

A rede social na intervenção em crise nas tentativas de suicídio: elos imprescindíveis da atenção

The social network in response to crisis in attempted suicide: essential links of attention

De la red social en respuesta a la crisis en el intento de suicidio: esencial elos de atención

Maria de Nazareth Rodrigues Malcher de O. Silva¹
Ileno Izidio da Costa²

RESUMO

Este artigo faz reflexões acerca da importância da rede social na intervenção em crise de pessoas que tentam suicídio, como um dos aspectos essenciais de suporte na atenção. O papel da rede significativa pode servir como suporte para lidar com o sujeito que sofre e vivencia uma tentativa de suicídio, assim como a rede social de assistência atual da Política Pública do Distrito Federal, Brasília/DF, deveria cumprir uma atenção voltada não apenas para o sintoma e as consequências do ato suicida, mas para o cuidado da pessoa que sofre e de seus sobreviventes. O circuito psiquiátrico que atende estes sujeitos é um caminho obscuro e apenas pontual, com enfoque na prioridade da assistência médica. Este circuito favorece cuidar apenas do ato suicida em si e de seus sintomas associados. E apresenta como consequência esquecer a complexidade dos fatores deste ato e o necessário cuidado dos sobreviventes. Pior

1. Terapeuta Ocupacional, Mestre em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da UnB. E-mail: malchersilva@unb.br.

2. Psicólogo Clínico, Professor Adjunto do Departamento de Psicologia Clínica, Coordenador do GIPSI (Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do tipo Psicótica) do Instituto de Psicologia da UnB. E-mail: ileno@unb.br.

que isso, provoca a psiquiatrização do sujeito que comete um ato suicida, com interações e pouco investimento deste contexto, inserindo-o numa carreira de estigmatização.

Palavras-chave: Intervenção em crise. Rede significativa. Rede social de serviços. Suicídio. Política pública.

ABSTRACT

This article presents some reflection of the importance of social network in crisis intervention of a person who attempts suicide, as one aspect of support in attention. The significant role of the network can serve as support to deal with the individual who suffers and experiences a suicide attempt, and social networking service on the Public Policy of the Federal District, Brasília/DF, should follow a focused attention not only to the symptoms and consequences the act of suicide, but the care of the person suffering and their survivors. The circuit psychiatric serving these subjects is a blind alley, and only ad hoc, focusing on priority medical care. This circuit only helps take care of the suicidal act itself, and its associated symptoms. And as a result has multifactor forget the suicidal act, and care of survivors. Worse, causes psychiatrization to the person who commits an act of suicide and admissions with little investment in this context, turning

him into a career of stigmatization.

Keywords: Crisis intervention. Significant network. Social networking services. Suicide. Public policy.

RESUMEN

Este artículo presenta una reflexión de la importancia de la red social en la intervención en crisis, como un aspecto de apoyo en la atención. El importante papel de la red puede servir como apoyo para hacer frente con la persona que sufre y que experimenta un intento de suicidio, y el servicio de redes sociales en la Política Pública del Distrito Federal debe seguir una atención enfocada no sólo a los síntomas y consecuencias el acto de suicidio, pero el cuidado de la persona que sufre y de sus supervivientes. El circuito psiquiátricos servir a estos temas es un callejón sin salida, y sólo ad hoc, basado en la atención médica prioritaria. Este circuito sólo ayuda a cuidar de los suicidas acto en sí, y sus síntomas asociados. Y como resultado, ha multifactorial olvidar el acto suicida, y el cuidado de los sobrevivientes. Peor aún, causa psiquiatrización a la persona que comete un acto de suicidio y los ingresos con poca inversión en este contexto, convirtiéndola en una carrera de estigmatización.

Palabras clave: Intervención en crisis. Importante red. Servicios de redes sociales. Suicidio. Política pública.

INTRODUÇÃO

O suicídio e as tentativas de suicídio são certamente um problema de saúde pública, pois é uma das dez causas mais freqüente de morte em todas as idades, segundo a Organização

Mundial de Saúde. As estimativas da OMS¹ mostram que para cada suicídio existem pelo menos dez tentativas suficientemente sérias para acompanhamento médico e terapêutico.

O ato suicida ocorre a partir de um processo complexo, necessitando assim de uma abordagem sistêmica. Os estudos de Durkheim² trouxeram para as ciências sociais o suicídio como um processo de uma construção coletiva. Porém, até hoje, a nosografia e a psiquiatria clássicas ainda têm um olhar para o suicídio como fenômeno individualizado.

Segundo a Organização Mundial da Saúde³ a gama de comportamentos suicidas é ampla e crescente, evoluindo de pensamentos suicidas, através de ameaças, até a concretização do desejo, que seria a tentativa de suicídio com êxito. E a cada ano vem ganhando impulsos em termos numéricos, afirmando que os “os registros oficiais sobre tentativa de suicídio são mais escassos e menos confiáveis do que os suicídios. Estima-se que o número de tentativas de suicídios supere o número de suicídios em pelo menos dez vezes” (p. 10-11).

Assim, sob o olhar do pensamento sistêmico, entende-se o comportamento suicida como um fenômeno multideterminado por fatores biológicos, sociais, psicológicos, familiares, culturais e religiosos, o que revela a sua complexidade em termos de estabelecer estratégias adequadas ao contexto.

A partir do pensamento sistêmico, observa-se que uma tentativa ou o suicídio propriamente, afetam não apenas o sujeito que sofre, mas toda sua completude social, incluindo as pessoas próximas, que passam a se apresentar como fator de riscos para o suicídio.

Portanto, compreender o processo de rede significativa como um fator de proteção para a saúde mental e organizar uma rede de serviço, que atenda a pessoa que sofre que é cometido por um desejo ou por um ato suicida, é um dos fatores que favorece uma proximidade complexa para esta problemática.

É preciso dar uma escuta diferenciada na atenção ao sujeito que sofre e que, portanto, deseja ou comete um ato suicida, valorizando o multideterminado processo da ação e atuando, por conseguinte, numa complexidade na atenção, valorizando sua rede social significativa e fortalecendo um circuito psiquiátrico que promova o suporte ao sujeito e sobreviventes.

Os fatores de risco potencializam o ato suicida. Estes fatores são referidos por Prieto & Tavares⁴, como: saúde mental (desordens de humor, como a depressão; ou transtornos psicóticos como esquizofrenia), saúde mental associada ao abuso de substâncias como drogas e/ou álcool, história familiar de suicídio, perda (relacionamentos, saúde, identidade), eventos de muito estresse (pressão social, abuso sexual e ou corporal, instabilidade familiar, mudanças sociais, etc.), acessibilidade a métodos letais como armas de fogo, exposição ao suicídio (familiares ou amigos), problemas legais (prisão) e conflito de identidade sexual.

O fenômeno do suicídio demanda a necessidade de um olhar para a intervenção em crise contextualizada por multifatores de atenção. Um dos fatores na intervenção em crise seria o suporte de uma rede significativa, para que, no momento da intervenção, esta rede possa significar espaços também na atenção.

A intervenção em crise deve ser composta de ações em um momento imediato, portanto, que possa dar contenção aos vários aspectos do auto-extermínio, ou seja, intervenções médicas, psicológicas e sociais. Nesta última, a rede de apoio significativa e a rede de serviço podem - e devem - oferecer uma atenção digna e adequada sob um novo olhar.

O Ministério da Saúde, a partir de estudo epidemiológico, identificou taxas significativas de tentativas de suicídio com os jovens e instituiu, em 2005, uma política denominada Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio, objetivando reduzir tais taxas e cuidar do impacto traumático nos sobreviventes e nos espaços sociais.

Esta política de prevenção ao suicídio ainda não impactou na diminuição destas taxas, talvez por ainda estar em processo de efetivação, ou pela falta de incentivo e vontade política, afirmação esta observada, por exemplo, na construção e regulamentação das diretrizes ainda no Plano Plurianual 2008-2011.

Esses percalços dificultam mudar o foco de atenção para a intervenção em crise, onde os sujeitos são vistos avaliados apenas pelo ato, ou pelo sintoma que apresenta, e são encaminhados para uma atenção especificamente assistencialista. Não se considera que a pessoa que antecede ao ato suicida está em sofrimento, digamos assim, processual. Em geral isola-se em internações clínicas ou psiquiátricas e se dá apenas uma atenção clínica voltada para os sintomas resultantes - ou precedentes - deste ato.

Os serviços de saúde não possuem estratégias de cuidado para lidar com estas situações. E segundo Tavares, Montenegro & Prieto⁵ “até o momento, programas direcionados para atender pessoas em risco de suicídio representam iniciativas isoladas, de poucas pessoas, e sem respaldo institucional que lhe garanta sobrevivência em longo prazo” (p. 231). Um dos serviços refere-se ao do próprio pesquisador acima citado, que coordena e acompanha um programa vinculado a Universidade de Brasília, que se iniciou em 1995, denominado “Programa de Saúde Mental, Intervenção em Crise e Prevenção do Suicídio”, e que objetiva atuar nas três áreas da atenção em saúde e com enfoque acadêmico e científico, hoje especificamente voltado para os alunos da universidade.

As taxas de suicídio no Brasil

Segundo a OMS⁶, o suicídio no Brasil tornou-se um problema de saúde pública, observados pelos dados epidemiológicos representativos em relação ao índice de mortalidade levantados pelo IPEADATA⁷ que detectaram um aumento significativo das taxas de mortalidade por suicídio no Brasil e com elevação de 5 a 10 % no Distrito Federal.

Este estudo evidenciou o suicídio como uma das formas de mortalidade por causas externas. É importante destacar o aumento significativo a cada ano, passando em 2000 de 14,9%, para 15,7% em 2004, com diferenciais de gênero e idade com taxas de 84,4% para as vítimas do sexo masculino e destes, 50 % na faixa etária de 20 a 39 anos.

As maiores taxas crescente em 2004 foram observados nos estados do Rio de Janeiro

(97,8%), Espírito Santo (97,6), Rondônia (93,9) e Mato Grosso (93%).

Os dados estatísticos demonstram uma variação das taxas entre as regiões, justificadas, segundo o estudo, por aspectos econômicos, populacionais e geográficos. É possível que estas diferenças sejam também reforçadas pela contextualização dos aspectos culturais diversificados existentes no Brasil.

Independente de quais fatores predispõe as diferenças territoriais ou o aumento evolutivo nas taxas de suicídio no Brasil, os fatores de risco, os fatores de proteção e a forma de atenção são únicos e necessitam de políticas públicas que possam compor esta complexidade.

A redução nos índices de tentativas de suicídio encontra-se entre os objetivos estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde no documento “Saúde para todos no ano de 2000”⁶. Neste estudo, o Brasil ocupa a nona posição mundial em números absolutos (5.400 por ano) e a septuagésima primeira taxa de suicídio no mundo (3,5 por mil habitantes).

A política pública da Saúde Mental

A política de Saúde Mental na última década passou por grandes modificações quanto à sua conceituação teórica, evoluindo de um modelo centrado na referência hospitalar, para um modelo diversificado, de base territorial comunitária.

A Declaração de Caracas⁸, com empenho de profissionais de saúde mental, legisladores e sociedade geral, evidencia que as condições do hospital psiquiátrico como única modalidade

de assistência impede alcançar objetivos mais amplos, “além de isolar o doente do seu meio, gerando incapacidade social” (p. 50).

Considerando-se, naquele momento, os países membros da Organização Pan-Americana da Saúde e da Organização Mundial de Saúde⁸, que tinham, no ano de 1990 que alcançar a meta de “Saúde para Todos”, até o ano de 2000, concluiu-se que “os programas de saúde mental e psiquiatria devem adaptar-se aos princípios e orientações que fundamentam essas estratégias e os modelos de organizações de assistência à saúde” (p. 52).

A Declaração de Caracas denuncia a necessidade de reestruturação da assistência psiquiátrica que, além de valorizar sua inclusão na atenção primária de saúde, promove modelos alternativos, com a valorização do território, centrados na comunidade e com acesso as redes sociais.

Esta Lei implica nos normativos da atenção a pessoa com transtorno mental, de ser tratada com humanidade, com direitos e garantias, de qualquer forma, a sua doença e tratamento. É veemente o respaldo ao tratamento da pessoa com transtornos mentais, através dos recursos sociais oferecidos pela comunidade. Requer um usuário dos serviços de saúde mental que estejam abertos e reformulando ações conjuntas sociais. No artigo 2º parágrafo IX, isto é claramente afirmado: ”ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental” (p. 17).

Estes serviços têm como objetivo uma clínica do território, estimulando o usuário a se dar conta das variáveis sociais que seu meio promove, utilizando-a com participação

efetiva, favorecendo um harmônico encontro entre saúde mental e inclusão social. É nesse sentido, que se faz necessário que a saúde mental possa estar no cotidiano das ações da atenção primária, com o propósito de estar no cuidado o mais próximo possível do território e do cotidiano do sujeito.

Segundo Mattos⁹, as diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde, instituído pela Constituição de 1988, enfatizam a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade. Portanto, a saúde mental está inclusa, neste sentido, no atendimento globalizado do contexto social e não somente de cunho patológico/orgânico. Por este motivo, ela deve estar em parcerias de rede com a atenção básica.

Este novo paradigma institui os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) como a porta de entrada de atenção à crise, que por sua vez deve estar vinculada a uma rede territorial, como pro exemplo a equipe do Programa Saúde da Família do território do sujeito em sofrimento psíquico. Ao CAPS deverá ser dada a prioridade na atenção à vítima de suicídio com acompanhamento e atenção e encaminhamento ao pronto socorro de crise nos casos de intervenção da crise suicida.

Na política da saúde mental especificamente está a intervenção e prevenção de suicídio, com ações como as “Estratégias Nacionais de prevenção do suicídio”¹⁰ que instituem como serão as ações da atenção do suicídio na atenção da saúde mental.

A Estratégia Nacional de Prevenção de Suicídio foi instituída pelas Portarias 12 n^{os} 1.876, de 14/08/2006, e 2.542, de 22/12/2005,

do Ministério da Saúde, que consideram o fenômeno do suicídio um grave problema de saúde e a necessidade de registro para o estudo epidemiológico. Nestas portarias instituiu-se uma comissão e as diretrizes para prevenção do suicídio articulada com Ministério da Saúde, Secretárias de Saúde Estaduais e Municipais, academia e organizações para fomentar e executar projetos sobre a prevenção do suicídio e a atenção na intervenção de crise, como a citada no artigo 2º parágrafo V que refere “fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio”¹¹.

Porém, estas portarias dependem de um tempo para aplicabilidade e efetivação, além claro, de recursos e vontade política. Por isso, foi encaminhada para o Plano Plurianual 2008-2011 e busca novas parcerias para auxílio de sua instituição. Ela ainda não apresenta o alcance na atenção desta área e nem apresenta algum impacto significativo na diminuição das taxas de suicídio.

Felizmente, em 28 de Maio de 2009, a Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJ) da Câmara dos Deputados aprovou o Projeto de Lei 498/07, que obriga os hospitais da rede pública e privada a informar ao órgão público de saúde - estadual ou municipal - os casos de atendimento a pessoas com diagnóstico de tentativa de suicídio. Esta atitude permitirá levantar dados fidedignos sobre os casos de tentativas de suicídio, e a partir disso, permitir desenvolver estratégias mais adequadas à realidade do serviço e do território.

A intervenção em crise no campo da Psiquiatria e da Saúde Mental

Várias pesquisas estão sendo realizadas ao longo dos últimos 20 anos com o objetivo de levantar informações sobre os fatores comportamentais de risco para a saúde que contribuem para morbidade, mortalidade e problemas sociais entre jovens e adultos. Em todas estas pesquisas são verificados estudos dos fatores de risco e proteção a partir da realidade e relações existenciais do cotidiano social como o trabalho e a escola¹².

A tentativa de suicídio é ocasionada por eventos estressores ao longo da vida de uma pessoa, associado a outros contextos como: indicadores clínicos, transtorno mental e método letal.

Os indicadores clínicos podem ser observados como constância em tentativas de suicídio, o potencial suicida, história de suicídio na família e com amigos próximos, o elevado nível de estresse crônico e a ausência de suporte familiar e social.

A presença de algum transtorno mental também eleva a possibilidade do suicídio. Estes transtornos podem variar desde a dificuldade de controle interno, a intensidade de sentimento de desesperança, freqüentes ideação suicida, até quadros psiquiátricos de depressão, esquizofrenia, transtornos de personalidade e uso e abuso de substâncias químicas. Dados da OMS¹³ mostram que os transtornos mentais estão associados com mais de 90% dos casos de suicídio.

A disponibilidade e acessibilidade de instrumentos de letalidade também estão

associadas ao suicídio. A presença de arma de fogo e o manejo de material tóxico, por exemplo, são instrumentos que possibilitam ao suicídio, sendo que o aumento ao acesso de variados métodos é proporcional ao aumento da possibilidade de tentativas.

Independente da forma, a tentativa de suicídio é fundamentada por processos estressores, mas que são reforçados por uma crise psíquica que afeta sua existência social. E o processo relacional sistêmico de um sujeito será preceptor ou facilitador no acesso a recursos e na possibilidade da tentativa de suicídio.

A intervenção em crise e o tecido fortalecedor da rede de apoio social

A rede significativa representa um emaranhado de pessoas que apresentam vínculos de solidariedade e afetividade, promovendo um tecido fortalecedor social. O movimento relacional de existência cotidiana entre essas pessoas são promotoras de saúde mental.

Berkman e Syme¹⁴ referem que o efeito identificado da rede de apoio social sobre a saúde está na relação entre taxa geral de mortalidade e os índices multidimensionais de laços sociais.

Os laços familiares são oportunas relações de rede social e constituem efeitos efetivos no cuidado no momento de crise. Gomez¹⁵, analisando especificamente a família, considera que sua organização íntima está formada por uma rede de relações, que é preexistente ao sujeito. E que, caso não exista essa rede de relações, a pessoa ficará num

vazio, durante toda a vida, a menos que possa substituí-la de alguma maneira.

Portanto, as pessoas, ao longo da vida, constroem relações para tecer uma rede social significativa. Esta necessidade ocorre para construir elos afetivos ou desconstruir para refazer experiências familiares comprometidas.

Cassorla¹⁶ considera o suicídio como um evento que ocorre como culminância de uma séria de fatores que vão se acumulando na biografia do indivíduo, em que entram em jogo desde “fatores constitucionais até ambientais, culturais, biológicos, psicológicos, etc. O que se chama ‘causa’ é geralmente o elo final dessa cadeia” (p. 149).

Alguns aspectos são alicerces para possibilitar construções para lidar com as questões existenciais. A capacidade de se adaptar às mudanças e acontecimentos ao longo da vida, assim como traços de personalidade, limiar de tolerância e frustração e auto-estima. A “sobrevivência” para a existência nas relações e contextos de vidas é fortalecida proporcionalmente por essa capacidade.

Dentro deste contexto, estamos nos aprofundando na rede de apoio social de que cada indivíduo faz parte. Este ponto contribui de maneira substancial para ampliar o cuidado no momento da intervenção em crise, respeitando a singularidade do sujeito que sofre e ampliando o cuidado também pelas pessoas que fazem parte de seu convívio. Mas também para servir como um eixo de reorganização dos laços afetivos para restabelecimento de fatores de proteção para prevenir novas tentativas de suicídio e promover saúde mental. Em geral, quando existe um sistema estruturado de apoio

social, a probabilidade de ocorrer doença mental é menor e a chance para recuperação, no caso do desenvolvimento de um transtorno, é maior. Epidemiologistas sociais contemporâneos têm reafirmado a doutrina de Durkheim², unindo a ausência de elos sociais com as famílias, com os amigos e com a falta de envolvimento com a comunidade e em organizações religiosas¹⁷.

A relação entre rede de apoio social e saúde foi sugerida, na década de 70, por Cobb²⁰ e, de maneira independente, por Cassel²¹, quando compilaram evidências de que a falta ou a ruptura de apoio social aumentavam a suscetibilidade a doenças.

O termo rede tem sido extensivamente utilizado na atualidade, sendo incluído não somente nas políticas públicas de saúde e de assistência, como também nos movimentos sociais e Organizações não governamentais, tornando-se um paradigma que norteia o pensamento contemporâneo.

Mângia & Muramoto²² conceituam redes sociais como espaços em que as pessoas contam com suporte e apoio emocional, compartilham problemas e tentam encontrar soluções, mas afirma que pode ser: um conjunto de relações, um sistema de apoio, um sistema de modos e elos ou um conjunto de relações sociais entre pessoas. Enfim as redes são ligações que propiciam ao indivíduo as interações da sociedade (p. 152).

Na clínica da intervenção em crise, é importante ressaltar os laços sociais, denominada como a rede social significativa. Nela está incluída todo o conjunto de vínculos interpessoais do sujeito: família, amigos,

relações de trabalho, de estudo, de inserção comunitária e de práticas sociais²³.

Outro aspecto importante é a inter relação dos atores da rede social com o sujeito em sofrimento psíquico. Esta rede, denominada rede de serviços, promove o cuidado no cotidiano de vida e são formados pelos serviços da saúde, intersetoriais, a comunidade, e o próprio movimento político social.

É importante ressaltar o papel da equipe do Programa Saúde da Família, como um tecido mediador e fortalecedor de redes de serviços, promotor de redes significativas para o sujeito. O acompanhamento territorial dos sujeitos, o entendimento de fatores de risco no território, as ações de estímulo as redes de serviço e as ações voltadas ao empoderamento comunitário territorial devem ser ações estratégicas prioritárias na prevenção das tentativas de suicídio.

Um estudo qualitativo realizado pela Universidade Estadual de Campinas, em 2002, com sujeitos que cometeram ato suicida para observar o nível de uso de rede social, concluiu sobre a importância de se considerar que indivíduos que tentam suicídio possuem uma rede de apoio social menor de que o grupo controle utilizado neste estudo, sendo este mais um fator a ser dado atenção no que se refere à prevenção de suicídio²⁴.

Prieto e Tavares⁴, além de referirem em seus trabalhos que a rede de apoio social possa ter um papel protetor dentro do comportamento suicida, dão ênfase à necessidade de serviços fornecidos à sociedade, com o intuito não apenas de acompanhamento psicológico ou psiquiátrico aos pacientes, e sim com a intenção

de informação e instrução aos familiares e cuidadores destes pacientes. Refere que “auto-estima, assertividade, controle de impulsividade, qualidade de rede de suporte, apoio familiar, são alguns exemplos de fatores de proteção” (p. 2).

Como a rede de apoio social pode ser um preditor do ato suicida, pode também ser como um fator de proteção para a saúde mental das pessoas. Demanda-se, então, que estes aspectos sejam mais compreendidos em estudos que visem o tratamento e prevenção do comportamento suicida.

A rede social cumpre um papel subjetivo, que, segundo Saidon²⁵, deve nos fazer pensar em rede como uma estratégia que nos habilite a relacionar as produções sociais e subjetivas que nelas se desdobram, criando uma base de uma teoria da clínica da rede, para intervenção neste campo. Para isso, se faz necessário um encontro com os atores sociais e os de serviço, para constituir um projeto de singularização do sujeito e de ser participativo do cotidiano.

A intervenção em crise na política de Saúde Mental do Distrito Federal

A Política de Saúde Mental, com a Lei 10.216/01, do Ministério da Saúde⁸, que reorganiza os serviços na área, ainda não se efetivou de fato, infelizmente, no Distrito Federal. A mudança no paradigma do cuidado técnico, os serviços substitutivos e o circuito da atenção da saúde são questões conflituosas, carentes e ineficazes nas ações da política pública do Distrito federal.

O Distrito Federal conta hoje com dois hospitais psiquiátricos com 140 leitos no total,

com serviço ambulatorial para atendimento de comorbidade respectivamente, dois Centros de Atenção Psicossociais do Tipo Álcool e Drogas, três Centros de Atenção Psicossociais do tipo II (para transtorno mental tipo atendimento dia sem internação) e dois Centros de Atenção Psicossociais tipo I (especifico ao acompanhamento infantil e de adolescente). Porém, estes serviços estão na maioria em processo de estruturação de recursos humanos, recursos materiais e de organização das ações técnicas. Outra problemática é a dificuldade de atuar respeitando o princípio da territorialidade descrito pelo SUS, pois os serviços existentes não comportam a demanda populacional assistida advinda de áreas geográficas do Distrito federal e do fluxo populacional do entorno de Goiás, Minas Gerais e Bahia.

O serviço de rede de assistência pública do Distrito Federal que possui a finalidade de atender na intervenção em crise são os hospitais gerais, que apresentam o enfoque de cuidar do quadro clínico proveniente do ato suicida e encaminham aos hospitais psiquiátricos que avaliam a necessidade de internação ou a continuidade em atendimento ambulatorial. Em todos estes serviços o enfoque oferecido é prioritariamente médico e medicamentoso com poucas ações psicossociais.

A atenção básica no DF tem lidado com essa temática como se fosse algo fora de seu território de ação, e predominantemente dentro do “enfoque psiquiátrico”. As equipes do programa saúde da família, assim como a atenção básica, não apresentam estratégias de cuidado para ações de prevenção a tentativa de suicídio, como por exemplo, desenvolver fatores de proteção como demandas territoriais para a comunidade. Este fato talvez ocorra pelo

simples fato que a política da atenção básica e implementação do Programa Saúde da Família também ainda não se efetivaram. Como exemplo, temos o PSF com uma cobertura de apenas 6% da população¹⁰.

Nos hospitais psiquiátricos o indivíduo que tenta suicídio é acompanhado em conjunto com outros sujeitos com transtorno mental. O enfoque também é médico e medicamentoso e a clínica psicossocial é sistematicamente descartada. Após sua alta hospitalar, este indivíduo é encaminhado para continuidade do tratamento ambulatorial e encaminhado para atendimento psicológico.

No circuito de atendimento da rede existe uma supervalorização dos sintomas como conseqüência de um ato suicida e um descrédito para com o sujeito que sofre e de suas relações existenciais, de cotidiano de vida, e aos sobreviventes.

O suicídio só é tratado nos serviços de saúde quando ocorre a presença de um indivíduo que tentou o suicídio no serviço. Fora desta situação, o cotidiano dos serviços não desenvolve nenhuma atenção neste contexto, mesmo com números significativos no pronto socorro de crises, de sujeitos em sofrimento psíquico e que desejam ou idealizam dar um fim com a própria vida.

Nos CAPS é oferecido acompanhamento aos sujeitos com sofrimento psíquico grave e que estão com dificuldades no seu contexto de vida. A intervenção na crise suicida não é realizada pelo serviço, mas no acompanhamento pós-crise para prevenção de novas crises suicidas e para o acompanhamento do sujeito. O CAPS deveria ser a porta de entrada do

circuito psiquiátrico para acompanhar o sujeito que sofre acompanhá-lo no momento de uma possível crise suicida e oferecer apoio para reconstrução de suas relações de vida, além de oferecer ajuda aos sobreviventes.

Os CAPS são serviços de referência para casos graves, que necessitem de cuidado mais intensivo e/ou de reinserção psicossocial, que ultrapassem as possibilidades de intervenção da clínica médico assistencial, porém, as equipes que atende neste serviço deveriam receber treinamento sobre prevenção, atenção de intervenção de crise suicida, por tratar de uma clientela com fatores de risco favoráveis para o suicídio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um das causas mais frequentes de morte em todas as idades é o suicídio, que se tornou um problema de saúde pública, em função do seu crescimento principalmente com a população jovem.

É notória a falta de uma rede significativa e de uma rede social de assistência de suporte, em termos sócio-educativos e de saúde, que tenha como ponto de partida ações que caminham na linha de compreensão do sujeito que sofre e que está inserido em um contexto de relações existenciais no seu cotidiano de vida, como um território de intervenção com características sócio-culturais próprias.

Isto significa afirmar que todas as ações devem caminhar num processo de compreensão e integração dos diferentes valores culturais que convergem para a atenção em um momento de crise, e não apenas na sintomatologia e no cuidado apenas médico e assistencial.

Portanto, é de fundamental importância a necessidade de construção de uma rede de cuidadores, de estímulo na abrangência de rede significativa e de uma rede social de serviço que inclua profissionais em todos seus níveis. Dentre estes atores estão: a família, a demanda da comunidade, o cotidiano de atividade, os serviços de saúde (com ênfase nas ações do Programa Saúde da Família), e os serviços intersetoriais. Todos devem ser incluídos como protagonistas em rede, em indicadores possíveis de serem visualizados na conduta suicida.

Estes atores da rede social desenvolvem-se através de vivências relacionais no cotidiano de vida. Cada um destes atores possui a função, no processo do cuidado, de organizar um elenco social que estimule processos de saúde e vida.

Esta proposta de pensar todos os envolvidos numa determinada situação como cuidadores em rede, pode ser utilizada para qualquer evento que afeta o processo saúde-doença das pessoas. Se visualizarmos o trabalho de rede, podemos estar dando as bases para pensar ações de saúde na perspectiva da prevenção, promoção e principalmente da integração das ações de saúde, num caminho contrário da fragmentação das mesmas, modelo presente no sistema assistencialista de saúde.

A rede social é promotora de benefícios incomparáveis ao sujeito que se utiliza dela. Ela apresenta múltiplos níveis de alianças e oferece sentimento de pertencimento. Portanto, se faz importante buscar um novo olhar sobre o sujeito em sofrimento psíquico na intervenção da crise suicida, que não se baseie apenas em seu quadro de adoecimento, suas seqüelas e

suas mazelas social.

Neste sentido, todos os atores da rede social são co-responsáveis pelo cuidado e podem encontrar recursos e criar alianças saudáveis, que noutras circunstâncias, ficariam ocultas e inativas¹.

Melman²⁶, em suas reflexões sobre a relação entre técnicos de saúde, usuários e familiares, refere-se ao conceito de metamorfose como atitude a ser tomada pelos atores sociais neste novo formato de cuidado. Metamorfose para este autor é um dom universal, que possibilita ao homem se transformar em qualquer um, mesmo no mais ínfimo, no mais impotente.

O objetivo cristalino é “fortalecer” os atores envolvidos, para melhor lidar com a situação de suicídio propriamente dita e as tentativas do mesmo, e pensar os problemas de saúde desde uma perspectiva de rede possível. Assim, fica claro para todos da importância de fazer parte de uma “rede de cuidadores”, no sentido tanto da prevenção da conduta suicida através do reconhecimento de seus indicadores, como de distribuição da responsabilidade de cuidado, de uma temática que impacta pelas suas conseqüências.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Multisite intervention study on suicidal behaviors – SUPRE-MISS [internet]. Geneva: WHO; 2002 [citado 2008 Set 27]. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/media/en/254.pdf.
2. Durkheim E. O suicídio: estudo sociológico. Rio de Janeiro: Zahar; 1982.
3. Organização Mundial da Saúde. Prevención de suicidio. Ginebra: OMS; 1968. (Cuadernos de Salud Pública 36).
4. Pietro D, Tavares M. Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídios: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. J Bras. Psiquiatr. 2005;54(2):146-

54.

5. Tavares M, Montenegro B, Prieto D. Modelos de prevenção do suicídio: princípios e estratégias. In: Maluschke G, Bucher-Maluschke J, Hermanns K, editores. *Direitos Humanos e violência: desafios da ciência e da prática*. Fortaleza: Konrad Adenauer; 2004. p. 231-57.

6. Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: WHO; 2001. 173 p.

7. Ipea; Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Ipea: radar social: capítulo saúde [internet]. Brasília: Ipea; 2006 [citado 2010 Jan 29]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/pdf/100128_mapas_ipea_apresentacao.pdf.

8. Ministério da Saúde (Brasil), Secretária Executiva, Secretária de Atenção à Saúde. *Legislação em saúde mental: 1990 – 2004*. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

9. Mattos R. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos R, editores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ; 2001.

10. Ministério da Saúde (Brasil). Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio [internet] [citado 2010 Jan 29]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=25605.

11. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. In: *Diário Oficial da União*. Brasília: DOU; 2006. p. 65.

12. Schimitz M, Torres J, Soares P. Tentativa de suicídio por auto envenenamento: um estudo sobre 684 casos. *Rev ABP-APAL*. 1992;14(2):63-6.

13. Organização Mundial da Saúde. Multisite intervention study on suicidal behaviors – SUPRE-MISS [internet]. WHO: Geneva; 2002 [citado 2010 Jan 29]. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/media/en/254.pdf.

14. Berkman L, Syme S. Social networks, host resistance, and mortality: a nineyear follow-up study of Alameda County residents. *Am J Epidemiol*. 1979;109:186-204.

15. Gómez GB. *La familia: una red de relaciones*. Bogotá: Encuentro Nacional sobre la Familia; 1983.

16. Cassorla RMS. Considerações sobre o suicídio. In: Cassorla RMS. *Do suicídio: estudos brasileiros*. São Paulo: Papyrus; 1991. p. 17- 26.

17. Werlang B, Botega N. *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed; 2004.

18. Feijó R, Raupp A, John A. Eventos estressores de vida e sua relação com tentativas de suicídio em adolescentes. *J Bras Psiquiatr*. 1999;48(4):151–57.

19. Freitas G, Botega N. Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. *Rev Ass Méd Bras*. 2002;48(3):245-9.

20. Cobb S. Social Support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine* 1976;38:300.

21. Cassel J. The contribution of the social environment to host resistance. *Am J Epidemiol*. 1976;104:300-14.

22. Mângia EF, Muramoto M. Redes sociais e a construção de projetos terapêuticos: um estudo em serviços substitutivos em saúde mental. *Rev Ter Ocup Univ de São Paulo*. 2007;18(2):54-62.

23. Sluzki C. *A rede social na prática sistêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.

24. Gaspari V, Botega N. Social support and suicide attempt. *J Bras Psiquiatr*. 2002;51(4):233-40.

25. Saidón O. *Devires da clínica*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008.

26. Melman J. *Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares*. São Paulo: Escrituras; 2001. (Ensaio transversais).