espacio geográfico donde se agrupan los municipios,

delimitados a partir de identidades socioculturales y económicas, para organizar la planificación y ejecución de acciones y servicios de salud - y la Red Asistencial de Salud - conjunto de acciones y servicios de salud que se articulan en niveles de complejidad creciente.

Con esto, la RAPS tiene como objetivo ampliar el acceso de la población a la atención psicosocial, basada en servicios de atención en red, articulados e integrados, considerando el cuidado a través de la recepción y el seguimiento continuo y la atención de emergencia (García & Reis, 2018). Se divide en diferentes componentes con diferentes puntos de atención, organizados de tal manera que se diferencie la complejidad y el enfoque de cada tipo de atención.

La principal puerta de entrada es la Atención Primaria, algunos de cuyos puntos de atención son las Unidades Básicas de Saúde - UBS (Unidades Básicas de Salud) y el Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF (Centro de Apoyo a la Salud de la Familia). Las acciones de la Atención Primaria comprenden la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, por lo que debe haber una búsqueda de atención continuada a las familias que pertenecen a ese territorio, con el fin de abordar los problemas de salud de forma consensuada con la comunidad (Tanaka & Ribeiro, 2009).

Otro componente es la Atención Psicosocial Estratégica, que incluye los diferentes tipos de Centros de Atención Psicosocial (CAPS). Estos difieren en cuanto al número de personas por municipio y si funcionan en horario comercial (CAPS I y II) o las 24 horas del día con recepción nocturna y apoyo clínico (CAPS III), así como CAPSad - atención a personas que sufren de crack, consumo de alcohol y otras drogas, y CAPSij - atención a niños y adolescentes (García & Reis, 2018).

Los CAPS son centros de referencia para situaciones más graves en las que se necesitan mayores cuidados, como los casos que los equipos de atención primaria no pueden tratar por sí solos por ser más complejos. Así, el público objetivo son pacientes con trastornos mentales graves y persistentes que necesitan cuidados intensivos, y también es un lugar que acoge a pacientes que han abandonado la hospitalización psiquiátrica, con el objetivo de reintegrarlos en la sociedad (García & Reis, 2018).

Aunque la atención centralizada de la persona en sufrimiento grave esté en el CAPS, la atención y la actuación en la red son esenciales para una atención articulada y completa, con vistas a la comunicación y al refuerzo de los diferentes puntos de atención de la RAPS.

El trabajo en red hace posible que las situaciones más complejas sean atendidas por diferentes centros, y que la responsabilidad no se transfiera simplemente de un sector a otro, como cuando hay necesidad de hospitalización - hay que señalar que las derivaciones para hospitalización en una crisis suicida por parte de los CAPS, tal como indica la Ley [10.216/01](#) (2001), son siempre la última solución que se debe buscar. La atención en crisis es proporcionada por los CAPS, y la hospitalización se considera el último recurso, cuando se han intentado diferentes estrategias de atención, incluso para niños y adolescentes. La hospitalización aún tiene resabios de manicomio, por lo que no es un lugar adecuado para un cuidado que busque la autonomía y la inclusión social.

El contacto con otros puntos de atención es fundamental, especialmente la atención primaria en el territorio del usuario, teniendo en cuenta que la unidad de salud tiene el vínculo y el acceso a la información sobre el contexto que puede ayudar en la atención. El objetivo principal de la comunicación entre los sectores de la red es crear estrategias para una red de atención y vigilancia integral, donde los diferentes profesionales puedan compartir sus prácticas con el objetivo de ayudar a gestionar a las personas en riesgo ([Müller](#), Pereira & Zanon, 2017).

Durante mis prácticas, el contacto con los diferentes puntos de atención se realizaba por teléfono o mensaje en la red electrónica - con acceso restringido a los profesionales que integran la red de atención sanitaria del Ayuntamiento de Vitória, conocida como Rede Bem Estar (Red Bien Estar). Es a través de esta red que los profesionales sanitarios acceden a las historias clínicas y a la información de los usuarios de la RAPS, así como a los mensajes compartidos por los diferentes sectores del departamento de salud.

Otro espacio de articulación de la red son las reuniones matriciales de apoyo, donde se discuten casos más

complejos y se evalúan conjuntamente los diferentes puntos de la red que pueden contribuir a la atención del sujeto. La literatura señala que este tipo de trabajo es una metodología de gestión del trabajo que amplía la atención a través del diálogo entre las diferentes especialidades en un proceso de construcción de cuidados compartidos ([Chiaverini](#) et al., 2011).

Además, teniendo en cuenta las especificidades del público objetivo del CAPSij, en el que se atiende a niños y adolescentes, es necesario buscar información sobre el entorno escolar en el que están matriculados los sujetos, con la esperanza de que estos datos contribuyan a una mejor comprensión del contexto y, por lo tanto, a mejorar la atención a esa persona.

Esta forma de hacer asistencia sanitaria, con diferentes categorías profesionales compartiendo diferentes equipos, ayuda a desmitificar la idea de que el psicólogo es el único profesional capaz de atender a una persona que se encuentra en una crisis suicida. [Müller](#) et al. (2017) señalan que el trabajo interdisciplinar ayuda a tener una visión más amplia de la mejor manera de gestionar los casos de riesgo suicida.

En el CAPSij de Vitória, se observó que la contribución a las diferentes categorías profesionales que trabajan allí es el intercambio de conocimientos a través de mesas redondas sobre temas importantes en su práctica. Este objetivo se logra a través de otros medios, como cursos, mesas redondas y reuniones de equipo sobre el tema; como señalan los autores mencionados ([Müller](#) et al., 2017), escuchar y discutir el tema ayuda a desmitificar mitos que estigmatizan nuestra práctica, creando así un espacio capaz de producir estrategias para el seguimiento de estas personas con respeto y sensibilidad.

Consideraciones finales

Las discusiones de este estudio, junto con los relatos de la experiencia adquirida durante las Prácticas Específicas en Psicología en el CAPSij, trataron de la atención prestada a las personas en riesgo de suicidio en la Red de Atención Psicosocial, más precisamente a través del trabajo ofrecido por el servicio.

La ideación suicida, la tentativa de suicidio y el suicidio siguen marcados por innumerables estigmas que pueden dificultar la búsqueda de ayuda cualificada, por lo que los debates y estudios sobre el tema son de gran valor para comprender cómo debe producirse esta atención, así como para reflexionar y construir estrategias eficaces para acoger a las personas con dolor, aportando una nueva mirada sobre la autonomía, la singularidad y el protagonismo de estas personas.

Como pude observar durante mis prácticas en el CAPSij, la atención a las personas que sufren un intento de suicidio se basa en la intersectorialidad. Pude darme cuenta de que cuando las personas ingresaban en el CAPS debido a un intento de suicidio, la mayoría de las veces procedían de camas de hospital, por lo que es importante hablar del caso y de la situación en apoyo de la matriz con la unidad sanitaria local para ampliar nuestro conocimiento de su contexto, su familia y sus vínculos sociales.

Otras herramientas importantes en el CAPS son la acogida, la atención integral y la creación de vínculos, y esto se consigue a través de la atención diaria que ofrece el servicio, que es una forma de mantener a la persona, en crisis o no, en la atención diaria dentro de la institución con una escucha cualificada y sin juzgarla. Se observó que la atención diaria puede ser a menudo eficaz, para que el usuario pueda entrar en contacto con diferentes profesionales en ese espacio, ayudando a construir un vínculo. Con los adolescentes, estos grupos son muy eficaces en el CAPSij, para que creen amistades y busquen el servicio con un nuevo sentido.

Con esto en mente, la Red de Atención Psicosocial parte del principio de que la atención debe basarse en la equidad social, con miras a que el cuidado sea un derecho adquirido del sujeto a través de políticas públicas efectivas que resalten su protagonismo, con seguimiento multidisciplinario, sin desatender a su familia y al contexto económico y social en el que está inserto. De esta forma, se diferencia de los asilos, cuya premisa es la asistencia a través de la exclusión social, borrando al sujeto de la sociedad. Aún en este sentido, el CAPS es un espacio de cuidado y asistencia humanizado, no limitante, con el usuario como sujeto de derechos, como un cuidado donde el sufrimiento y las dificultades son acogidos, se forman lazos sociales y afectivos, y se alcanza la libertad.

Agradecimientos

Universidade Vila Velha e Secretaria Municipal de Saúde de Vitória.

Contribuciones de los autores

Bernabé, J. O. participó en la búsqueda bibliográfica, recopiló datos y participó en la redacción completa del trabajo y en la edición de las referencias. Silva, C. M. participó en la corrección, edición y orientación de este trabajo. Todos los autores han revisado y aprobado la versión final y están de acuerdo con su publicación.

Conflictos de intereses

No se ha declarado ningún conflicto financiero, legal o político con terceras partes (gobierno, empresas privadas y fundaciones, etc.) para ningún aspecto del trabajo presentado (incluyendo, pero no limitado a, subvenciones y financiación, participación en consejos asesores, diseño del estudio, preparación del manuscrito, análisis estadístico, etc.).

Indexadores

La Revista *Psicologia, Diversidade e Saúde* es indexada en [DOAJ](#), [EBSCO](#) y [LILACS](#).



Referencias

- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial* [Salud mental y atención psicossocial]. Editora FIOCRUZ.
- Amarante, P., & Torre, E. H. G. (2018). "De vuelta a la ciudad, el sr. ciudadano" - reforma psiquiátrica y participación social: del aislamiento institucional al movimiento antimanicomial. *Revista de Administração Pública*, 52(6), 1090-1107. <https://doi.org/10.1590/0034-761220170130>
- Berenchein, N. (2013). Suicídio: Uma questão de saúde pública e um desafio para Psicologia clínica [El suicidio: un problema de salud pública y un desafío para la psicología clínica]. In: Conselho Federal de Psicologia (CFP). *Suicídio e os desafios para a Psicologia*. CFP.
- Botega, N. J. (2014). La conducta suicida: epidemiología. *Psicologia Usp*, 25(3), 231-236. <https://doi.org/10.1590/0103-6564D20140004>
- Botega, N. J. (2015). *Crise suicida* [Crisis suicida]. Artmed Editora.

- Calsavara, V. J., & Marques, B. B. (2017). A Reforma Psiquiátrica Brasileira e a Criação dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) [La reforma psiquiátrica brasileña y la creación de Centros de Atención Psicosocial (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 [Suicidio: la práctica del psicólogo y los principales factores de riesgo y protección]. *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 prática de matriciamento em saúde mental* [Guía práctica de apoyo matricial de salud mental]. https://bvsmms.saude.gov.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* [Manual de Guías para la Atención a Personas Suicidas]. 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 [La reforma psiquiátrica y sus consecuencias: representaciones sociales de profesionales y usuarios de la atención 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 em la posmodernidad. *Estudos e pesquisas em psicologia*, 19(1), 223-237. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812019000100013
- Decreto nº7.508, 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 [Reglamenta la Ley nº 8.080, de 19 de septiembre de 1990, para disponer la organización del Sistema Único de Salud - SUS, la planificación sanitaria, la atención de la salud y la coordinación interfederativa, y dispone otras medidas]. Casa Civil. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm
- D'Oliveira, C. F., & Botega, N. J. (2006). *Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental* [Prevención del suicidio: manual dirigido a profesionales del equipo de salud mental]. Ministério da Saúde. 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 de la Red de Atención Psicossocial (iRAPs) como herramienta de análisis-crítico de la reforma psiquiátrica brasileña. *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* [Redes de atención en salud: Red de Atención Psicossocial RAPS]. EDUFMA.
- Hirdes, A. (2009). A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão [Reforma psiquiátrica en Brasil: una (re)visión]. *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 [El suicidio: un problema de salud pública]. *TCC-Psicologia*, 18. <https://www.repositoriodigital.univag.com.br/index.php/Psico/article/view/429>
- Lei nº8.080, 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 [Establece las condiciones para la promoción, protección y recuperación de la salud, la organización y funcionamiento de los servicios correspondientes y dispone otras medidas]. Casa Civil. 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 [Prevé la protección y los derechos de las personas con trastornos mentales y reorienta el modelo de atención en salud mental]. Casa Civil. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm
- Macieli, S. C. (2012). Reforma psiquiátrica no Brasil: algumas reflexões [Reforma psiquiátrica en Brasil: algunas reflexiones]. *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 [Análisis epidemiológico de las muertes por suicidio]. *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 pósvenção do suicídio: Estudo com profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial [Estrategias de prevención y posvencción del suicidio: Estudio con profesionales de un Centro de Atención Psicossocial]. *Revista de Psicologia da IMED*, 9(2), 6-23. <https://doi.org/10.18256/2175-5027.2017.v9i2.1686>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). *Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates* [Suicidio en todo el mundo en 2019: estimaciones de salud global]. OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>
- Pereira, A. S., Wilhelm, A. R., Koller, S. H., & Almeida, R. M. M. D. (2018). Fatores de risco e proteção para tentativa de suicídio na adultez emergente [Factores de riesgo y protectores del intento de suicidio en la edad adulta 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). Proyecto terapéutico individual en la producción del cuidado integral: una construcción colectiva. *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) [Establece la Red de Atención Psicossocial a personas con sufrimiento o trastornos mentales y con necesidades derivadas del uso de crack, alcohol y otras drogas, en el ámbito del Sistema Único de Salud (SUS)]. Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- Porto, D. M., Delziovo, C. R., & Queiroz, L. A. (2019). *Prevenção ao suicídio*. Universidade Federal de Santa Catarina [Prevención del suicidio. Universidad Federal de Santa Catarina]. 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). Red de Atención Psicossocial: evaluación de la estructura y del proceso de coordinación del cuidado en salud 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 [Acciones de salud mental en atención primaria: camino hacia la ampliación de la atención integral]. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 477-486. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000200016>