

Integralidade, intersectorialidade e cuidado em saúde: caminhos para se enfrentar o suicídio

Comprehensive care, intersectoral action and healthcare: paths to face suicide (abstract: p. 13)

Integralidad, intersectorialidad y cuidado de salud: caminos para enfrentar el suicidio (resumen: p. 13)

Luciana Almeida Santos^(a)

<lusantospsi16@gmail.com> 

Luciana Kind^(b)

<lukind@gmail.com> 

^(a) Fundação Hospitalar de Minas Gerais, Hospital João XXIII. Alameda Alfredo Balena, 400, Santa Efigênia. Belo Horizonte, MG, Brasil. 30130-100.

^(b) Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil.

O suicídio é um sério problema de saúde pública, causa um elevado custo emocional, social e econômico para o paciente, familiares e serviços de saúde. Este trabalho objetivou realizar uma revisão narrativa da literatura sobre integralidade, intersectorialidade e cuidado em saúde, buscando articular esses termos à prevenção do suicídio e ao tratamento de pessoas com comportamento suicida. Embora esses termos sejam utilizados com consenso nas políticas públicas brasileiras de saúde, há, ainda, uma grande distância entre a teoria e práticas que ainda reforçam um modelo hospitalocêntrico, biologicista, verticalizado e longe de rotinas que garantam a autonomia e construção de vínculos responsáveis entre usuários e trabalhadores e entre diferentes setores. Rever, criticamente, essas ações e espelhar em planos com bons resultados podem ser saídas para a prevenção do suicídio.

Palavras-chave: Suicídio. Integralidade. Intersectorialidade. Cuidado em saúde.

Introdução

O comportamento suicida é entendido como todo ato referente ao desejo de por fim à própria vida, incluindo pensamento, planejamento, tentativa e o suicídio consumado. A partir de 1990, o suicídio foi considerado um problema a ser enfrentado pela saúde pública¹. Esse fenômeno deve ser considerado como complexo e multideterminado, resultado da articulação entre diversos fatores sociais, históricos e individuais. Seu enfrentamento deve, portanto, buscar intervenções abrangentes e dinâmicas. O objetivo deste estudo foi lançar luz à prevenção do suicídio por meio de discussões a respeito da integralidade, da intersectorialidade e do cuidado em saúde.

Segundo a World Health Organization (WHO)², o suicídio é a segunda causa de morte mais frequente entre aqueles com faixa etária entre 15 e 29 anos e estima-se que as tentativas de suicídio sejam de 10 a 20 vezes mais frequentes do que o suicídio consumado. No Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde³, o suicídio é a quarta maior causa de morte na população entre 15 e 29 anos de idade, sendo que entre os homens é a terceira maior causa e entre as mulheres, a oitava; o Brasil registrou aumento da taxa de mortalidade por suicídio por 100 mil habitantes: em 2011 foram 10.490 óbitos e em 2015, 11.736 mortes. Esses dados reforçam a necessidade de se discutir o tema para o desenvolvimento de políticas públicas de prevenção: a meta da Organização Mundial da Saúde² é reduzir 10% dos óbitos por suicídio até 2020, definindo como objetivos para se propor a prevenção do suicídio: identificação de fatores de risco e de fatores protetivos; adequada avaliação e manejo em relação ao paciente com comportamento suicida; educação para população com o enfrentamento de preconceitos; restrição aos meios letais; ações educativas da mídia e apoio às famílias de pessoas em risco suicida.

Foi realizada uma pesquisa qualitativa, com uma revisão narrativa da literatura sobre suicídio, integralidade, intersectorialidade e cuidado em saúde. Como expõe Rother⁴, “os artigos de revisão narrativa são publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o ‘estado da arte’ de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou contextual” (p. s/n). Foi realizada análise crítica de literatura publicada em livros, artigos de revistas impressas e/ou eletrônicas.

Integralidade

O Brasil conta com um Sistema Único de Saúde (SUS) público, instituído pela Constituição Federal de 1988⁵, a qual define a saúde como direito de todos e dever do Estado. Esse sistema foi implementado efetivamente por meio de artigos dispostos na Lei 8.080⁶ e na Lei 8.142⁷. Esse sistema foi efetivado por meio de lutas sociais, com o objetivo de atender toda a população, em todas as necessidades da saúde, sem privilégios e preconceitos, com os princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade, conforme afirmado por Paim et al⁸. A integralidade, princípio estudado nesta pesquisa, assume funções que vão desde a promoção de saúde até a prevenção de agravos. No artigo 198 da Constituição Federal, a integralidade foi definida como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema⁵.

Mattos⁹ discutiu os vários sentidos da integralidade, pensados como críticas à realidade que se apresenta e como possibilidade de acesso mais igualitário e solidário ao

SUS. Primeiramente, esse autor definiu integralidade como uma atitude, uma prática que vislumbra superar a visão fragmentada do sujeito. Depois, caracterizou-a como uma ação organizadora dos serviços assistenciais que se unem aos serviços de saúde pública, sobretudo de prevenção. Por fim, conferiu à integralidade um conjunto de políticas específicas “desenhadas para dar respostas a um determinado problema de saúde, ou aos problemas de saúde que afligem certo grupo populacional”⁹ (p. 62).

Pensando nos moldes de Mattos⁹ sobre a prevenção e o tratamento do comportamento suicida, a integralidade se apresenta como:

- . Intervenção multidisciplinar, com profissionais trabalhando de forma articulada, por exemplo, enxergando para além dos cuidados médicos com a intoxicação medicamentosa do indivíduo atendido no hospital, e com questionamento do significado contextual do acontecido, não limitando o cuidado apenas ao caráter biológico.
- . Uma ação organizadora dos serviços assistenciais que devem se unir aos serviços de saúde pública, integrando cuidados de reabilitação ao sujeito que tentou suicídio e utilizando seus relatos e dados como norteadores para ações na comunidade que visem trabalhar fatores protetivos e de prevenção, com serviços oferecidos de forma longitudinal.
- . Uma política do governo, com a adoção de um plano nacional de prevenção, um conjunto de ações que visem prevenir o suicídio.

Em 2019, o Brasil assumiu um passo importante na articulação da integralidade com o suicídio ao formular a Lei 13.819/2019, que instituiu a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio¹⁰, exemplificada no objetivo do seu terceiro artigo, que traz “a garantia ao acesso à atenção psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico agudo ou crônico, especialmente daquelas com histórico de ideação suicida, automutilações e tentativa de suicídio”.

Pinheiro¹¹, ao discutir a integralidade avaliando os serviços de saúde quanto à oferta e à demanda, dentro de uma realidade local, afirmou que é preciso articular a demanda e a oferta da população e dos serviços, não de forma mercantilista e dicotômica, mas de forma cooperativa e dialógica, a partir de seus atores: usuários, trabalhadores e gestores.

Angerami¹² apresentou programas no Brasil que vêm trabalhando a integralidade, ao abarcar os usuários, os trabalhadores e os gestores: em São Paulo, destacou o Instituto Vita Alere de Prevenção e Posvenção do Suicídio, que acolhe pessoas impactadas pelo suicídio e ajuda na formação de profissionais frente à temática; em Recife, citou o Instituto Pernambucano de Práticas Psicológicas e Educacionais (IPPEP), que atende pessoas com ideação suicida, com grupos de apoio aos sobreviventes do suicídio, apoio aos enlutados e realização de seminários. Observa-se nesses programas um cuidado integral, que, de acordo com Pinheiro¹³, visa superar a cultura médico-centrada, respondendo às necessidades e demandas do sujeito com a garantia de sua liberdade. Merhy¹⁴ postulou que as ações da saúde devem ser centradas no usuário, buscando todas as possibilidades de oferecer-lhe uma terapêutica multidisciplinar que garanta a sua autonomia e a escuta de sua voz, com a integralidade de atenção prestada por toda a rede, envolvendo prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.

Em um estudo qualitativo realizado no hospital regional de Pernambuco¹⁵, pesquisou-se a relação entre percepção de profissionais que atuam no setor de emergência sobre o comportamento suicida e as práticas de cuidado. Os resultados mostraram que os participantes apresentavam falhas na compreensão do suicídio e da rede de saúde mental, o que interferia diretamente nas práticas de acolhimento, encaminhamento e seguimento dos casos. Os autores observaram o quanto os profissionais da emergência ficavam sobrecarregados de serviços, que deveriam chegar à atenção primária, levando a ações de caráter simplesmente biológico, e de forma fragmentada, desconsiderando aspectos psíquicos e sociais e impedindo a concretização da integralidade no cuidado à pessoa que tentou suicídio. Outro estudo realizado por Toro¹⁶ tentou compreender as reações de profissionais de um pronto-socorro frente às pessoas atendidas depois de uma tentativa de suicídio, concluindo que os profissionais não têm preparo adequado e que as ações de cuidado são fragmentadas.

A integralidade assumida na atitude profissional nos programas de assistência e nas políticas de governo deve ser pautada na integração de serviços para além da saúde, de forma a garantir o cuidado do sujeito com ações intersectoriais que envolvam não só ações de cuidados aos usuários, mas também ações macro, como intervenções sociais, políticas e econômicas. A articulação entre os diversos setores da comunidade deve ser o meio para resoluções complexas como as envolvidas com o suicídio, e não deve ser assumido como um “jogo de empurra”, mas como serviços que tentam se articular na construção de soluções pautadas no cuidado que diminuam o sofrimento humano, respeitando a singularidade de cada caso, sem desconsiderar a dimensão coletiva do suicídio.

Intersectorialidade

De acordo com o Ministério da Saúde¹⁷, a implantação da lógica do trabalho em redes de produção de saúde é algo complexo que exige a articulação adequada entre diferentes serviços, atores e especialidades. Seu objetivo maior consiste na adoção de práticas integrais adaptadas às necessidades dos usuários dos serviços. Quando se pontua a prevenção do suicídio, a intersectorialidade deve ser enfatizada, envolvendo desde ações preventivas nas escolas que forneçam práticas educativas de desenvolvimento de habilidades sociais e lutas contra comportamentos preconceituosos, como o *bullying*, até ações em hospitais, com capacitação de profissionais que recebem sujeitos para tratamento após tentativa de suicídio, passando, sobretudo, pela atenção básica à saúde, com identificação e cuidado de pessoas com fatores de risco para o suicídio e com continuidade do tratamento ao indivíduo e familiares para além da situação de crise, o que exige uma longitudinalidade de cuidados. A WHO² é enfática ao apontar a necessidade de articulação de diversos setores no enfrentamento ao suicídio:

Alguns elementos-chave do desenvolvimento de uma estratégia nacional de prevenção do suicídio são fazer da prevenção uma prioridade multisectorial que inclua não só o setor da saúde, mas também a educação, o emprego, o bem-estar social, a justiça e outros. A estratégia deve se adaptar ao contexto cultural e social de cada país e estabelecer melhores práticas e intervenções baseadas em dados científicos com uma abordagem integral². (p. 8-9, tradução nossa)

Mendes e Akerman postularam que o que caracteriza a intersectorialidade: “é a possibilidade de síntese, dada pela intersubjetividade e pelo diálogo”¹⁸ (p. 91). O grande desafio do século atual é construir um projeto comum com sujeitos e organizações sociais que se articulem, superando a visão reducionista do mundo e considerando a realidade local por meio de ações interdisciplinares, com governos que primem por políticas e programas que articulem saberes contra modos predatórios que se impõem em abordagens verticais¹⁸. Completaram que intersectorialidade é uma forma de articulação de diversos setores sociais para resolverem problemas complexos e utilizaram a definição de Junqueira e Inojosa: “intersectorialidade é articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando o desenvolvimento social para superar a exclusão social”¹⁹ (p. 95).

Mendes e Arkeman alertaram, em um estudo feito em duas cidades brasileiras, que há “consenso discursivo e dissenso prático”¹⁸ (p. 99) em relação às ações intersectoriais que devem ser superados, nos quais há um conjunto de saberes pautado na realidade com vistas à articulação, mas um Estado que ainda se pauta em um fazer desintegrado.

Romagnoli et al²⁰ apontaram falhas na intersectorialidade no campo da saúde mental no contexto brasileiro. As autoras estudaram cidades do Sudeste e do Nordeste do país e perceberam conflitos e disputas políticas entre os diversos setores da sociedade, que reproduziam ações segmentadas e pontuais. Para essas autoras, o trabalho intersectorial é construído em comum, com um movimento transversal, que se dá em uma rede de cuidados não fragmentados que potencializa a vida, com o máximo de comunicação entre os diversos setores e nos diversos sentidos. Em suas conclusões, as autoras afirmaram que a intersectorialidade encontra os seguintes desafios:

[...] a falta de capacitação para lidar com a doença mental e com a pobreza extrema; a sensação de sobrecarga de trabalho; a psicologização dos casos; a falta de um trabalho articulado efetivamente e o fato de que, quando existe, carece de avaliações das ações em conjunto após os encaminhamentos; a falta de responsabilização pela continuidade dos cuidados e de implicação com os projetos de vida das pessoas atendidas²⁰. (p. 165)

Vieira²¹, em sua dissertação sobre as interfaces entre a assistência social e a saúde mental, também apontou lacunas da intersectorialidade:

A intersectorialidade pode ser compreendida simplesmente como uma ação que se processa entre vários setores, mas sabe-se que sua efetivação torna-se muito mais complexa que sua conceituação quando se trata de políticas públicas, já que esta não diz apenas de uma possibilidade de melhor atendimento ao usuário, mas emerge da necessidade da própria ineficiência e insuficiência das políticas setoriais, que muitas vezes comportam conflitos e relações de força agindo de forma isolada, tornando-se assim impotentes na resolução de alguns problemas²¹. (p. 29)

Em relação ao suicídio, os diversos setores da sociedade devem pactuar ações no desenvolvimento das políticas públicas que enfrentem a complexidade do problema

apresentado. Para isso, devem existir articulação e escuta das diferentes práticas e dos diversos saberes, priorizando o saber do usuário, contra ações centralizadas, fragmentadas e verticalizadas entre os processos de gestão e atenção²². Parafraseando as orientações da WHO², frente ao adolescente que tenta o suicídio, ações que envolvam sua família, sua escola, seu contexto social e suas atividades de lazer devem se articular, com a presença de um local adequado para se pedir ajuda nos momentos de crise subjetiva e de profissionais que lhe sejam referência, oferecendo um cuidado com apoio de tecnologias adequadas que se apresentem como possibilidade de vida. Concomitantemente a essas iniciativas e de acordo com a WHO², políticas de restrição aos métodos letais devem ser desenvolvidas. Ao mesmo tempo, na mídia, o suicídio deve ser abordado sem um caráter sensacionalista ou romantizado, com alertas para demonstrações de sofrimento que devem ser considerados como riscos, além de oferecer informação sobre os locais em que se pode buscar ajuda. Para mais, o tema deve ser trabalhado nas instituições formadoras de profissionais e nos programas de capacitação permanente.

O Programa de Promoção à Vida e Prevenção ao Suicídio de Candelária – Rio Grande do Sul, Brasil, estudado por Conte et al²³, de forma intersectorial e educativa, afirmou ter conseguido diminuir os índices de suicídio na região. Buscou-se uma integração entre a atenção primária, o Centro de Atenção Psicossocial (Caps), o hospital, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) e a Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural (Emater). Houve um reconhecimento de toda a rede do sujeito para além do setor de saúde na busca de prevenção do suicídio.

O Garrett Lee Smith Memorial Suicide Prevention Program, citado por Goldston et al²⁴, nos Estados Unidos da América (EUA), foi criado para reduzir as taxas de suicídio em jovens com ações intersectoriais envolvendo a saúde, o serviço social, a mídia, escolas, entre outros. Essas ações foram rigorosamente avaliadas e observou-se uma redução das taxas de mortalidade por suicídio nas populações jovens que sofreram as ações desse programa. David-Ferdon et al²⁵ nos EUA, também apontaram a importância de intervenções no comportamento suicida abarcando diversos setores. Os autores enfatizaram a ação da Saúde Pública nessa luta, afirmando que ela tem o poder de atingir mais pessoas e abordar muitos dos fatores de risco, como o uso abusivo de álcool e verificação de situação de violência; desenvolver habilidades e conhecimentos para coletar e analisar dados relevantes; selecionar e implementar estratégias abrangentes de prevenção; organizar e integrar esforços envolvendo diversos setores; e criar estratégias rigorosas de avaliação das intervenções. Citaram o programa abrangente de Prevenção do Suicídio da Força Aérea dos EUA, que contou com componentes que, juntos, entre outras ações, aumentaram a conscientização da comunidade sobre o suicídio e proporcionaram treinamento de pessoal sobre a temática, encorajando a busca de ajuda pelos policiais.

David-Ferdon et al²⁵ também citaram o Good Behavior Game, um projeto de escolas primárias que proporcionou o desenvolvimento de comportamento social e emocional dentro das escolas dos EUA. Esse programa apresentou reduções no comportamento antissocial, tabagismo e uso de drogas e álcool, bem como reduções significativas na ideação suicida e tentativas de suicídio ao longo da infância, adolescência e idade adulta jovem. Nessa mesma linha, há o programa de prevenção do suicídio em adolescentes chamado Believe, estudado por Façanha et al.²⁶, que

apresentaram uma intervenção em Coimbra, Portugal, visando à prevenção de suicídios de adolescentes com foco na atenção primária por meio do treinamento de funcionários e intervenção escolar, educando tanto adolescentes quanto profissionais a respeito do suicídio. O programa possibilitou uma prevenção identificando adolescentes com fatores de risco relacionados à baixa autoestima e à dificuldade de resolução de problemas. No Brasil, o programa Amigos do Zippy²⁷ promove em escolas primárias, com crianças na faixa etária de seis e sete anos, o desenvolvimento de habilidades sociais e emocionais para enfrentarem dificuldades do dia a dia, acreditando que isso promoverá um melhor enfrentamento de problemas na adolescência e na vida adulta, o que poderá influenciar a redução das taxas de suicídio.

Os programas citados acima demonstraram a importância de articulações intersectoriais na prevenção do suicídio, diminuindo o estigma, promovendo desenvolvimento social e emocional e melhorando a busca de ajuda daqueles que estão sofrendo, não somente na saúde. A integralidade e a intersectorialidade visam ações de corresponsabilidade e vínculos entre usuários, trabalhadores e gestores por meio do cuidado em saúde, com laços de compromissos. Esse tema será abordado a seguir.

Cuidado em Saúde

Merhy¹⁴ apontou o quanto os usuários se sentem inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados e desprezados nos atendimentos recebidos nos serviços de saúde, nas relações usuários-trabalhadores. O autor assinalou o quanto as práticas de saúde são centradas nos procedimentos, e não nos usuários, o que impede, em última análise, a autonomia do indivíduo que necessita para além de práticas diagnósticas, como práticas de acolhimento, vínculos, resolutividade, incentivo à autonomia e um acesso a uma rede de cuidados para realização de projetos terapêuticos.

Araújo, Brito e Novaes²⁸ afirmaram que a autonomia está relacionada ao poder de autogestão, de escolha, de decidir o que é melhor para si mesmo. Sendo assim, mesmo no lugar de paciente, a pessoa que recebe cuidados em saúde tem direito a escolhas e de ser respeitada em sua integridade pelos profissionais que delas devem cuidar.

Merhy¹⁴ distinguiu nas ações de cuidado as tecnologias leves, as leves-duras e as duras. Nas leves, apresentou a questão da boa escuta, do acolhimento, de uma relação sujeito-sujeito que busque responsabilidades conjuntas e autonomia do usuário. Nas leves-duras, afirmou que há um uso de saberes clínicos, epidemiológicos e sociodemográficos, com o objetivo de operar tecnologias de relações, com saberes tecnológicos de controle de processos produtivos¹⁴. Já nas tecnologias duras, afirmou que há um investimento no diagnóstico e na área física, com uso de equipamentos e máquinas. Essa última tecnologia, quando usada de forma demasiada, apenas favorece o modelo médico hegemônico pautado na biomedicina¹⁴. Pensar em um cuidado ao usuário com fatores de risco para o suicídio é potencializar as tecnologias leves, com formas de cuidado que privilegiem a educação em saúde, a promoção, a prevenção, a autonomia do indivíduo e o oferecimento de ajuda.

Anés e Ayres²⁹ trabalharam a definição de práticas de saúde potencializando tanto a instrumentalidade (procedimentos e intervenções técnicas) quanto as relações dos profissionais e usuários. Os autores questionaram o uso demasiado de uma ou de

outra forma reforçando a importância da compreensão dessas duas possibilidades de cuidado. Quanto ao uso das técnicas, afirmaram:

Há um certo apaixonamento da técnica consigo mesma, desconsiderando-se que as tecnologias como instrumentos para a serventia revelam em si a sua obra e não podem ser desconectadas desta. Há uma conexão incessante entre instrumentos de cuidado e as obras a que eles se prestam. O instrumento nunca é solto no mundo em si mesmo, mas é articulado em uma teia de conexões incessantes, que o faz parte de uma totalidade conjuntural.²⁹ (p. 659)

O profissional, para Anés e Ayres²⁹, deve ser aquele que se abre à escuta, ao acolhimento e à capacidade de tornar as demandas dos usuários válidas para o direcionamento de suas ações. Os autores afirmaram que o cuidado não deve ser encarado como uma relação sujeito-objeto, mas como sujeito-sujeito, de forma horizontal, em uma intensa construção de ações. Ribeiro et al³⁰ apontaram que uma parte significativa de pessoas com risco suicida passa pelos serviços de saúde meses ou semanas antes de cometerem tal ato. Investigaram suicídio de soldados no Exército dos EUA que morreram entre 2004 e 2009 em comparação com controles pareados e concluíram que muitos dos atendimentos realizados a essas pessoas não conseguiram identificar o risco suicida e que o atendimento poderia ser uma chance de prevenção. Ahmedani et al³¹ afirmaram que 83% das pessoas dos EUA que suicidaram receberam cuidados de saúde no ano anterior à morte, mas metade desses indivíduos não teve um diagnóstico de saúde mental e que somente 24% tiveram um diagnóstico relacionado à sua saúde mental, no período de quatro semanas antes da morte.

Hogan e Grumet³² afirmaram a necessidade de melhorar o cuidado na saúde dos sujeitos com risco suicida. Apontaram que grande parte das pessoas que tentaram ou cometeram suicídio havia tido contato recente com o serviço de saúde. Citaram programas desenvolvidos nos EUA que influenciaram a prevenção do suicídio com uma melhora na triagem, no apoio e no acompanhamento de pacientes em risco. Destacaram o modelo Zero Suicide, com um conjunto específico de práticas destinadas à prevenção do suicídio, que envolvem, entre outros, treinamento dos profissionais de saúde para maior identificação do risco suicida com uma melhora na escuta e na postura com efetivação de tecnologias leves.

Conte et al³³ apresentaram um estudo realizado no Rio Grande do Sul, com entrevistas a idosos com histórico de tentativas de suicídio, suas famílias e profissionais de saúde. O estudo apontou o foco no cuidado em questões biomédicas, desconsiderando uma linha de cuidado e de atenção dispensados ao idoso em situação de risco suicida e desfavorecendo um tratamento adequado para os sofrimentos apresentados, por meio de tecnologias leves.

Ayres³⁴ definiu cuidado como interação de sujeitos à procura de alívio de sofrimentos e em busca de bem-estar, com um diálogo possível e produtivo entre a tecnociência e o que se espera de uma vida saudável. O autor criticou o avanço das tecnologias e da medicina quando usados unicamente como recursos higienistas ou capitalistas, sem a preocupação com os meios usados e com as consequências.

Os estudos apontados acima demonstraram que, quando o sujeito não recebe um cuidado na saúde que o perceba como ser biopsicossocial e integral, atendo-se muitas

vezes apenas à queixa física, há uma perda da possibilidade de identificar e cuidar dos fatores de risco que levam à busca pela própria morte.

Botega¹ participou do Estudo Multicêntrico de Intervenção no Comportamento Suicida (SUPRE-MISS), da Organização Mundial de Saúde, pesquisa de intervenção mundial que tem como objetivo reduzir a mortalidade e a morbidade relacionada ao comportamento suicida. O estudo comparou dois grupos de pacientes que tentaram suicídio e que passaram por um pronto-socorro. A um grupo se ofereceu o tratamento usual: encaminhamento para rede de saúde mental. Ao outro grupo, além do encaminhamento, realizou-se entrevista motivacional, telefonemas e visitas domiciliares. Esse segundo grupo apresentou um número dez vezes menor de atos suicidas em relação ao grupo que recebeu só o encaminhamento. Esse estudo apontou que um cuidado simples, com uso de tecnologias leves, é capaz de apresentar resultados significativos na prevenção do suicídio. No Brasil, o Centro de Valorização da Vida (CVV)¹², presente em várias cidades do país, com voluntários que trabalham 24 horas por dia atendendo telefonemas (188, ligação gratuita), *e-mails*, mensagens em *chats* e ligações por VoIP de pessoas que precisam de apoio emocional, é outro exemplo de atuação na prevenção do suicídio que privilegia o cuidado pautado no acolhimento, sem uso de tecnologias duras.

Por fim, quanto às práticas de cuidado, Ayres³⁴ acrescentou que “não se cuida efetivamente de indivíduos sem cuidar de populações, e não há verdadeira saúde pública que não passe por um atento Cuidado de cada um de seus sujeitos”. (p. 28). Atesta-se, portanto, a necessidade de se trabalhar com os sujeitos em risco suicida, com uma escuta que ultrapasse as queixas físicas e concretize o cuidado integral, com ações intersectoriais e oferecendo um cuidado individualizado, acolhedor e pautado na ética.

Considerações finais

Neste estudo, pretendeu-se lançar luz a algumas facetas da prevenção do suicídio, sem desconsiderar a complexidade envolvida nesse processo, que exige reflexões nos campos sociais e políticos sobre os modos de vida que potencializam a busca pela morte. Considera-se indispensável que a rede intersectorial esteja preparada para promover melhores condições de vida e tratamento adequado aos sujeitos em risco suicida por meio de um cuidado integral e centrado no sujeito.

O cuidado com o fenômeno do suicídio deve vislumbrar, além de ações pontuais nos momentos de crises, ações educacionais, de saúde e sociais que tenham como norteadores o enlace do sujeito ao outro e à vida, o amparo do ser humano em seus momentos de sofrimento e um cuidado ético e integral com a promoção de vidas dignas. Pensar na integralidade como princípio básico para o cuidado de pessoas em risco para o suicídio, efetivada por meio da intersectorialidade e do cuidado em saúde pautado na relação sujeito-sujeito, deve ser o caminho para a construção de planejamentos que contribuam para a efetivação de políticas de valorização da vida. Deve-se romper a grande distância entre a teoria e práticas que ainda reforçam um modelo hospitalocêntrico, biológico e verticalizado na saúde, em prol de uma rede de cuidado em que todos os sujeitos sejam valorizados, com um trabalho articulado e dialógico entre gestão e atenção.

Exemplos de programas existentes em outros países que conseguiram contribuir para a prevenção do suicídio, bem como de programas já existentes em alguns estados brasileiros, como os citados neste artigo, também podem ser estudados e adaptados à realidade local. Cassorla³⁵ afirma que o comportamento suicida inclui um pedido de ajuda, e que, por meio de ambientes propícios e da atuação de profissionais especializados, a dor vivenciada nesse ato poderá ser suportada.

Uma das dificuldades encontradas neste estudo foi a escassez de produções científicas que abordassem diretamente a articulação do suicídio com a integralidade e cuidado em saúde, suscitando a necessidade de estudos em que usuários, trabalhadores e gestores avaliem criticamente essa articulação, o que poderá contribuir para a efetivação prática desses conceitos essenciais à saúde pública e tão fundamentais no campo da prevenção do suicídio.

Contribuições dos autores

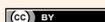
Todas as autoras participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Agradecimento

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) – Brasil – Código de Financiamento 001.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Referências

1. Botega NJ. Crise suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed; 2015.
2. World Health Organization. Mental health: preventing suicide: a global imperative [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [citado 12 Nov 2017]. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/en/
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. Bol Epidemiol [Internet]. 2017 [citado 10 Dez 2017]; 48(30):1-14. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>
4. Rother ET. Revisão sistemática x revisão narrativa. Acta Paul Enferm. 2007; 20(2):5-6.
5. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.



6. Brasil. Presidência da República. Lei nº 8080/90, de 19 de setembro de 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. Diário Oficial da União. 19 Set 1990.
7. Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. 28 Dez 1990.
8. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Lancet (Série Brasil) [Internet]. 2011 [citado 15 Nov 2017]; 11-31. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>
9. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 8a ed. Rio de Janeiro: Abertura; 2009. p. 43-68.
10. Brasil. Presidência da República. Lei nº 13.819, de 26 de Abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de Junho de 1998. Diário Oficial da União. 26 Abr 2019.
11. Pinheiro R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 8a ed. Rio de Janeiro: Abertura; 2009. p. 69-116.
12. Angerami VA. Suicídio: uma alternativa à vida: fragmentos de psicoterapia existencial. Belo Horizonte: Artesã; 2017.
13. Pinheiro R. Integralidade como princípio do direito à saúde. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; 2009.
14. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Reis AT, Santos AF, Campos CR, Malta DC, Merhy EE, organizadores. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã; 1998. p.103-20. (parte II).
15. Gonçalves PIE, Silva RA, Ferreira LA. Comportamento suicida: percepções e práticas de cuidado? *Psicol Hosp*. 2015; 13(2):64-87.
16. Toro GVR. Tentativa de suicídio: vivências dos profissionais de saúde no pronto-socorro [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2016.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Redes de Produção de Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Série B).
18. Mendes R, Akerman M. Intersetorialidade: reflexões e práticas. In: Fernandes JCA, Mendes R, organizadores. Promoção da saúde e gestão local. São Paulo: Hucitec; 2009. p. 85-109.



19. Junqueira LAP, Inojosa RM, Komatsu S. Descentralização e intersectorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza. In: Anais do 11o Concurso de Ensayos del CLAD “El tránsito de la cultura burocrática al modelo de la gerencia pública: perspectivas, posibilidades y limitaciones”; 1997; Caracas. Caracas: CLAD; 1997.
20. Romagnoli RC, Amorin AKMA, Severo AKS, Nobre MT. Intersectorialidade em saúde mental: tensões e desafios em cidades do sudeste e nordeste brasileiro. *Rev Subjetividades (Fortaleza)*. 2017; 17(3):157-68.
21. Vieira KD. Potencialidades e desafios da intersectorialidade [manuscrito]: interface entre equipamentos especializados da Saúde Mental e da Assistência Social em Contagem-MG [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2015.
22. Luna IJ. Sentidos da integralidade no fazer psicológico em Saúde pública. *Rev Psicol Saude*. 2014; 6(2):1-10.
23. Conte M, Meneghel SN, Trindade AG, Ceccon RF, Hesler LZ, Cruz CW, et al. Programa de prevenção ao suicídio: estudo de caso em um município do sul do Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2010; 17(8):2017-26.
24. Goldston DB, Walrath CM, McKeon R, Puddy RW, Lubell KM, Potter LB, et al. The Garrett Lee Smith memorial suicide prevention program. *Suicide Life Threat Behav*. 2010; 40(3):245-56.
25. David-Ferdon C, Crosby AE, Caine ED, Hindman J, Reed J, Iskander J. CDC grand rounds: preventing suicide through a comprehensive public health approach. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2016; 65:894-7. doi: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6534a2>.
26. Façanha J, Erse M, Simões R, Amélia L, Santos J. Prevenção do suicídio em adolescentes: programa de intervenção believe. *SMAD*. 2019; 6(1):1-6.
27. ASEC - Associação pela Saúde Emocional da Crianças. Programa Amigos do ZIPPY [Internet]. São Paulo: ASEC; 2019 [citado 2 Dez 2018]. Disponível em: http://www.amigosdozippy.org.br/index/index.php?option=com_content&view=article&id=47&Itemid=28
28. Araújo AA, Brito AM, Novaes M. Saúde e autonomia: novos conceitos são necessários. *Rev Bioet*. 2008; 16(1):117-24.
29. Anés TV, Ayres JRMC. Significados e sentidos das práticas de saúde: ontologia fundamental e a reconstrução do cuidado em saúde. *Interface (Botucatu)*. 2011; 15(38):651-62.
30. Ribeiro JD, Gutierrez PM, Joiner TE, Kessler RC, Petukhova MV, Sampson NA, et al. Health care contact and suicide risk documentation prior to suicide death: from the army study to assess risk and resilience in servicemembers (Army STARRS). *J Consult Clin Psychol*. 2017; 85(4):403-8.
31. Ahmedani BK, Simon GE, Stewart C, Beck A, Waitzfelder BE, Rossom R, et al. Health care contacts in the year before suicide death. *J Gen Intern Med*. 2014; 29(6):870-7.
32. Hogan MF, Grumet JG. Suicide prevention: an emerging priority for health care. *Health Aff (Millwood)*. 2016; 35(6):1084-90.
33. Conte M, Cruz CW, Silva CG, Castilhos NRM, Nicolella ADR. Encontros ou desencontros: histórias de idosos que tentaram suicídio e a rede de atenção integral em Porto Alegre/RS, Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2015; 20(6):1741-9.



34. Ayres JR CM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface (Botucatu)*. 2004; 8(14):73-92.
35. Cassorla RMS. Suicídio: fatores inconscientes e aspectos socioculturais: uma introdução. São Paulo: Blucher; 2017.

Suicide is a serious public health problem that causes high emotional, social and economic costs to the patient, the family and the health services. This study aimed to conduct a narrative review of the literature on comprehensive care, intersectoral action and healthcare, attempting to articulate these terms to suicide prevention and to the treatment of people with suicidal behavior. Although these terms are consensually used in Brazilian public health policies, there still is a large distance between theory and practices that continue to reinforce a hospital-centered, biologist and verticalized model, far from routines that guarantee autonomy and from the construction of responsible bonds between users and workers and among different sectors. Reviewing these actions critically and mirroring plans that have had good results may be a way out for suicide prevention.

Keywords: Suicide. Comprehensive care. Intersectoral action. Healthcare.

El suicidio es un serio problema de salud pública, causa un alto costo emocional, social y económico para el paciente, familiares y servicios de salud. El objetivo de este trabajo fue realizar una revisión narrativa de la literatura sobre integralidad, intersectorialidad y cuidado de salud, tratando de articular esos términos para la prevención del suicidio y el tratamiento de personas con comportamiento suicida. Aunque esos términos se utilicen con consenso en las políticas públicas brasileñas de salud, hay aún una gran distancia entre la teoría y prácticas que todavía refuerzan un modelo centrado en el hospital, biólogo y verticalizado, alejado de rutinas que aseguren la autonomía y la construcción de vínculos responsables entre usuarios y trabajadores y entre diferentes sectores. Revisar, críticamente, esas acciones y espejarlas en planes con buenos resultados puede ser una salida para la prevención del suicidio.

Palabras clave: Suicidio. Integralidad. Intersectorialidad. Cuidado de salud.

Submetido em 26/03/19.
Aprovado em 31/07/19.