

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL - FSSO

ISABELA AMÂNCIO DOS SANTOS
MAYNARA THAYNÁ DOS SANTOS LIMA

A problemática do suicídio e a intervenção do Serviço Social na saúde mental

Maceió - AL

2021

ISABELA AMÂNCIO DOS SANTOS
MAYNARA THAYNÁ DOS SANTOS LIMA

A problemática do Suicídio e a intervenção do Serviço Social na saúde mental

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, pelo Curso de Serviço Social, da Universidade Federal de Alagoas.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Mariana Alves de Andrade

Maceió - AL

2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
COORDENAÇÃO DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Folha de Aprovação do Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL).

Maynara Thayná dos Santos Lima

Isabela Amâncio dos Santos

Alunos/as concluintes

Alunos/as concluintes

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado em 01/10/2021

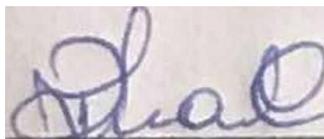
Título: **A problemática do suicídio e a intervenção do Serviço Social na saúde mental**

Conceito: **Aprovada**

Banca Examinadora:

Mariana Alves de Andrade

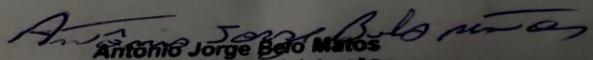
Professora orientadora



Examinador1

Dueli Nascimento

Examinador2



Antonio Jorge Belo Matos
Assistente em Administração
FSSO/UFAL
SIAPE: 2412249

Coordenação de Trabalho de Conclusão de Curso

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, eu, Isabela Amâncio dos Santos, agradeço a Deus pelo dom de minha vida, por Ele ter me agraciado com a oportunidade de cursar uma faculdade; agradeço ainda por tudo o que Ele me proporcionou no decorrer desta caminhada; por me sustentar, me guiar e me fortalecer para que eu pudesse perseverar e chegar à finalização da graduação. Que toda honra seja dada a Ele por toda a jornada percorrida, por todos os ensinamentos e por meio deste trabalho está finalizando mais um ciclo.

Minha gratidão também aos meus pais pela educação que me deram, por sempre me motivarem a estudar e me proporcionar as melhores condições para que tivesse uma boa formação. Expresso aqui também meu carinho às minhas irmãs, que mesmo ainda pequenas, me incentivam a prosseguir. Agradeço ainda, aos meus avós, a todos os meus tios e tias, primos e primas que direta ou indiretamente me ajudaram na graduação. Agradeço a minha família em geral, pois de modo geral sempre foram exemplos e sempre estiveram presentes.

Agradeço a todas/os as/os meus amigos pessoais e da graduação por terem me acompanhado e apoiado durante toda a graduação, por terem tornado o caminhar mais leve, por ajudar a esporecer quando as rotinas da faculdade estavam muito intensas. Meu muito obrigada aos amigos/as pessoais que mesmo algumas vezes tendo a necessidade de me afastar um pouco, não podendo comparecer a alguns compromissos por conta de atividades da faculdade, mesmo assim permaneceram; e agradeço ainda a todos aqueles amigos/as que chegaram junto com a graduação, ou no decorrer dela, e acrescentaram ainda mais à minha vida pessoal e como graduanda.

Deixo aqui também meu agradecimento a todos/as os/as excelentes professores/as, e também aos profissionais (desde a limpeza, a responsável pelo bloco onde se tinha as aulas, na gráfica, coordenação, até os profissionais de diversas áreas que tive a oportunidade de conhecer) que passaram, acompanharam, e me ensinaram durante a graduação, sou muito grata, pois todos os ensinamentos, conversas, e exemplos foram e são muitos válidos, e vou levá-los pra minha vida pessoal e principalmente para a minha vida profissional.

Agradeço a orientadora de TCC, Mariana Andrade, por todo o auxílio, orientação, e atenção, e mesmo que nossos contatos tenham sido poucos, virtuais, meus sinceros agradecimentos por ter aceito orientar a mim e à minha dupla de trabalho.

Ressalto meu agradecimento a minha dupla, Maynara Lima, por partilhar comigo a graduação, o estágio obrigatório, e mais ainda, por partilhar o trabalho de conclusão de curso, obrigada pelas conversas, partilhas, trocas de experiências, e de conhecimentos. Meu muito obrigada também a você! Meus sinceros agradecimentos a todos!

AGRADECIMENTOS

Eu, Maynara Lima, agradeço primeiramente à Deus pelo dom da vida e por ser meu guia em todo esse percurso de muitos desafios e aprendizados, por nunca ter me abandonado.

Dedico todo o meu esforço à minha mãe, vó e tia, que foram meus alicerces e maiores incentivadoras da vida e contribuíram sempre para a formação do ser humano que me tornei, a elas sou extremamente grata por todo o suporte nos momentos difíceis durante esse processo e por sempre acreditaram em mim. Não esquecendo também dos meus demais familiares, que depositaram em mim a confiança para que eu pudesse concluir a graduação.

Em segundo lugar, agradeço aos meus amigos, por toda força, incentivo e auxílio nesse período árduo, que exigiu muita dedicação e abdicção. Agradeço também às minhas colegas de turma, que nesses anos dividiram as dificuldades do dia a dia da universidade, por todo o apoio durante as aulas e na realização de trabalhos acadêmicos, em especial à Fernanda Lima, minha amiga pessoal, que foi de suma importância também para a construção desse trabalho, além de todo o companheirismo.

Em terceiro lugar, agradeço imensamente ao meu eterno grupo PET Conexões de Saberes Serviço Social, que me proporcionou muito aprendizado do início ao final da minha graduação, vocês fazem a diferença na universidade pública, sendo essenciais no desenvolvimento de potencialidades dos petianos/os, além de ter sido nesse espaço que desenvolvi mais confiança sobre a minha capacidade enquanto pessoa, estudante e futura profissional e também por me acolher tão bem e me proporcionar amizades que levo para a vida.

Além disso, agradeço também aos excelentes professores que passaram pela minha graduação, às minhas orientadoras de estágio, por passarem o melhor conhecimento possível, à minha orientadora de TCC Mariana Andrade, por toda atenção e orientação com o nosso trabalho.

Agradeço, por fim e não menos importante, à minha dupla de estágio, TCC e amiga da vida Isabela Amâncio, por ter embarcado comigo nessa jornada, pois foi de suma importância todo o apoio e companheirismo.

À todas/os meu muito obrigada!

RESUMO

Este trabalho tem como finalidade abordar a problemática do suicídio e a intervenção do Serviço Social na saúde mental, com o objetivo de ressaltar a importância de se discutir sobre o suicídio, bem como sobre a atuação do assistente social nos dispositivos de saúde mental e nos casos de suicídio. Tal trabalho foi realizado por meio de pesquisa bibliográfica e busca fundamentar o suicídio a partir de sua historicidade na sociedade. Tratamos as reformas psiquiátrica e sanitária como marcos significativos para a política de saúde mental e para os dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS e ainda para a atuação do Serviço Social como profissional de saúde. Além disso, destacamos o fato de o suicídio ser considerado um problema de saúde pública e que está envolto sobre estigmas e tabus que desencadeiam na dificuldade de se trabalhar, discutir, abordar, produzir e intervir sobre a dita problemática. Deste modo, destacamos ao final desta pesquisa a relevância da temática e o quanto fundamental e presente ela é para sociedade.

Palavras-chave: Suicídio; Saúde Mental; Serviço Social.

ABSTRACT

This work aims to address the issue of suicide and Social Work intervention in mental health, in order to emphasize the importance of discussing suicide, as well as the role of the social worker in mental health devices and in cases of suicide. This work was carried out through bibliographical research and seeks to support suicide based on its historicity in society. We treat the psychiatric and health reforms as significant milestones for the mental health policy and for the devices of the Psychosocial Care Network - RAPS, and also for the role of the Social Service as a health professional. In addition, we highlight the fact that suicide is considered a public health problem and that it is surrounded by stigmas and taboos that trigger the difficulty of working, discussing, approaching, producing, and intervening on said problem. Thus, at the end of this research, we highlight the relevance of the theme and how fundamental and present it is for society.

Keywords: Suicide; Mental Healthy; Social Work.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Taxa de mortalidade por suicídio, por sexo, entre 1994 - 2004.	18
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CRAS - Centro de Referência da Assistência Social

CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CVV - Centro de Valorização da Vida

FSSO - Faculdade de Serviço Social

MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

TCC - Trabalho de Conclusão de Curso

TR - Terapeuta de Referência

UFAL - Universidade Federal de Alagoas

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1. ESTIGMAS E TABU SOBRE O SUICÍDIO.....	16
1.1 Conceitos de suicídio.....	20
2. A REFORMA PSIQUIÁTRICA	26
2.1 A Saúde Mental sob a ótica da Saúde pública	32
3. SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL	42
3.1 Serviço Social e Suicídio	47
CONCLUSÃO	51
REFERÊNCIAS	57

INTRODUÇÃO

Por muito tempo, as pessoas que portavam algum tipo de transtorno mental eram isoladas da sociedade, além de serem extremamente julgadas e incompreendidas. O tipo de cuidado que se constituiu ao longo dos séculos foi primordialmente hospitalocêntrico e biomédico, visto que uma das primeiras profissões a cuidarem dessas pessoas foram os médicos psiquiatras.

Na Grécia e Roma antigas

[...] a atitude com relação ao suicídio variava da tolerância à condenação ou à admiração. Alguns filósofos viam no suicídio o meio ideal do indivíduo liberar-se do sofrimento. Outros, como Platão, rejeitavam a ideia da morte tal qual o cristianismo o fez. (PINHEIRO et al, 1996, p.16).

Vieira (2015), traz em seu artigo *Reflexões sobre a História da Loucura de Michel Foucault*, a chegada de um novo fenômeno, denominado por Foucault como Loucura, por volta do século XV. Ela coloca a importância de se observar essa questão na sociedade e em como os indivíduos passam a lidar com essas manifestações de comportamento, pois ao longo do tempo as pessoas consideradas loucas eram deixadas à margem da sociedade, tratadas como coisa e de forma desumana.

É possível observar que até uma pessoa com respaldo e de grande influência na sociedade pode propagar tal visão, pois era um dos principais pensamentos que predominava na época do século XV. Ainda segundo Vieira (2015, p. 3): “Foucault vê nessa circulação dos loucos mais do que uma simples utilidade social, visando a segurança dos cidadãos e evitando que os loucos ficassem vagando dentro da cidade”.

Até hoje, a história da humanidade foi marcada por diversos contextos, opiniões e crenças acerca do que se convencionou chamar de “loucura”; do que torna alguém diferente do que se é esperado pela sociedade e principalmente devido à forma como essas pessoas lidam diante de seus conflitos internos. Verdade é que, existem vários tipos de transtornos, sintomas, reações e todos eles causam algum sofrimento em algum momento ou ao longo de toda vida de algumas pessoas.

Os processos de adoecimento mental sempre foram recorrentes na sociedade. Eles existem desde antes mesmo de a humanidade saber nomear esse tipo de sofrimento. Não

raramente, processos de adoecimento mental levam a comportamentos suicidas ou até mesmo à consumação. “A história do suicídio é tão antiga quanto o próprio mundo. Não há como escrever muito sobre a história do suicídio, pois pouco foi registrado sobre o mesmo e apenas alguns aspectos podem ser focalizados”. (PINHEIRO et al, 1996, p.16).

Na Idade Média, a Igreja Católica reafirmava a condenação pelo ato suicida enquanto algumas escolas literárias e filosóficas na época do Renascimento defendiam o suicídio. Tal defesa levou à criação de uma legislação anti-suicida, porém, como os seus resultados não surtiram efeitos positivos, aos poucos, após a Revolução Francesa, tal legislação foi revogada.

Depois da Revolução Francesa, a legislação anti-suicida foi sendo aos poucos revogada na Europa; o último país a fazê-lo foi a Grã-Bretanha, somente em 1961. Essa mudança não teve, porém, influência no índice de suicídios. À medida que crescem as dificuldades de vida a civilização avança, cresce o número de suicidas. Se corre muito [...] e parece que se corre mesmo é para a morte. (PINHEIRO et al, 1996, p.17).

Atualmente, o número de tentativas de suicídio e o ato consumado tiveram um aumento significativo em todo o mundo, chegando a ser considerado pela Organização Mundial da Saúde, um problema de saúde pública. Segundo os dados da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS, s/d),

A cada ano, cerca de 800 mil pessoas tiram a própria vida e um número ainda maior de indivíduos tenta suicídio. Cada suicídio é uma tragédia que afeta famílias, comunidades e países inteiros e tem efeitos duradouros sobre as pessoas deixadas para trás. O suicídio ocorre durante todo o curso de vida e foi a segunda principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos em todo o mundo no ano de 2016. (OPAS, s/d).

Como problema de saúde pública, o suicídio é um problema social que envolve não apenas o indivíduo que cometa o ato, mas sim todo um coletivo desde a família, a comunidade, e a sociedade como um todo. Porém, atualmente, a tentativa de suicídio e/ou o ato consumado, de modo geral continuam sendo desencadeados pelos mesmos fatos que acarretaram o seu desdobramento, como observado no início da trajetória deste fenômeno.

Se a tentativa de suicídio e/ou o ato consumado é a busca na maioria das vezes por amenizar, suprir e até mesmo dar fim aos sofrimentos, frustrações, sentimentos de inferioridade, ou na tentativa de “solucionar” problemas enfrentados a nível pessoal e hoje, mais do que nunca, o fator socio econômico pode influenciar na tentativa ou no ato consumado do suicídio.

Cassorla (1984), em seu livro *O que é Suicídio*, faz uma analogia entre o indivíduo e a sociedade, onde ambos em sua trajetória são marcados “pelo suicídio”: o indivíduo na tentativa ou no ato consumado contra sua própria vida e a sociedade no ato de extinguir sociedades anteriores, povos e classes.

Talvez o leitor se pergunte por que eu estou falando em suicídio de um país, e não em assassinato. É porque ele está sendo assassinado por uma parte dele mesmo, uma parte de uma sociedade mata as potencialidades de outra parte, e é o mesmo que ocorre no indivíduo suicida. [...] Uma parte da sociedade que mata outra parte poderá terminar também por morrer. Um preâmbulo disso já pode ser a onda de violência urbana, em que pessoas sem oportunidade, pela recessão e desemprego - semi-"suicidas" -, revidam violentando outras pessoas e temos uma espécie de guerra civil, em que uma parte da nação e muitos inocentes, como em todas as guerras, é atacada pela outra parte. (CASSORLA, 1984, p. 18).

Assim, o meio socioeconômico tem um peso fundamental no desencadear do pensamento suicida até o ato consumado, levando o indivíduo a dar vazão aos seus sofrimentos internos e aos seus impulsos destrutivos, podendo atentar contra a própria vida.

Neste sentido, este Trabalho de Conclusão de Curso - TCC é o resultado de uma pesquisa que teve como objetivo o estudo acerca da problemática do suicídio, o seu impacto na sociedade, bem como a compreensão da modalidade de intervenção do Serviço Social na Política de Saúde Mental.

Em vista disso, buscamos aprofundar acerca dos estigmas e tabus que envolvem a problemática do suicídio na sociedade, entender alguns conceitos sobre o suicídio, tratar da importância das Reformas psiquiátrica e sanitária para o contexto da saúde mental no Brasil e da implementação de leis e projetos no enfrentamento da problemática do suicídio e no cuidado integral da Rede de Atenção Psicossocial. Além disso, reconhecer os desafios e possibilidades que perpassam a saúde mental sob a ótica da saúde pública e compreender a importância do Serviço social para a saúde mental.

Para tanto, fez-se necessário um estudo bibliográfico, possibilitando um conhecimento acerca da temática, a partir do uso de trabalhos acadêmicos que abordam o suicídio, artigos científicos, pesquisas e relatos de experiências realizadas por institutos brasileiros que estudam o tema. Realizamos uma pesquisa exploratória a partir da qual foi possível conhecer o suporte de leis e portarias que abrangem os dispositivos de saúde mental.

Esta monografia está dividida em três seções. A primeira aborda o suicídio como estigma e tabu, pois atualmente ainda é dessa forma que a sociedade lida e reage ao falar sobre o tema proposto. Por questões morais, preconceito e receio de que o suicídio seja influenciável, evita-se comentar sobre ele. Além disso, essa falta de discussão e orientação dificulta a busca por ajuda daqueles que pensam em suicídio, pois não encontram muitas vezes abertura para falar, temendo pelos julgamentos e guardando a dor para si, acentuando o sofrimento.

Apontamos ao longo do trabalho também alguns conceitos sobre suicídio, mais precisamente, na visão de Cassorla (1984), Durkheim (2000), e André et al (2020), estudiosos acerca da temática, além de Albuquerque (2018), parafraseando Marx. Ressaltamos que a problemática do suicídio é um processo complexo de abordá-lo teoricamente, pois existe uma dificuldade de se encontrar materiais que tratem de sua conceituação e por essa razão os autores citados acima foram fundamentais no auxílio do entendimento de alguns conceitos.

Na segunda seção da pesquisa, tratamos acerca da Reforma Psiquiátrica, que buscou trazer novas formas de cuidado e enfrentamentos para as problemáticas que envolvem a atenção em saúde mental. A Reforma Psiquiátrica é precedida por três eventos fundamentais que lhes deram respaldo necessário para sua realização, foram eles: a Reforma Sanitária, Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental – MTSM e a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Estes marcos ajudaram a reformular a saúde como um todo adentrando à saúde mental, buscando melhorias tanto para os profissionais, quanto, principalmente para os usuários e seus familiares.

Como complementação ao tópico sobre a Reforma Psiquiátrica, tratamos também de algumas dificuldades que envolvem a saúde mental, tendo em vista que assim como qualquer outro problema social ela requer atenção, visibilidade e cuidado por parte do poder público; é possível notar também no estudo, materiais que confirmam o suicídio como problema de saúde pública. Dessa forma, foram implementados leis e projetos que auxiliaram no enfrentamento desta problemática, que serão destacadas ao longo do texto. São elas: a Lei de nº 10.216/2001, que fundamenta a Política de Saúde Mental e as formas de cuidado humanizado, digno e inserida nas realidades sociais; há também a existência de projetos como o CVV (Centro de Valorização da Vida), e o Projeto “Acolha a Vida”, que auxiliam na assistência prestada a todos aqueles que necessitam de cuidados emocionais, psicológicos, e que se encontram fragilizados mentalmente; e ainda contamos com o trabalho dos dispositivos existentes na RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), e reforçam a rede de saúde.

Na terceira seção, discutimos sobre a relação entre o Serviço Social e a saúde mental. Tratamos sobre a importância da atuação dos/as assistentes sociais no enfrentamento direto do suicídio, já que foi possível constatar que o bem-estar de uma pessoa não é apenas clínico, ou está na ausência de doença, mas sim todo um conjunto de cuidados que dão suporte integral ao indivíduo. Segundo o Código de Ética dos/as assistentes sociais, estes são formados não apenas para intervir em uma área específica, mas para auxiliar em todo um contexto que envolve o indivíduo e suas necessidades, fazendo destes profissionais um diferencial nesta modalidade, uma vez que estão empenhados na viabilização dos direitos desses usuários. O olhar atento às necessidades e problemáticas sociais fazem dos/as assistentes sociais profissionais fundamentais, e por que não essenciais, nos dispositivos e equipes de saúde, principalmente, no campo da saúde mental.

Dessa forma, no decorrer do trabalho buscamos compreender a hipótese que fundamentou o interesse em estudar a temática do suicídio, no que diz respeito a abordagem do mesmo como um estigma, e um tabu, bem como um problema de saúde pública. Visando ainda abarcar a atuação do Serviço social frente à problemática do suicídio, ressaltando a importância desta profissão para a área e refletindo o quanto significativo é o âmbito da saúde mental como campo de atuação de assistentes sociais.

1. ESTIGMAS E TABU SOBRE O SUICÍDIO

Falar sobre o suicídio não é tarefa fácil. Historicamente, o suicídio sempre foi um problema presente em todas as sociedades, classes, e momentos históricos, porém, um problema sempre envolto em discussões morais e religiosas, despertando diversas opiniões e pensamentos contrapostos.

A moralização da problemática do suicídio levou à criação de um tabu em torno da história, do conhecimento, e principalmente de seu enfrentamento, prevenção e intervenção.

[...] durante séculos de nossa história o suicídio foi considerado um problema moral, especialmente como herança da Idade Média, seja por razões culturais ou religiosas. Isso permitiu a construção de um tabu sobre esse assunto, fazendo com que tenhamos medo ou vergonha de falar sobre. Não é raro encontrar aqueles que se esquivam do assunto, até mesmo entre profissionais de saúde, o que dificulta que ele seja tratado como um problema de saúde pública. O fato de não falar sobre o tema não quer dizer que irá diminuir a sua incidência. Pelo contrário, ignorar o assunto impede as pessoas de terem conhecimento sobre o tema e procurarem ajuda. É importante considerar ainda, que cada pessoa que se suicida causa impacto em pelo menos seis pessoas, ou seja, o impacto psicológico e social do suicídio em uma família e comunidade é imenso. (BACKSCHAT et al, 2016, p. 04).

O suicídio, assim como certos transtornos mentais, na maioria das vezes está relacionado a estigmas, tabus e preconceitos. Isso contribui para que o enfrentamento e a prevenção do suicídio, que envolve indivíduos, famílias, profissionais e sociedade, tornem-se ainda mais um desafio.

Relacionar a historicidade do suicídio, ou até mesmo abordar esta problemática em relação ao Brasil é um processo um pouco complexo, pois há ausência de um maior aprofundamento sobre o tema de materiais, informações, pesquisas, e estudos que permita aproximação e fundamentação em relação a esta temática. O que se pode notar sobre essa escassez de bibliografias, é que até então era um tema pouco discutido, e algumas vezes tratado com um tabu, evitando-se comentar e entrar em detalhes.

No Brasil, a carência de pesquisas na área e a ausência de um número maior de trabalhos sobre o tema contribuem para fazer do suicídio um problema ainda pouco discutido, sendo considerado também nos dias atuais um assunto tabu por excelência, não só no Brasil, mas para grande parte do mundo. A dificuldade que a sociedade tem para lidar com o tema e o mal-estar que cerca a morte voluntária, continua a fazer do suicídio uma ideia que assusta; por conta disso, maneiras de evitar o assunto são inventadas, não só pela imprensa, mas por toda a sociedade. O fato de o suicídio poder

ser transmitido como uma doença colabora para o fato dele ser tratado com todo o cuidado que uma doença contagiosa requer para evitar a sua disseminação, preservando, conseqüentemente, a saúde humana. (SILVA, 2009, p. 26).

No Brasil, o que se pode encontrar também em relação ao suicídio, são relatos voltados para o ato suicida nas populações indígenas e entre escravos, porém seguindo as mesmas dificuldades em acesso de informações e fontes fidedignas que se adentrem a problemática, como nos mostra Silva (2009), em sua dissertação de mestrado,

[...] Por exemplo, o suicídio em populações indígenas brasileiras ainda é muito pouco estudado, mesmo sabendo-se, através da imprensa, de verdadeira epidemia de suicídios que ataca estas populações, sendo importante estudos mais sistemáticos para uma melhor compreensão do fenômeno.⁴⁷

Com relação ao suicídio de escravos, a historiografia brasileira vem mantendo um diálogo com os chamados viajantes, intelectuais estrangeiros que através dos seus relatos de viagem fornecem suas percepções de homens brancos, europeus ou norte-americanos, sobre o comportamento, a moralidade e a mentalidade de raças para eles primitivas. A condição de vida destes escravos e suas doenças físicas e mentais são narradas por estes viajantes, com referências ao banzo e ao suicídio. Através destas narrativas, percebe-se ter sido alta a frequência de suicídios entre os cativos, relacionados quase sempre a reações nostálgicas por conta da perda da liberdade e de vínculos com a terra e grupo social de origem, bem como aos severos castigos impostos pelos senhores. (SILVA, 2009, p. 28).

Entretanto, a situação vem mudando, e atualmente o suicídio vem aumentando cada vez mais sua incidência, tanto que mundialmente este fenômeno vem sendo tratado como um problema de saúde pública. E Muller; Gerson; Zanon (2017), nos ajudam a compreender ainda mais sobre este processo,

O suicídio é um tema de crescente interesse atualmente, não só no Brasil, como no mundo todo. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014), em seu primeiro relatório sobre prevenção do suicídio, alerta que mais de 800 mil pessoas cometem suicídio por ano no mundo, apontando o Brasil como oitavo país com maior índice de suicídio. [...] Contudo, a OMS aponta que o suicídio é passível de prevenção e destaca a importância de estratégias de trabalho com uma abordagem multisetorial abrangente. (MULLER; GERSON; ZANON, 2017, Introdução, p. 8 Apud, BRASIL, 2017).

Em comparação aos diversos países e as faixas de mortalidade por suicídio, o Brasil encontra-se no grupo de países com taxas baixas de suicídio, segundo dados do Ministério da Saúde/SVS (2006).

No entanto, por ser um país populoso, o Brasil faz parte dos dez países com maiores números absolutos de suicídio. Além disso, um dado importante do Ministério se revela, onde há uma mudança na evolução das taxas de suicídio no Brasil conforme o sexo, como mostra na tabela abaixo.

Tabela 1 – Taxa de mortalidade por suicídio, por sexo, entre 1994- 2004.

ANO	MASCULINA	FEMININA	TOTAL
1994	6.1	1.7	3.9
1995	6.7	1.8	4.2
1996	6.9	1.8	4.3
1997	7.0	1.8	4.3
1998	6.9	1.8	4.3
1999	6.6	1.5	4.0
2000	6.5	1.6	4.0
2001	7.3	1.8	4.5
2002	7.0	1.9	4.4
2003	7.2	1.8	4.4
2004	7.1	1.9	4.5

Fonte: Ministério da Saúde/SVS (2006).

Esse fator é importante destacar, pois mostra um certo crescimento das taxas ao longo dos anos e a elevada mortalidade para o sexo masculino, havendo também um aumento considerável das taxas femininas de tentativas de suicídio. Vale ressaltar que há também uma dificuldade em registrar precisamente os casos de suicídio, pois existem questões que interferem indiretamente, principalmente nas famílias enlutadas, como o medo, a insegurança e o preconceito, por conta da moral que é atribuída à sociedade.

Em uma pesquisa realizada pela Nova/SB (2017), uma agência de publicidade do país, que trouxe em uma de suas publicações (Comunica Que Muda - CQM) sobre as reações e menções populares sobre determinados assuntos nas redes sociais como o Twitter, o Facebook, o YouTube, e o Instagram. Uma dessas pesquisas foi sobre o suicídio. Naquele ano, as pessoas reagiram do seguinte modo acerca dessa problemática:

A maior parte dos comentários foi neutra, quando não há um posicionamento claro na postagem, com 52,8% do total. As menções positivas, quando a pessoa demonstrou uma conscientização sobre o tema, somaram 28,8%. Já as negativas, que são mensagens preconceituosas, que reforçam o tabu, incentivam o suicídio ou

demonstram falta de conscientização, ficaram com 18,4% do total – ou seja quase 20% das pessoas que tratam do assunto suicídio o reforçam de forma negativa. A maior parte de comentários neutros também ajudam a mostrar como a discussão sobre o tema continua muito superficial. (NOVA S/B, 2017 p. 09).

Em que pese o posicionamento recente dos usuários de tais redes sociais e seu reforçamento dos tabus em torno da temática do suicídio, como mencionamos, tais estigmas não é algo recente. Ao longo da história, o suicídio foi tratado como algo “contagioso”. O fato de tal ato ser comunicado, partilhado, exposto etc. criava-se a ideia de que, com isso, se “incentivava” as pessoas a pensarem e cometerem o suicídio. Tais preconceitos criaram por muito tempo dificuldades em conscientizar e desenvolver ações de enfrentamento a este problema social.

Assim, por acreditar que expor o tema pode incentivar suicídios, e também por preocupações religiosas, o assunto tornou-se um grande tabu em nossa sociedade. A mídia evita noticiar casos de suicídio, e, quando o faz, apenas cita a informação, sem um aprofundamento maior.

Sem estudar caso a caso, é muito difícil estabelecer uma relação entre obras, como o romance de Goethe, ou casos famosos, como o de Kurt Cobain, e sua influência direta sobre as taxas de suicídios. Além disso, o sociólogo Émile Durkheim, que baseou boa parte de seus estudos sobre a questão, considerando-a uma patologia social, não acreditava que a sugestão era relevante. Para ele, esses suicídios já estariam fadados a ocorrer, e qualquer influência externa poderia apenas acelerá-los. Ou seja, por essa análise, essa pessoa influenciada por uma obra ou notícia já seria alguém que tem potencial para um comportamento suicida, e deixar de falar sobre o assunto não resolveria o problema. (NOVA S/B, 2017, p. 33).

A falta de informações precisas, de ajuda adequada, e de abertura para o diálogo sobre o problema do suicídio, muitas vezes exclui a possibilidade de salvar vidas. A moralização e o tabu criado em torno do problema do suicídio podem se associar a outras questões.

[...] a OMS considera que 90% dos suicídios poderiam ser evitados. Para isso, bastaria que a pessoa recebesse a ajuda adequada. Porém, como essa pessoa vai receber ajuda se o tema é um tabu, e ninguém fala sobre isso? Ela saberá que existe uma saída? Que o suicídio não é a única opção? Que ela não precisa se sentir estigmatizada ou envergonhada por pensar sobre? As pessoas que convivem com ela saberão identificar os sinais e como oferecer apoio? (NOVA S/B, 2017 p. 35).

O suicídio tem sido um tabu por um longo tempo, e ainda assim as taxas continuam crescendo. Além disso, também é preciso desmistificar a questão da depressão e outros distúrbios, como a ansiedade. É comum a ideia de que isso não passa de frescura, que a pessoa só quer atenção ou, então, que basta uma decisão pessoal para a melhora. Sem falar no estigma de quem faz terapia, ou passa por tratamento psiquiátrico. Esse tipo de julgamento só piora a situação, já que faz a pessoa sentir vergonha, e a afasta da ajuda necessária. Não tratar um problema não faz com que ele

desapareça, ao contrário, apenas permite que ele cresça no escuro. Por isso, precisamos derrubar esse tabu, e falar sim sobre o suicídio. (NOVA S/B, 2017, p. 35).

Apesar de toda a complexidade que envolve a problemática do suicídio, da moralização e do tabu em torno dela, volta e meia o tema ganha destaque na mídia e nas redes sociais. No ano de 2017, por exemplo, no meio virtual surgiu o jogo da Baleia azul (tipo de jogo virtual envolvido no cumprimento de desafios, e dentre estes os participantes eram levados a automutilação, e também ao ato de suicídio), e no mesmo ano, foi lançada a série “13ReasonsWhy”¹ (Os 13 Porquês, em tradução livre) na Netflix, trazendo visibilidade ao tema.

No geral, o tema do suicídio na internet é mais periférico, restrito a poucos grupos de conexões, nos quais não se destaca nenhum grande influenciador, com o assunto sendo tratado principalmente de maneira mais genérica, sem grande conscientização. Entretanto, ao se analisar especificamente a repercussão dos 13 Porquês e da Baleia Azul, percebe-se que existiram muito mais interconexões entre os usuários, com o surgimento de grandes influenciadores nos temas, mostrando como o debate foi amplificado no período do monitoramento. (NOVA S/B, 2017, p. 09).

Com este panorama, devido ao problema ter sido recorrente nos últimos anos, estratégias de enfrentamento foram sendo pensadas, e o suicídio começa a ter espaço e visibilidade, apesar de ainda ser socialmente um tabu.

1.1 Conceitos de suicídio

O suicídio é um fenômeno complexo, assim como sua conceituação também o é. Cassorla (1984) considera que há alguns tipos de suicídio. Há o suicídio que se caracteriza pela morte de si mesmo e o suicídio que se caracteriza comportamentos e atitudes que podem levar à morte de si mesmo, mas de forma indireta, por isso, pode ser consciente ou não. Um exemplo disso é o surgimento de uma doença que não seja física, podendo também ser classificada como “a morte de si mesmo”, como algum problema no fígado que decorre de anos fumando cigarro.

¹Essa série, produzida pela provedora de filmes e séries Netflix, no ano de 2017, é oriunda de obra homônima e best-seller redigida pelo escritor norte-americano Jay Asher. Os treze episódios da coleção estão estruturados no protagonismo de uma estudante suicida e no relato de seu passado/presente contido em fitas cassetes por ela gravadas.

NARDI, E. R.; BRIGAGÃO, L. R. F. 13 *ReasonsWhy*: uma análise filosófica a respeito do suicídio sob a ótica de Camus, Freud e Schopenhauer e sua abordagem pedagógica no Ensino Médio. Revista do NESEF. 2018.

Fumar prejudica diretamente a saúde, pois tal escolha, com uma certa frequência, leva ao adoecimento, na medida em que faz muito mal à saúde e muitas vezes leva à morte.

Já para Durkheim (2000), “o suicídio é conceituado como toda tentativa da vítima de tirar sua própria vida, estando a pessoa em sofrimento ciente disso”. Ou seja, a dor intensa da vítima se torna tão insuportável ao ponto de ela não ter mais vontade pela vida.

Dizemos, pois, definitivamente: chama-se suicídio todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e que ela sabia que produziria esse resultado. A tentativa é o ato assim definido, mas interrompido antes que dele resulte a morte. (DURKHEIM, 2000, p. 14).

Quando o autor cita as formas positivas e negativas, ele trata da primeira como forma direta em que a vítima usa de meios para tirar a vida (arma de fogo, faca, corda, etc.), e a segunda é a forma indireta, onde o indivíduo não usa meio algum para isso, mas sim se entrega à morte (deixando de se alimentar ou tomar água, por exemplo).

Em *Literatura e Suicídio*, André et al (2020) destacam que,

Talvez [...] o suicídio deva ser considerado, de certa forma, como uma espécie de “fenômeno sócio-cultural”. Não para pensá-lo enquanto consequência ou desdobramento de determinadas relações sociais, ou como “peça” constituinte de uma macro-estrutura social capaz de conferir significações definitivas às relações humanas. Na contramão dessa perspectiva, parece-nos necessário considerá-lo enquanto ato especificamente humano, possuidor de jurisdições próprias - e que, por isso, no que pese não poder ser explicado/teorizado, deve ser tratado com a delicadeza que o problema nele inscrito demanda. (ANDRÉ et al, 2020, p. 31-32).

De acordo com André et al (2020), a consideração do suicídio como “fenômeno sociocultural” pode ser percebida também no fato de que, quando o suicídio passou a ser abordado pela literatura, por exemplo nos escritos de Virginia Woolf² e Ernest Hemingway³,

²Virginia Woolf (1882-1941) é amplamente conhecida e aclamada como uma das principais escritoras de língua inglesa do século XX. Não apenas sua obra fala por si e demonstra a capacidade linguística e estilística que fez sua fama, como sua vida agitada e controversa talvez tenha contribuído para fazer sua notoriedade ainda maior. JONES, R. P. **Virginia Woolf e o sentido do tempo**. Intellèctus, ano XVIII, n. 1, p. 26-47. São Paulo. 2019.

³Ernest Hemingway nasceu em 21 de julho de 1899. Suicidou-se em 2 de julho de 1961. Entre essas duas datas, tornou-se o escritor mais célebre de sua época. Produziu clássicos como *O sol também se levanta*, *Adeus às armas*, *por quem os sinos doam*, *O velho e o mar* e *Paris é uma festa*. Recebeu o Prêmio Nobel de 1954 (AMABILE, 2015). AMABILE, L. R. **A história, e as histórias, em algumas cartas de Ernest Hemingway na Paris de 1920**. Porto Alegre, v. 8, n. 2, p. 539-548, jul-dez. 2015.

notou-se um aumento no número de casos de suicídio na sociedade. Acredita-se que, na medida em que os autores que relatavam suas experiências pessoais com o suicídio, isso contribuiu não apenas para a problematização da temática, mas também para um aumento no número de suas práticas. Isso pode ter a ver com a identificação dos leitores com as experiências de vida dos personagens da literatura.

A sociedade, de uma forma geral, tem medo de lidar com a perda por morte, pois mesmo a morte sendo uma certeza da vida, faz parte do desconhecido. Nos casos de morte por suicídio, a compreensão da morte pode vir acompanhada do sentimento de culpa, sendo necessário muita atenção e cuidado, mas também criação de espaços na sociedade e na própria família, em que as pessoas possam falar sobre o referido assunto, sem estigmas e tabus.

A conceituação da relação entre suicídio e morte é frequentemente tratada com certo tabu e com certa moralidade. Há muito tempo acredita-se que falar, conceituar e/ou descrever o fenômeno do suicídio pode trazer consequências negativas. Acredita-se que isso pode instigar as pessoas a tirarem a própria vida. Esse tabu não permite desmistificar o fenômeno do suicídio.

Em sua dissertação de mestrado intitulada *Renúncia à vida pela morte voluntária: o suicídio aos olhos da imprensa no Recife dos anos 1950*, Silva (2009) mostra que por muito tempo a Psiquiatria ofereceu ao problema do suicídio formas de tratamento que se baseavam na moral.

Segundo Silva (2009, p. 43): “Nota-se na Medicina do começo do século XIX, uma tendência para culpabilizar a melancolia depressiva e a inclinação para o suicídio, para isso utilizando um tratamento moral, baseado na punição, também usado para qualquer outro vício”. Ou seja, as pessoas que cometiam o suicídio eram consideradas fracas, sem perspectivas, onde não se ajustavam ao que se era esperado para elas enquanto ser humano.

De acordo com Durkheim (2000), durante o século XIX, o suicídio era tratado como um fato social, um fenômeno que decorreria da individualidade da vítima, mas que na verdade era principalmente consequência de fatores externos, dos diferentes rumos que a pessoa ia tomando perante a sociedade. Com isso, compreende-se que as ações decorrentes das relações sociais, dos diferentes lugares e épocas do mundo é que se tornam responsáveis pelo adoecimento mental das pessoas, até a tomada de iniciativa para tirar a própria vida.

Ainda segundo Durkheim (2000) não se deve entender o suicídio apenas como um fenômeno isolado, além de perceber que tal problemática deve ser tratada de maneira coletiva,

explorando primeiro o conjunto. Seguindo este posicionamento, compreende-se que seja um conflito que vai do meio social exterior ao próprio indivíduo, estabelecendo assim tipos sociais de suicídio, que são eles: o suicídio egoísta, que se trata de uma falha na integração da pessoa, onde há uma individualização excessiva com o meio social. O ser que se encontra nessa situação está pouco integrado com a sociedade e possui um ego que entra em conflito com qualquer tipo de envolvimento externo, não vendo mais sentido na vida. Já no suicídio altruísta, o indivíduo não se vê com vida própria, mas sim afastado da realidade. Vê um objetivo, mas lhe aparece como um obstáculo e desenvolve um sentimento de esperança, que vai além dessa vida, fora dos grupos ao qual o indivíduo pertence. E no suicídio anômico, engloba principalmente o fato da sociedade estar vivendo um momento de anomia ou crise econômica, onde há uma desordem e desarticulação nas regras sociais.

Como descrito anteriormente, Durkheim classifica alguns processos de adoecimento que refletem em três tipos de suicídio determinados por ele. Almeida (2018) explica algumas dessas características e considera que “Para esse autor, a família serve como uma maneira de controlar os suicídios, pois a partir do momento em que se casa e se constitui família, criam-se responsabilidades para o indivíduo, fazendo com que assuma funções do seio familiar”. (ALMEIDA, 2018, p. 123).

Isso diz respeito ao fato de que para Durkheim (2000), o afastamento dessas relações, do indivíduo ao meio social, enfraquece e quanto menos vínculo tiver, menos força deve ter para reagir às adversidades da vida, tornando assim o suicídio uma saída. Esse tipo de suicídio é considerado egoísta, pois sem essas conexões tudo torna-se desestimulante para a vida.

Além disso, também vale destacar sobre o suicídio altruísta, que é determinado por ações de benemerência, onde pessoas se matam para provar algo para a sociedade ou por algo marcante, como os soldados que arriscavam suas vidas nas guerras. “...no suicídio altruísta o indivíduo se mata por se sentir no dever de cometer esse ato em prol do bem-estar da sua sociedade ou do grupo social no qual está inserido”. (ALMEIDA, 2018, p. 124).

Já sobre o suicídio anômico, Durkheim (2000) traz a relação com as desordens sociais, onde a sociedade passa por conflitos, principalmente no desenvolvimento do capitalismo e da divisão social do trabalho.

“Se, portanto, as crises industriais ou financeiras aumentam os suicídios, não é por empobrecerem, uma vez que crises de propriedade têm o mesmo resultado; é por serem crises, ou seja, perturbações da ordem coletiva. Toda ruptura de equilíbrio,

mesmo que resulte em maior abastança e aumento da vitalidade geral, impele à morte voluntária”. (DURKHEIM, 2000, p. 311).

Esse último tipo de suicídio tem muito a ver com os processos em que a sociedade se firma ao longo dos anos, através de desigualdades sociais gritantes e que afetam diretamente na vida das pessoas. Durkheim (2000) não pensava em extinguir esse tipo de sociabilidade ou até o próprio Estado, ainda que acreditasse que isso pudesse influenciar no fato das pessoas tirarem a própria vida, mas sim que houvesse reformulações.

Cassorla (1984) argumenta que:

A pessoa que se mata não quer necessariamente morrer (pois nem sabe o que seja isso). A pessoa se mata porque deseja outra forma de vida fantasiada na terra ou em outro mundo, mas na verdade essa outra forma de vida está em sua mente. (CASSORLA, 1984, p. 29).

A pessoa em grande sofrimento psíquico, que chega a tentar suicídio, não tem de fato o desejo pela morte, pois ela almeja diminuir ou aniquilar o sofrimento que impossibilita as atividades comuns do dia a dia, os mínimos prazeres e o gosto pela vida, intensificando assim sentimentos negativos e desesperançosos, ainda que para os outros tudo pareça estar bem.

Marx (2006) também faz um breve estudo sobre o suicídio e as contradições existentes na sociedade moderna. Considera o suicídio e suas causas na sociedade moderna, relacionando-as com a miséria, o desemprego, os salários humilhantes, a prostituição, a injustiça social etc. destacando que:

O número anual dos suicídios, aquele que entre nós é tido como uma média normal e periódica, deve ser considerado *um sintoma da organização deficiente de nossa sociedade*; pois, na época da paralisação e das crises da indústria, em temporadas de encarecimento dos meios de vida e de invernos rigorosos, esse sintoma é sempre mais evidente e assume um caráter epidêmico. A prostituição e o latrocínio aumentam, então, na mesma proporção. Embora a miséria seja a maior causa do suicídio, encontramos-lo em todas as classes, tanto entre os ricos ociosos como entre os artistas e os políticos. A diversidade das suas causas parece escapar à censura uniforme e insensível dos moralistas. (MARX, 2006, p. 23-24. *Grifos nossos*).

Assim, Marx (2006) propõe a discussão acerca do suicídio relacionado diretamente com as consequências das desigualdades sociais existentes na sociedade. Afirma ainda:

As relações entre os interesses e os ânimos, as verdadeiras relações entre os indivíduos ainda estão para ser criadas entre nós inteiramente, e o suicídio não é mais do que um

entre os mil e um sintomas da luta social geral, sempre percebida em fatos recentes, da qual tantos combatentes se retiram porque estão cansados de serem contados entre as vítimas ou porque se insurgem contra a ideia de assumir um lugar honroso entre os carrascos. (MARX, p. 29, 2006).

Além disso, Marx ainda cita alguns exemplos de casos reais de sofrimento psíquico de algumas famílias na qual pôde conhecer as trajetórias, que contavam sobre a influência das pressões sociais na vida das pessoas e em como esses incidentes podiam decorrer nos casos de suicídio. Seus questionamentos eram críticos ao modo de produção capitalista vigente na sociedade, pois notava a grande farsa que era atribuída à classe trabalhadora, bem como o sofrimento físico e mental vivido por essas pessoas a fim de enriquecer cada vez enriquecer a classe burguesa. “Logo, o trabalhador não se afirma no trabalho, pelo contrário, ele se esgota numa atividade prática de mortificação. O trabalho converte-se em atividade externa que produz deformação e unilateralização para o trabalhador”. (ALBUQUERQUE, p. 31, 2018).

As formas de trabalho propostas pela sociedade capitalista expandem as possibilidades do trabalhador se reduzir à mera mercadoria, impactando diretamente em sua condição de vida, pois a partir de um estudo da totalidade Marx relaciona o modo de produção às relações sociais.

O capital busca ampliar a produtividade intensificando as formas de extração do sobretrabalho. Tal exploração se acentua com a adoção da maquinaria que subsumiu ainda mais os trabalhadores, enquanto se preserva essencialmente a forma do trabalho alienado. Com os avanços tecnológicos, as formas de exploração também se adaptaram às novas formas de produção e organização do trabalho, como explicitado ao caracterizarmos o modelo fordista e suas características para o trabalhador. (ALBUQUERQUE, p. 85, 2018).

Além disso, as formas de tratamento do modo de produção capitalista expostas por Marx a partir de seus estudos, demonstram a conservação da servidão, ao trabalhador ser tratado como posse, bem como também os fracassos enfrentados pela sociedade em geral que decorrem de uma sociedade injusta e desigual, acarretando em diversos tipos de sofrimento, inclusive os que possibilitam a morte de si mesmo.

Como se vê, são diversos os conceitos acerca do suicídio. Eles resultam de diversos contextos da história da humanidade. Mas, o que fica evidente é a complexidade da problemática. A tentativa e o ato do suicídio em si envolvem diversas questões e processos que devem ser tratados com a maior atenção e responsabilidade possível, seja pela família, sociedade, o próprio Estado e até pelas mídias sociais.

Para a Organização Mundial de Saúde, “os suicídios podem ser evitados em tempo oportuno, com base em evidências e com intervenções de baixo custo”. (BRASIL, 2017). Hoje em dia, a problemática do suicídio tornou-se um problema de saúde pública e isto está ligado à luta que resultou na Reforma Psiquiátrica.

2. A REFORMA PSIQUIÁTRICA

A história da “loucura” no Brasil e no mundo é marcada por muita hostilidade. As pessoas que eram consideradas loucas, desorganizadas e que se comportavam de uma maneira que não era esperada pela sociedade eram isoladas, enclausuradas e incompreendidas ao longo de décadas e décadas. O aprisionamento era a saída, o internamento eram os choques, as lobotomias e as diversas formas de maus tratos era o que percorriam os espaços dos manicômios. Esse tipo de ação apenas reforça o sofrimento humano sem reconhecer as subjetividades e os direitos. É no contexto de luta contra essas formas de enfrentamento aos problemas de saúde mental que surge a Reforma Psiquiátrica, fundamentada pela Reforma Sanitária.

Vale ressaltar que o Movimento de Reforma Sanitária foi um marco importante na história da Saúde pública, que ocorreu no Brasil, no cenário da luta contra a ditadura no final dos anos 1970. O objetivo principal era buscar melhorias através de transformações na saúde pública, visando o bem estar da população e a garantia de um serviço de saúde de qualidade (PAIVA e TEIXEIRA, 2014). A Reforma Sanitária foi realizada pelos médicos, junto a outros profissionais da área, e toda a sociedade civil interessada na melhoria e democratização da saúde pública.

Já em 1978 foi criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), onde os familiares das pessoas com transtornos e demais camadas da sociedade se juntaram em prol da evolução de um sistema humanitário e que se importa com o cuidado integral do usuário.

É sobretudo este Movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005, p. 7).

Posto isso, mais um movimento vem à tona em prol de uma maior atenção ao cuidado em saúde mental. “Ainda na perspectiva da ampliação do escopo do movimento, é instituído o dia 18 de maio como Dia Nacional da Luta Antimanicomial, visando a potencializar o poder de aglutinação de maiores parcelas da sociedade em torno da causa” (TENÓRIO, 2002, P. 35). Já no ano de 1987 acontece a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, considerados eventos importantes para o processo da Reforma no país. Nesses espaços houveram diversas discussões de pautas pertinentes às estratégias de estrutura para articulações acerca das formas de “lidar com a loucura” no país.

O encontro que a ela se segue institui um novo lema: Por uma Sociedade sem Manicômios. Estabelece um novo horizonte de ação: não apenas as macrorreformas, mas a preocupação com o ato de saúde, que envolve profissional e cliente; não apenas as instituições psiquiátricas, mas a cultura, o cotidiano, as mentalidades. (TENÓRIO, 2002, p. 35).

A Reforma Psiquiátrica foi um movimento de luta contra a cultura dos manicômios, contra a violência sofrida pelos doentes mentais e contra os métodos violentos de tratamento das pessoas com transtornos mentais. Além de buscar novos serviços de estratégias diferenciadas para a libertação das pessoas com sofrimento psíquico dos lugares insalubres, desumanos e violentos (manicômios e hospitais psiquiátricos) e também da proposta dessas pessoas serem tratadas em liberdade, junto à sociedade.

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios. (BRASIL, 2005, p. 6).

A Reforma Psiquiátrica está ligada ao movimento da Reforma Sanitária⁴ e se trata também de um marco histórico que antecede a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no

⁴A reforma sanitária no Brasil é conhecida como o projeto e a trajetória de constituição e reformulação de um campo de saber, uma estratégia política e um processo de transformação institucional. Emergindo como parte da luta pela democracia, a reforma sanitária já ultrapassa três décadas, tendo alcançado a garantia constitucional do

Brasil. Esse movimento foi realizado por profissionais da área de saúde mental e por familiares das pessoas com transtornos mentais, sendo impulsionado por intervenções e fechamento de clínicas psiquiátricas e também por leis que foram criadas para intervir na área de saúde mental, como a grande influência da Declaração de Caracas, que propôs a reestruturação da assistência psiquiátrica, além de leis, como a Lei de nº 10.216⁵ (2001), que ampara e protege os direitos das pessoas com transtornos mentais.

O processo de Reforma Psiquiátrica é mais que formativo, é uma luta constante e que não só propõe um novo modelo de cuidado, mas que também influencia a forma como a sociedade e o próprio Estado enxergam o cuidado em saúde mental no país. A luta por cidadania, liberdade e inclusão são pontos fortes da Reforma, além da criação de modelos substitutivos de atenção psicossocial.

No Brasil, durante as décadas de 1970 e 1980 houveram diversas denúncias a respeito dos maus tratos e péssimos cuidados nos hospícios, ocasionando um sentimento de revolta nos usuários, familiares e também profissionais de saúde mental. Devido a isso, algumas movimentações foram acontecendo na sociedade, aumentando cada vez mais as insatisfações.

Nascido do reclame da cidadania do louco, o movimento atual da reforma psiquiátrica brasileira desdobrou-se em um amplo e diversificado escopo de práticas e saberes. A importância analítica de se localizar a cidadania como valor fundante e organizador deste processo está em que a reforma é sobretudo um campo heterogêneo, que abarca a clínica, a política, o social, o cultural e as relações com o jurídico, e é obra de atores muito diferentes entre si. (TENÓRIO, 2002, p.28).

A mercantilização da saúde foi uma das pautas contestadas do processo da Reforma Psiquiátrica, pois além do Estado investir dinheiro público em serviços privados, descredibiliza

direito universal à saúde e a construção institucional do Sistema Único de Saúde (SUS). FLEURY, S. **Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, p. 743-752. Rio de Janeiro. 2009.

⁵Dispõe sobre a proteção das pessoas com transtornos mentais e redireciona todo o modelo assistencial na área, reconhecendo como direitos: Ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, de acordo com suas necessidades; Ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, para alcançar sua recuperação pela inclusão na família, no trabalho e na comunidade; Ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; Ter garantia de sigilo nas informações prestadas; Ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização sem sua concordância; Ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; Receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; Ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; Ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. (BRASIL. MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL/PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO. 2012) Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/cartilha-saude-mental-2012.pdf>. Acesso em: 13 de maio de 2021.

tudo um processo sofrido e de muita luta em busca da substituição do modelo de tratamento hospitalocêntrico. “Foram sobretudo os governos militares que consolidaram a articulação entre internação asilar e privatização da assistência, com a crescente contratação de leitos nas clínicas e hospitais conveniados”. (TENÓRIO, 2002, p. 34).

Cabe aqui destacar também sobre os investimentos públicos nas instituições conveniadas, privatizando a assistência em saúde mental nos maiores hospitais psiquiátricos do país, pois “...dos recursos gastos pelo Inamps em serviços psiquiátricos contratados junto às clínicas privadas, 81,96% destinavam-se à área hospitalar, e 4%, à assistência ambulatorial” (TENÓRIO, 2002, p. 34).

Assim, devido a esses descasos, a sociedade passa então a perceber a grandeza do percurso das lutas citadas anteriormente, que representam o cuidado em Saúde mental e a questionar essa relação do louco, desse o aprisionamento desnecessário e dos direitos dessas pessoas enquanto cidadãos, independente do transtorno que portavam.

São mudanças que devem ocorrer no interior da sociedade, na forma de pensar e lidar com a loucura. São questões que propõem novos eixos conceituais e estruturais, onde novos dispositivos de cuidados de base comunitária e territorial serão inseridos no lugar do antigo modelo asilar de forma progressiva. Outro passo relevante para o contexto da Saúde Mental no Brasil foi o processo da instituição da Lei Paulo Delgado. “É somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a Lei Paulo Delgado é sancionada no país” (BRASIL, 2005, p. 8).

A Lei 10.216, de 06/04/2001, regulamenta a assistência às pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Porém, seu desenvolvimento ocorreu de forma lenta, pois ainda em 1989 o deputado Paulo Delgado (PT-MG), expôs o projeto de lei nº 3.657/89 para o senado, mas houveram muitas ressalvas, sendo deixado de lado ao longo dos anos. “Depois de aprovado na Câmara dos Deputados, o projeto enfrentou muitas dificuldades no Senado que, em seu lugar, aprovou, mais de dez anos depois (em janeiro de 2000), um substitutivo muito mais tímido quanto à substituição asilar”. (TENÓRIO, 2002, p. 36).

Segundo a Constituição Federal de 1988, através da lei 10.216/2001, o direito à saúde mental prevê assegurar o bem-estar mental, o acesso gratuito aos serviços públicos de atenção, fornecendo condições para uma vida digna e a inserção dessas pessoas na comunidade. Todavia, Tenório (2002, p.52) afirma que “o maior obstáculo concreto à reforma [...] é o crescimento

desordenado da oferta de internações psiquiátricas gratuitas, sobretudo pelo setor contratado [...]". Ou seja, o direito do acesso gratuito previsto em Lei para todos aqueles que necessitam de atendimento relacionado a saúde mental, são burlados, enfatizando o caráter opressivo e legitimador do capital em dificultar o acesso a direitos básicos para a sobrevivência do indivíduo, pois historicamente o cuidado voltado para essas pessoas foi instituído nos moldes hospitalocêntricos.

Com as mudanças pontuadas no projeto inicial da lei, é mantido pelo senado as internações nos hospitais psiquiátricos, bem como alguns métodos antigos de cuidado. É previsto na Lei 10.216/2001, segundo seus primeiros artigos:

Art. 4º, § 1º: Como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio; Art. 4, § 2º: Obriga ainda que o tratamento em regime de internação contemple atendimento integral, inclusive não médico e com atividades de lazer e ocupacionais; no seu artigo 5º a lei obriga a elaboração de "política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida" para o paciente "há longo tempo institucionalizado" e para as situações de "grave dependência institucional". Não se trata mais de propor um novo modelo, mas de mostrar como tem sido possível implementá-lo e discutir o que se deve fazer para, com o auxílio de uma lei nacional e da renovada participação social, estendê-lo ao conjunto da rede assistencial no país. (TENÓRIO, 2002, p. 53).

Tenório (2002) ainda conclui sobre o êxito e importância que a Reforma Psiquiátrica tem para o nosso país, pois mesmo exigindo muita luta, trouxe resultados excelentes para a vida do cidadão com transtornos mentais.

O sucesso da reforma - sua eficácia terapêutica e seu apelo ideológico - reside em larga medida na percepção desse fato e na construção de um amplo arcabouço de cuidados para sustentar a existência de pacientes que, sem isso, estavam condenados à errância ou à hospitalização quase permanente. São criados serviços capazes de ser uma referência institucional permanente de cuidados e de cuidados integrais. (TENÓRIO, 2002, p. 56).

Dentre estas novas formas de cuidado, vale destacar os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), como modelos de tratamentos substitutivos aos hospitais psiquiátricos e manicômios. Em Alagoas, o Movimento Sanitário e principalmente o Movimento Nacional pela Luta Antimanicomial propiciaram as condições para a luta pela implantação de CAPS e estabelecimento de ações importantes no âmbito da saúde mental no Estado. Até o momento,

55 CAPS foram implantados no Estado, conforme as modalidades CAPS I, CAPS II, CAPS ad e CAPSi.

O Movimento da Reforma Psiquiátrica foi de fundamental importância para reinserir essas pessoas no meio social, além de trazer para a sociedade um olhar mais amplo e integral sobre o cuidado para com as pessoas que possuem algum transtorno, buscando fugir do modelo hospitalocêntrico que foi construído historicamente.

Historicamente, a assistência psiquiátrica baseada no modelo hospitalar produziu perdas significativas na vida das pessoas com transtornos mentais severos e persistentes. As trajetórias marcadas por esses transtornos recorrentes não podem ser atribuídas apenas ao aspecto psicopatológico que justificou a criação de macro instituições psiquiátricas. O hospital psiquiátrico omitiu os aspectos sociais amplos e estruturais, bem como os psicossociais, tais como as relações familiares e sociais, que são indissociáveis da vida do indivíduo e que interferem em seu processo de saúde e doença mental. (LEÃO e BARROS, 2011).

É de fundamental importância ressaltar que a reabilitação psicossocial e a reinserção social, trazem possibilidades de um convívio saudável ao meio social para os portadores de transtorno mental, bem como a oportunidade de a sociedade compreender que essas pessoas são sujeitos de direitos e merecem ocupar os diversos espaços públicos.

E como grande influência do processo de desinstitucionalização, foram criados novos dispositivos de saúde mental de base territorializada, pois favorecem o acesso aos serviços, visto que um dos princípios da Reforma é o tratamento em liberdade, para obter os recursos terapêuticos é mais fácil e estratégico que essas pessoas morem próximo a esses serviços, que é onde elas transitam e residem. Esse processo tem grande influência de Franco Basaglia, médico e psiquiatra italiano e precursor do movimento da Reforma Psiquiátrica Italiana, que propôs uma revisão na psiquiatria tradicional, visando experiências de tratamentos comunitários e humanizados. É possível notar que:

A análise sistemática feita por Basaglia e seus seguidores a respeito da cultura manicomial foi deixando cada vez mais claro o quanto o asilo, como instituição real, concreta, é apenas um dos instrumentos por meio dos quais a cultura manicomial nessas sociedades têm lidado com a experiência humana da loucura e do sofrimento psíquico intolerável. (CORBISIER, 2000, p. 285).

O fato de o Brasil ter aderido à Reforma foi essencial para o contexto da Saúde mental no país, pois o acesso ao serviço assistencial e integral levanta questões de lutas concretas para o processo de substituição asilar. Além de proporcionar espaço para diversos saberes, trabalho multiprofissional e olhares diversos, onde o usuário agora não é mais apenas um diagnóstico e sim um ser humano que possui limitações diante do que é esperado pela sociedade, mas que detém direitos, voz e lugar na sociedade.

2.1 A Saúde Mental sob a ótica da Saúde pública

Como problema de saúde pública, assim como qualquer outro problema (social, público, etc.), a problemática do suicídio requer estudos, atenção, cuidado e ações (intervenções).

Os dados disponibilizados pela Organização Mundial de Saúde (2012) corroboram para que defendamos o suicídio como um problema de saúde pública nos dias atuais. Segundo essa organização, estima-se que a cada 40 segundos uma pessoa no mundo comete suicídio”. (BACKSCHAT et al, 2016, p. 04).

Falar de avanços em relação ao suicídio é falar sobre a Política de Saúde Mental no grande marco que foi a Reforma Psiquiátrica, que trouxe para a área da saúde mental uma reformulação em suas teorias e práticas no que se refere cuidado com aqueles que possuíam algum tipo de transtorno ou adoeciam psicologicamente, trazendo junto com esta reformulação o espaço de visibilidade para essas pessoas que também necessitam de cuidados digno, inclusivo e sem preconceitos.

A Reforma Psiquiátrica é recente, resultado de um processo que surge a partir da redemocratização do país, em fins da década de 1970, alavancada pelo Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, indignados com a situação acima mencionada. Este Movimento teve como principal papel, tanto a formulação teórica quanto a prática dos sistemas substitutivos de saúde mental. (BACKSCHAT et al, 2016).

E assim, dentro da Política de Saúde Mental, a problemática do suicídio também ganha seu espaço, na busca por “um olhar diferenciado”, atencioso e sem preconceitos que possa ofertar ao indivíduo, que tem ideação suicida ou já cometeu algum ato contra a própria vida,

um cuidado responsável e comprometido que consiga reverter e prevenir a consumação do suicídio.

A Política de Saúde Mental, assim como outras políticas sociais brasileiras, traz em sua trajetória histórica momentos de muita luta e resistência. A Reforma Psiquiátrica na história da Política de Saúde Mental foi o “divisor de águas” a partir do qual se rompeu com as práticas desumanas. Ela significou a busca por novas formas de tratamento e cuidado. Porém, ainda não se consolidou definitivamente, a implementação da Política de Saúde Mental no Brasil foi e continua sendo uma luta diária para garantir às pessoas que possuem transtornos mentais, uma vida digna e social.

Falar de saúde mental pode ser algo mais amplo do que “estar bem consigo mesmo”, exige pensar nas questões que precisamos lidar quando surgem as problemáticas da vida. Saúde não é só a ausência de doença, mas também “...é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”, segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS (BRASIL, 2017).

Amarante (2007) traz a importância da amplitude que a área de saúde mental propõe:

Ao contrário da psiquiatria, a saúde mental não se baseia em apenas um tipo de conhecimento, a psiquiatria, e muito menos é exercida por apenas, ou fundamentalmente, um profissional, o psiquiatra. Quando nos referimos à saúde mental, ampliamos o espectro dos conhecimentos envolvidos, de uma forma tão rica e polissêmica que encontramos dificuldades de delimitar suas fronteiras, de saber onde começam e terminam seus limites. (AMARANTE, 2007, p. 15).

O campo da saúde mental é bastante amplo quando se trata da sua prática, pois após o processo da Reforma psiquiátrica e tudo o que se estabeleceu a partir da Lei 10.216 podemos observar que a atuação nessa área não se restringe somente à atuação de psiquiatras e de psicólogos. Hoje, diversos profissionais de áreas distintas possuem atribuições para compor a atenção em saúde mental.

Atualmente, as pessoas com transtorno mental são resguardadas pela Lei de Saúde Mental (BRASIL, 2001), que prevê um cuidado integral, de base territorial e em que o paciente esteja ciente de todo o seu percurso no tratamento, desde os acompanhamentos adequados, medicamentos (caso necessite), dentre todos os espaços que ele pode participar em prol de sua saúde mental.

Na luta pelo direito à saúde mental, é válido salientar a grande relevância de Nise da Silveira, médica psiquiatra alagoana, que fez história por revolucionar o cuidado em saúde mental no Brasil. Guimarães e Saeki (2007) traz a sensibilidade de Nise com o cuidado.

O olhar de Nise da Silveira vem ao encontro da abordagem da História Nova francesa, que prioriza a escrita do cotidiano de sujeitos comuns e anônimos, considerados marginais para a historiografia tradicional centrada na aclamação de "majestades" do cenário político das grandes cidades. (GUIMARÃES e SAEKI, 2007).

Nise propõe e executa, mesmo contra a psiquiatria tradicional, novos olhares sobre os pacientes, apoia saberes diversos para além da medicina, como a arteterapia e o cuidado em liberdade, onde o doente era o protagonista da sua própria história. A exemplo disso, Fernandes (2015) ressalta:

O olhar de Nise da Silveira vem ao encontro da abordagem da História Nova francesa, que prioriza a escrita do cotidiano de sujeitos comuns e anônimos, considerados marginais para a historiografia tradicional centrada na aclamação de "majestades" do cenário político das grandes cidades. (FERNANDES, 2015, p.13).

Nise da Silveira inovou, persistiu e resistiu em meio a tantos “nãos”, mas protagonizou e marcou a história da psiquiatria brasileira e trouxe consigo uma história carregada de desafios diante de tantos olhares estigmatizados, além de trazer a força de uma mulher que ocupou um grande lugar, onde por muitos anos foi marcado pelo patriarcado. Nise da Silveira é exemplo de força, coragem e amor pela ciência e liberdade do cuidado. Nesse sentido, Amarante (2007) argumenta que a luta pelo direito à saúde mental é uma questão de direitos humanos.

A questão dos direitos humanos assume aqui uma expressão singular. Trata-se de uma luta pela inclusão de novos sujeitos de direito e de novos direitos para os sujeitos em sofrimento mental. Direito ao trabalho, ao estudo, ao lazer, ao esporte, à cultura, enfim, aos recursos que a sociedade oferece. (AMARANTE, 2007, p. 69-70).

Apesar da luta pelo direito à saúde mental, os transtornos mentais têm sido cada vez mais presentes na vida das pessoas, pois conforme o tempo passa, mais e mais é exigido das pessoas, como a agilidade, a necessidade de “dar conta” de vários compromissos ao mesmo tempo etc., e isso torna o dia a dia desgastante ao ponto de a mente não aguentar tanta

informação e desenvolver uma série de problemas que afetam a saúde física, emocional e mental.

O princípio da dignidade da pessoa humana está previsto na Constituição Federal Brasileira, no art. 1º, III (BRASIL, 1988), pois no Brasil a tentativa de suicídio não é tratada como crime e é defendido que a pessoa em estado de crise psíquica grave, não disponha de condições para fazê-lo, como o uso de uma arma, veneno, etc. Assim, essas pessoas devem ter seus direitos resguardados enquanto cidadãos, além de serem amparadas constitucionalmente.

Em 2006, o Ministério da Saúde instituiu para todo o território brasileiro a Portaria de Nº 1.876 de 14 de agosto de 2006, que mostra sua relevância:

[...] Considerando a Constituição Federal, no capítulo saúde, em seus artigos 196 a 200 e as Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;

Considerando que o fenômeno do suicídio é um grave problema de saúde pública, que afeta toda a sociedade e que pode ser prevenido;

Considerando a importância epidemiológica do registro do suicídio e das tentativas de suicídio em todo o território nacional;

Considerando a importância epidemiológica e a relevância do quadro de comorbidade e transtornos associados ao suicídio e suas tentativas, em populações vulneráveis, tais como: indivíduos com transtornos psíquicos, especialmente as depressões; indivíduos que já tentaram suicídio; usuários de álcool e outras drogas; populações residentes e internadas em instituições específicas (clínicas, hospitais, presídios e outros); adolescentes moradores de rua, gestantes e/ou vítimas de violência sexual; trabalhadores rurais expostos a determinados agentes tóxicos e/ou a precárias condições de vida; indivíduos portadores de doenças crônico-degenerativas; indivíduos que convivem com o HIV/AIDS e populações de etnias indígenas, entre outras; (BRASIL, 2006).

Atualmente, existem também os órgãos e associações que dão suporte emocional, aconselhamento e atenção, ao ouvir as dificuldades e pensamentos de aflição de pessoas com sofrimento ou transtorno psíquico, que pretendem dividir suas dores. Como exemplo, existe o Centro de Valorização da Vida – CVV, que é uma associação civil com voluntários que se disponibilizam a conversar com quem necessita de ajuda para lidar com seus sentimentos e emoções. (CVV, 2021).

O CVV — Centro de Valorização da Vida, fundado em São Paulo, em 1962, é uma associação civil sem fins lucrativos, filantrópica, reconhecida como de Utilidade

Pública Federal, desde 1973. Presta serviço voluntário e gratuito de apoio emocional e prevenção do suicídio para todas as pessoas que querem e precisam conversar, sob total sigilo e anonimato.

A instituição é associada ao BefriendersWorldwide, que congrega entidades congêneres de todo o mundo, e participou da força tarefa que elaborou a Política Nacional de Prevenção do Suicídio, do Ministério da Saúde, com quem mantém, desde 2015, um termo de cooperação para a implantação de uma linha gratuita nacional de prevenção do suicídio.

[...] Além dos atendimentos, o CVV desenvolve, em todo o país, outras atividades relacionadas a apoio emocional, com ações abertas à comunidade que estimulam o autoconhecimento e melhor convivência em grupo e consigo mesmo [...] (CVV, 2021).

Essas entidades são fundamentais para o desenvolvimento do direito do cidadão, pois proporcionam o progresso da cidadania e promoção da autonomia das pessoas com sofrimentos mentais, visto que possuem acesso gratuito e facilitado aos atendimentos de atenção e auxílio.

Outro projeto que tem por objetivo conscientizar e orientar sobre o suicídio é o “Projeto Acolha a Vida”⁶, campanha criada em 2019 pelo Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos, por meio da Secretaria Nacional da Família, com o intuito de prevenir o suicídio e automutilação de crianças, adolescentes e jovens.

[...] a Campanha “Acolha a Vida” foi pensada para conscientizar a população sobre os fenômenos do suicídio e automutilação em crianças, adolescentes e jovens, seus fatores de risco e formas de prevenção. O público prioritário da campanha são as pessoas próximas às possíveis vítimas, com destaque para os familiares e educadores.

A campanha consiste na produção e veiculação de materiais sobre o tema, e a realização de eventos de capacitação em todo o país. Como consequência, a iniciativa visa reduzir o número de novos casos e mortes associados à automutilação e ao suicídio, bem como conscientizar e contribuir para a formação e desenvolvimento de ambientes familiares e sociais saudáveis, que promovam relacionamentos saudáveis e sustentáveis. (BRASIL, 2020).

Há também no Brasil o “Setembro amarelo”, uma campanha existente desde 2014, iniciativa da Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP, em parceria com o Conselho Federal de Medicina – CFM, que coloca em evidência e se debruça em campanhas de conscientização e prevenção ao suicídio através das Diretrizes para a divulgação e participação da campanha

⁶BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Portaria 2.559**. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/acolha-a-vida>. Acesso em: 15/05/2021

Setembro Amarelo. E também em 10 de setembro é dedicado ao Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio. (ABP/CFM, 2017).

Em 2019, o Governo Federal implementou a Lei Nº 13.819⁷, de 26 de abril de 2019, com o objetivo de prevenir a automutilação e o suicídio, tornando-se mais um aparato na conscientização e enfrentamento do suicídio.

Art. 1º Esta Lei institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, pelos Estados, pelos Municípios e pelo Distrito Federal.

Art. 2º Fica instituída a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, como estratégia permanente do poder público para a prevenção desses eventos e para o tratamento dos condicionantes a eles associados.

Parágrafo único. A Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio será implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, e com a participação da sociedade civil e de instituições privadas.

Art. 3º São objetivos da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio:

I – promover a saúde mental;

II – prevenir a violência autoprovocada;

III – controlar os fatores determinantes e condicionantes da saúde mental;

IV – garantir o acesso à atenção psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico agudo ou crônico, especialmente daquelas com histórico de ideação suicida, automutilações e tentativa de suicídio;

V – abordar adequadamente os familiares e as pessoas próximas das vítimas de suicídio e garantir-lhes assistência psicossocial;

VI – informar e sensibilizar a sociedade sobre a importância e a relevância das lesões autoprovocadas como problemas de saúde pública passíveis de prevenção;

VII – promover a articulação intersetorial para a prevenção do suicídio, envolvendo entidades de saúde, educação, comunicação, imprensa, polícia, entre outras;

VIII – promover a notificação de eventos, o desenvolvimento e o aprimoramento de métodos de coleta e análise de dados sobre automutilações, tentativas de suicídio e suicídios consumados, envolvendo a União, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios e os estabelecimentos de saúde e de medicina legal, para subsidiar a formulação de políticas e tomadas de decisão;

IX – promover a educação permanente de gestores e de profissionais de saúde em todos os níveis de atenção quanto ao sofrimento psíquico e às lesões autoprovocadas [...]. (BRASIL, 2019).

Além disso, existem os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. De acordo com a legislação, o CAPS está amparado na portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro 2011 (BRASIL, 2011), que se refere a instituição da Rede de Atenção Psicossocial, no âmbito do Sistema Único de Saúde, e na portaria Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, sendo amparado pelo Ministério da Saúde, e pela Lei 10.216, de 06/04/2001, que regulamenta a assistência às pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Os serviços e equipamentos que desempenham atividades voltadas à saúde mental compõem a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS. A RAPS tem um papel fundamental no processo pela efetivação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e se baseia na Política de Saúde Mental, propondo pontos de atenção em saúde mental de base assistencial, integral e comunitária, integrada pelo SUS e financiada pelo Ministério da Saúde e o Fundo Nacional de Saúde.

A RAPS interliga a comunicação dos serviços entres os pontos de atenção ao cuidado em saúde mental, pois propõe um atendimento baseado na maior resolubilidade das demandas dos usuários da reabilitação e ressocialização social. Preza também pelo respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas. (BRASIL, 2011).

A RAPS é composta por serviços e equipamentos variados, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III)

O cuidado da RAPS começa na Atenção Básica territorializada, pois se encontra mais próxima da residência do usuário e oferece um serviço multiprofissional e “que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde (BRASIL, 2011), sendo composta pela Unidade Básica de Saúde, Núcleo Ampliado de Saúde da Família, Consultório de Rua e os Centros de Convivência e Cultura.

Vale ressaltar a importância que o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF possui, pois são profissionais de diversas áreas atuando de forma conjunta e dando suporte às equipes

da Atenção básica e de Saúde da família e auxiliando a população através do apoio matricial. Amplia a abrangência e resolutividade das ações da Atenção Básica com o atendimento compartilhado e na construção conjunta de Projeto Terapêutico Singular – PTS. (BRASIL, 2010, p. 7)

Na atenção especializada, existem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), considerando as populações específicas, como o CAPS Infantil e o CAPS álcool e drogas, e a Atenção Residencial de Caráter Transitório. Compõe também a RAPS, a Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência, nos leitos dos Hospitais Gerais. (BRASIL, 2011).

Deste modo, o Ministério da Saúde produziu uma cartilha que aborda a importância da territorialidade dos CAPS:

O território é constituído fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igreja, cultos, escola, trabalho, boteco etc.). É essa noção de território que busca organizar uma rede de atenção às pessoas que sofrem com transtornos mentais e suas famílias, amigos e interessados. (BRASIL, 2004).

Os CAPS prestam atendimento diário para usuários que estejam em situação de crise, oferecendo acompanhamento baseado no PTS, promovendo acompanhamentos individuais, mas principalmente ações em grupo, que estimulem as potencialidades do usuário de acordo com sua demanda particular. Além disso, realiza uma comunicação com a família, bem como dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica através do processo de matriciamento.

Todo o trabalho desenvolvido no CAPS deverá ser realizado em um “meio terapêutico”, isto é, tanto as sessões individuais ou grupais como a convivência no serviço têm finalidade terapêutica. Isso é obtido através da construção permanente de um ambiente facilitador, estruturado e acolhedor, abrangendo várias modalidades de tratamento. Como dissemos anteriormente, ao iniciar o acompanhamento no CAPS se traça um projeto terapêutico com o usuário e, em geral, o profissional que o acolheu no serviço passará a ser uma referência para ele. Esse profissional poderá seguir sendo o que chamamos de Terapeuta de Referência (TR), mas não necessariamente, pois é preciso levar em conta que o vínculo que o usuário estabelece com o terapeuta é fundamental em seu processo de tratamento. (BRASIL, 2004, p. 16).

A intenção do matriciamento em saúde mental é de superar a lógica do encaminhamento entre a atenção primária e a especializada, onde deve haver uma comunicação e apoio técnico entre os pontos de atenção, caso o usuário necessite de um atendimento em mais de um serviço

da rede. “Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica”. (BRASIL, 2011). A intervenção psicossocial coletiva propõe uma discussão conjunta e a manutenção dos vínculos onde as prioridades do usuário são dialogadas, principalmente quando há situações de risco e vulnerabilidade.

Tradicionalmente, os sistemas de saúde se organizam de uma forma vertical (hierárquica), com uma diferença de autoridade entre quem encaminha um caso e quem o recebe, havendo uma transferência de responsabilidade ao encaminhar. A comunicação entre os dois ou mais níveis hierárquicos ocorre, muitas vezes, de forma precária e irregular, geralmente por meio de informes escritos, como pedidos de parecer e formulários de contrarreferência que não oferecem uma boa resolubilidade. (BRASIL, p. 13, 2011).

Para além de uma ação burocrática, o matriciamento estimula a atuação multiprofissional e horizontal, onde busca romper com um atendimento conservador e burocrático, priorizando a comunicação entre as unidades de saúde e seus profissionais para uma comunicação integral acerca das necessidades dos usuários, onde a equipe de referência e a equipe de apoio matricial atuam em conjunto.

Sendo uma ferramenta importante para a atuação na atenção primária em conjunto da saúde mental, o matriciamento pode ser solicitado quando há necessidade de um suporte técnico-pedagógico e na construção coletiva do cuidado integral do usuário, mas principalmente quando: “Nos casos em que a equipe de referência sente necessidade de apoio da saúde mental para abordar e conduzir um caso que exige, por exemplo, esclarecimento diagnóstico, estruturação de um projeto terapêutico e abordagem da família”. (BRASIL, 2011).

No dia a dia da atuação profissional surgem diversas demandas e possibilidades de atuação, mas boa parte dessas tornam sua efetivação limitada quanto ao suporte da instituição para que os profissionais atuem de maneira adequada e mais coerente com a realidade proposta pela necessidade do usuário. Ligado a isso, é importante destacar a importância de uma rede de atenção atuando de forma comunicativa e atenta às necessidades dos usuários.

No matriciamento, as duas equipes interagem, traçando juntas um projeto terapêutico, num apoio que gera novas possibilidades, além de reunirem seus conhecimentos sobre aquele indivíduo. Dessa forma, a equipe da ESF revela seu conhecimento sobre os hábitos do indivíduo, sua família, sua comunidade, sua rede de apoio social e/ou pessoal. A equipe de matriciadores traz seu conhecimento sobre a saúde mental, suas repercussões na vida do indivíduo. Essa rede de saberes gera a primeira possibilidade de rede, que vincula, que corresponsabiliza. (BRASIL, p. 200, 2011).

Assim, diante das demandas que surgem os profissionais, com seus diversos saberes, criam possibilidades para uma qualidade de vida para o usuário e sua família, pois o olhar atento e diferente de cada um permite uma junção de atribuições específicas e de cada dispositivo de saúde. Existem os atendimentos individuais, em grupo, construção de espaços e rotinas desde os acolhimentos, consultas, acompanhamento, visitas domiciliares, manejos de crises, suporte familiar e demais especialidades que a equipe considerar necessário junto à vontade e situação do usuário.

As pessoas que pensam ou planejam suicídio precisam de atendimento seguro e uma escuta de qualidade, além de muita atenção e paciência com seu processo. E a ação desses espaços de cuidado são de fundamental importância para a prevenção dos casos, pois podem favorecer de maneira considerável as situações de crise dos usuários, além de dar o suporte necessário à família.

Por isso é necessário que existam serviços de atenção psicossocial que possibilitem o acolhimento das pessoas em crise, e que todas as pessoas envolvidas possam ser ouvidas, expressando suas dificuldades, temores e expectativas. É importante que sejam estabelecidos vínculos afetivos e profissionais com estas pessoas, que elas se sintam realmente ouvidas e cuidadas, que sintam que os profissionais que a estão escutando serão efetivamente voltados para seus problemas, dispostos e compromissados a ajudá-la. (Amarante, 2007, p. 82).

Acredita-se que os riscos de suicídio podem diminuir com essas práticas de afeto e acolhimento, pois um legítimo procedimento terapêutico permite um olhar plural, compromissado e empático, características essenciais do cuidado em saúde mental, que provém do movimento da Reforma Psiquiátrica.

Quinderé et al (2014) reforça a relevância da funcionalidade da RAPS como resultado da Reforma psiquiátrica, mesmo diante dos desafios que se sucedem ao longo dos anos.

O pressuposto é que não há um equipamento ou mesmo equipe de saúde considerado autossuficiente na produção do cuidado. Pela alta complexidade dos problemas de saúde, geralmente envolvendo vários campos de saber, pela interdisciplinaridade inerente às questões da saúde, e multiplicidade de atores sociais implicados com a gestão e o cuidado, as redes se tornam uma prerrogativa para seu funcionamento, sendo, portanto, inerentes ao trabalho voltado ao cuidado em saúde. (QUINDERÉ et al, 2014).

Portanto, é válido ressaltar a importância do direito à saúde mental, que segundo a Lei Federal nº 10.216/2001, descrita na Cartilha de saúde mental⁸ (BRASIL, 2012), é uma conquista do movimento social organizado e que deu respaldo e legitimidade ao processo de Reforma Psiquiátrica, que assegura bem-estar mental, integridade psíquica e pleno desenvolvimento intelectual e emocional.

3. SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL

O Serviço Social é uma profissão regulamentada pela Lei nº 8.662/1993 e pelo Código de Ética do/a Assistente Social. Atua na busca pela garantia e integralidade dos direitos sociais da população. De acordo com o Código de Ética profissional, o/a Assistente Social atua na “Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras”. (CFESS, 2010).

Segundo Martinelli (2009, p. 66), “A origem do Serviço Social como profissão tem [...] a marca profunda do capitalismo e do conjunto de variáveis que a ele estão subjacentes - alienação, contradição, antagonismo -, pois foi nesse vasto caudal que ele foi engendrado”.

Os(as) assistentes sociais atuam nas manifestações mais contundentes da questão social, tal como se expressam na vida dos indivíduos sociais de distintos segmentos das classes subalternas em sua relação com o bloco do poder e nas iniciativas coletivas pela conquista, efetivação e ampliação dos direitos de cidadania e nas correspondentes políticas públicas. (CFESS, 2009).

Mesmo diante das diversas dificuldades impostas pela sociedade capitalista, as demandas postas ao/a assistente social exige esforços de uma prática humanizada e também crítica, pois como Lacerda (2014) explica:

Com todos os limites inquestionáveis das políticas sociais, o assistente social, enquanto seu executor, não pode fugir deles. Pelo contrário, deve reconhecê-los e pensar suas possibilidades não apenas no sentido da garantia do direito, possibilitando

⁸BRASIL. Ministério Público Federal/ Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. **Cartilha Direito à Saúde Mental**. 2012. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/cartilha-saude-mental-2012.pdf>. Acesso em: 10/09/2021

que o recurso público materialize ações e benefícios que contribuam para a satisfação das necessidades da classe trabalhadora, mas também que seja ampliada a compreensão dos sujeitos acerca da satisfação ou não de suas necessidades. (LACERDA, p. 30, 2014).

Diante da lógica da negação de direitos e da dificuldade de acesso da população aos serviços essenciais, torna-se cada vez mais fundamental a intervenção de assistentes sociais capacitados para intervir da forma mais coerente e baseada na realidade posta.

É por isso que na execução terminal das políticas sociais, tão importante quanto a percepção da realidade, a estruturação de estratégias de intervenção e a intervenção propriamente dita, temos o monitoramento e a avaliação das ações, que permitem a constante guinada das ações rumo ao fim colocado. (LACERDA, 2014, p. 32).

Para tanto, ao lidar com as limitações do cotidiano de exercício de suas atribuições, o/a assistente social é um profissional que deve buscar ter uma visão de totalidade sobre os processos que desenvolvem nossa sociedade, bem como estar ciente das necessidades dos usuários, elaborando assim estratégias que protejam os direitos dessas pessoas.

Não é um caminho fácil a percorrer, pois são constantes as situações de vulnerabilidade social, pobreza e a falta de acesso a serviços e benefícios. São parte de um conjunto de ações que dependem da interferência direta do Estado e muitas destas não são respondidas devido a questões estruturais.

[...] apreender o usuário dentro de suas condições materiais e perceber as refrações da “questão social” é a única forma de superar preconceitos e a psicologização da “questão social”, possibilitando recobrar a perspectiva de totalidade da questão em tela, procedendo os encaminhamentos e intervenções mais adequadas; perceber o Estado e as políticas sociais no âmbito da luta de classes enquanto se domina a burocracia e a técnica são fundamentais para gerar respostas criativas. (LACERDA, 2014, p. 27).

O CFESS (2010) traz nos *Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde*, a ligação da profissão com a atuação na saúde, bem como sua intervenção nos determinantes sociais causados pela questão social. A nova configuração da Política de Saúde impacta o trabalho do assistente social em diversas dimensões: na condição de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, ampliação da demanda e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais. Amplia-se o trabalho precarizado e os profissionais são

chamados a amenizar a situação da pobreza absoluta a que a classe trabalhadora é submetida. (CFESS, 2010, p. 23).

A Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 218/1997, bem como a Resolução do CFESS nº 383/1999 (CFESS, 2010) caracteriza o/a assistente social como profissional de saúde que atua a partir das políticas sociais, em prol do acesso dos usuários aos seus direitos. Além disso, esses profissionais visam uma atuação crítica e emancipatória, combatendo o conservadorismo em suas ações e prezando pelos direitos dos cidadãos.

Sendo assim, o CFESS (2010) propõe em sua discussão que:

Mais do que nunca, os assistentes sociais estão desafiados a encarar a defesa da democracia, das políticas públicas e consubstanciar um trabalho – no cotidiano e na articulação com outros sujeitos que partilhem destes princípios – que questione as perspectivas neoliberais para a saúde e para as políticas sociais, já que este macula direitos e conquistas da população defendidos pelo projeto ético-político profissional. (CFESS, p. 31).

As demandas sociais na saúde precisam ser atendidas de forma humana, integral e qualificada por todos os profissionais que atuam na área e o/a assistente social tem como uma de suas funções também facilitar o acesso aos serviços que a instituição oferece dentro das condições postas, mas sempre lutando junto aos outros profissionais por um atendimento multiprofissional e na ótica do direito dos usuários.

O CFESS (2010) trata das atribuições dos/as assistentes sociais na saúde da seguinte maneira:

Aliás, é também por isso que a saúde do trabalhador vem se apresentando como uma importante área de atuação do assistente social nas últimas décadas. A dimensão social e histórica do trabalho ganha relevância nos determinantes das condições de saúde do trabalhador, com a complexidade da realidade atual, marcada pela precarização das condições de trabalho, aumento do mercado informal, flexibilização das relações de trabalho e restrição de direitos. (CFESS, 2010, p. 40).

Dentro dessa ótica, temos a atuação do/da assistente social na saúde mental, que faz um papel fundamental nessa área, visto que é um profissional que atua na viabilização de direitos dos usuários, sendo necessária uma intervenção baseada nas vulnerabilidades sociais dos

indivíduos e usuários que necessitem do acesso aos serviços e benefícios que a Política de Saúde Mental oferece.

Mas o início da inserção deste profissional na área de saúde mental seguiu por muito tempo a lógica manicomial, pois as práticas de cuidado com esses usuários não se baseavam no atendimento psicossocial que é proposto pela Reforma psiquiátrica. Assim, Patriota et al (2010) nos traz a seguinte reflexão:

A atuação dos assistentes sociais neste período era diretamente subordinada aos médicos e em suas ações predominavam levantamentos de dados sociais e familiares dos pacientes, contatos com familiares para preparação de alta, confecção de atestados sociais. No geral, tratava-se de um fazer subalterno, burocrático, assistencialista e totalmente acrítico. (PATRIOTA et al, 2010, p. 58).

O cuidado em saúde mental ainda não tinha o respaldo do movimento antimanicomial⁹ antes dos anos 1970. Carregava direcionamentos que não eram humanizados e que enxergavam o usuário enquanto culpado daquele transtorno que ele portava. Nesse sentido, a referência profissional que existia para atender as necessidades dessas pessoas eram os médicos. “Portanto, a loucura era vista como problema da medicina, que, por sua vez, só enxergava a patologia e não o sujeito” (ROCHA, 2012, p. 16). Assim, por muito tempo o/a assistente social ocupou esse papel de trabalhar conforme a realidade que estava posta.

Rocha (2012) expõe que:

Levando em conta as contribuições teóricas sobre a psicologização das relações sociais e a supervalorização da subjetividade neste espaço sócio-ocupacional, podemos dizer que o trabalho do assistente social nesta esfera encontrou um amplo espaço de difusão das práticas conservadoras, moralizantes, sem mediações entre os sujeitos e a totalidade social. (ROCHA, 2012, p. 35).

Hoje se sabe que o indivíduo com transtorno mental necessita de atenção integral, para além do diagnóstico da doença mental, pois envolve todo o seu contexto de vida, suas relações,

⁹O ano de 1978 costuma ser identificado como o de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, surge neste ano. (BRASIL, 2005)

vontades e potencialidades. Então se faz necessário um cuidado mais humanizado, multiprofissional e que enxergue o indivíduo como um todo, respeitando as condições postas para a realidade desse usuário.

O/a assistente social é um profissional que atua diante dessas contradições que são perpetuadas pelo modelo hospitalocêntrico e conservador, bem como também pela falta de acesso aos direitos sociais. Patriota et al (2010) diz o seguinte sobre a importância desse profissional nesse espaço sociocupacional:

O fato é que o movimento de reforma psiquiátrica vem produzindo uma nova perspectiva sobre a loucura e sobre as formas de se lidar com o portador de transtorno mental. Fenômenos novos vieram se adicionar no desenrolar da relação entre serviço social e saúde mental. Nos serviços substitutivos, cujas ações visam estimular a integração social e familiar dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer e exercício dos direitos civis, o assistente social encontra importante espaço sociocupacional. (PATRIOTA et al, 2010, p. 59).

Nesse sentido, é importante ressaltar a integralidade do cuidado em saúde mental. Para além da ausência de saúde, o usuário que acessa o serviço necessita de cuidados que vão além do atendimento psicológico. Isso exige uma atenção que envolva o desenvolvimento das potencialidades do usuário, para que ele esteja ciente de todo o processo de tratamento, bem como do seu direito enquanto cidadão. Desse modo, o atendimento multiprofissional é tão importante, pois permite que outros olhares, para além do biomédico e que integrem um cuidado mais amplo. (ROCHA, 2010).

O trabalho do/da assistente social detém um olhar crítico sobre a realidade do usuário e por possuir um conhecimento vasto acerca das contradições existentes na sociedade, permite uma atuação em sintonia com o que é proposto pelas reformas sanitária e psiquiátrica. Conforme Patriota et al (2010):

Amparado pelos princípios do projeto ético-político da profissão, pelo caráter generalista que possui, este profissional pode oportunizar aos usuários dos serviços substitutivos o acesso aos diferentes bens e serviços aos quais estes têm direito, ampliar e consolidar espaços democráticos, assegurar o acesso universal à rede de assistência à saúde. Ou seja, o assistente social, enquanto profissional de saúde mental, inserido nestes espaços sócio-ocupacionais, tem uma especificidade além das atribuições “psi”. (PATRIOTA et al, 2010, p. 64).

Portanto, é fundamental que o profissional de Serviço Social se especialize e entenda o contexto que abarca o atendimento da assistência em saúde mental e toda a rede que a compõem, para ter o respaldo teórico metodológico e que é essencial para a prática profissional. Isso implica a necessidade de um processo de formação profissional mais contextualizado, com ênfase em medidas de promoção, prevenção e reabilitação, levando em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da população”. (PATRIOTA et al, 2010, p. 64).

Além disso, a proposta de ressocialização é um ponto fundamental da Política de Saúde Mental, fundamentada pela Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, pois estimula o desenvolvimento de capacidades da pessoa com transtorno mental, para que esta receba tratamento necessário, mas retorne à sociedade e seja incentivada, por direito, ao convívio em liberdade, ainda que possua algumas limitações. (BRASIL, 2001).

Nesse sentido, o Estado tem um papel fundamental no investimento e promoção de leis, campanhas, propostas etc., para que as demandas institucionais da Rede de Atenção Psicossocial consigam funcionar conforme a necessidade dos usuários.

O controle social é um ponto forte do Serviço Social também, pois permite que os usuários, familiares e sociedade tenham um protagonismo e que possam expor em coletividade as demandas emergentes, bem como as lutas pela conquista de seus direitos. “Os conselhos de saúde são arranjos participativos que pretendem ser mecanismos de divisão de poder. Eles são órgãos de representação mista de atores da sociedade civil e de atores estatais”. (SILVEIRA et al, 2014, p. 784).

Sendo assim, o Serviço Social tem um papel fundamental na atuação em saúde mental, pois busca através do seu olhar sobre a totalidade da realidade em que o usuário está inserido e intervém na busca pelos seus direitos, propondo a luta pela classe trabalhadora, pela emancipação humana e pelo trabalho emancipado abarcando o Projeto Ético Político Profissional, em consonância com o SUS e buscando a melhoria dos determinantes sociais dos sujeitos inseridos na política de saúde mental. (MOTA, 2016).

3.1 Serviço Social e Suicídio

Assim como qualquer outra profissão que desempenha sua função em resposta às necessidades da sociedade, o Serviço Social também exerce papel fundamental no meio social e no enfrentamento das problemáticas que vão surgindo ao longo dos tempos.

O Serviço Social adquire no mundo atual uma amplitude técnica e científica, impondo aos membros da profissão maiores encargos e responsabilidades; Só à luz de uma concepção de vida, baseada na natureza e destino do homem, poderá de fato o Serviço Social desempenhar a tarefa que lhe cabe na complexidade do mundo moderno; Um Código de Ética se destina a profissionais de diferentes credos e princípios filosóficos, devendo ser aplicável a todos. (BRASIL, 1965).

Voltando-se ainda mais para a atuação frente à problemática do suicídio, percebemos o quanto a junção de saberes e o trabalho multiprofissional e interdisciplinar são importantes no enfrentamento e prevenção do mesmo.

Tendo o Serviço Social um olhar mais crítico e detalhista sobre a realidade e suas problemáticas, sendo estes pontos de modo geral, os principais da atuação dos/as assistentes sociais, encontra-se nestes profissionais aberturas que facilitam o desenvolvimento de ações e intervenções no enfrentamento ao suicídio.

“[...] pode-se afirmar que o suicídio pode ser evitável; ao contrário de outros problemas de saúde, as ferramentas para reduzir significativamente a perda mais trágica da vida, por suicídio, estão disponíveis. Logo, assinala-se a importância da ação coletiva competente para reconhecer e lidar com esse grave problema, além do compromisso de delinear intervenções eficazes, apoiadas pela vontade política e pelos recursos humanos e tecnológicos, cuja realidade redundará em ações de prevenção do suicídio, as quais poderão alcançar todos os segmentos humanos. Nesse contexto, identifica-se a necessidade da inserção do profissional de Serviço Social, cuja práxis poderá contribuir no processo de construção de uma rede de cuidados dirigida para a integralidade do atendimento, pautada pela autonomia e desenvolvimento da cidadania dos usuários da Política de Saúde Mental.” (SILVA; *et al*, 2016, p.2-3).

Tendo em vista o olhar minucioso e a escuta ativa desenvolvida pelos profissionais de Serviço Social em suas atuações, visando a identificação das vulnerabilidades existentes em seu público, os/as assistentes sociais se utilizam destes atributos para ajudar na identificação e no desenvolvimento de ações de prevenção ao suicídio.

Levando-se em consideração que alguns casos de suicídio têm motivações iniciadas devido a vulnerabilidades de cunho econômica e social, já que os/as assistentes sociais atuam

diretamente com essas problemáticas, podem e devem atuar diretamente também na prevenção ao suicídio.

Cabe ao Assistente Social um olhar ampliado [...], considerando sua especificidade e sua intervenção nas refrações da questão social, com destaque a fragilização ou rompimento dos vínculos familiares, a violência doméstica, os maus tratos ou abuso de crianças e adolescentes; idosos que vivenciam negligência, violência física, psicológica, financeira ou material, dentre outros. As demandas podem ser identificadas, inicialmente, por meio da Supervisão Clínica, ou seja, da socialização dos casos junto a equipe multiprofissional. Porém, é por meio da realização do estudo socioeconômico/estudo social que o Assistente Social reconhece as necessidades dos usuários, no intuito de elaborar estratégias de intervenção. (SILVA; *et al.*, 2016, p. 5).

Falar sobre Serviço Social e suicídio é se voltar também para a inserção destes profissionais na Política de Saúde, e mais precisamente, na Política de Saúde Mental. E segundo Silva; *et al*2016(*Apud*, Brasil, 2007), falando-se da realidade brasileira, os/as assistentes sociais são inseridos na saúde mental no ano de 1946 com um intuito inicial de desenvolver ações junto às instituições infantis e também nos hospitais psiquiátricos. Entretanto, esse contexto é modificado com o Movimento de Reforma Psiquiátrica que trouxe para a saúde mental um novo olhar e uma forma de cuidado mais humanizado, igualitário, e social para os indivíduos que sofriam em seus adoecimentos psíquicos.

Junto a todo o processo de Reforma Psiquiátrica, os profissionais envolvidos, dentre eles os/as assistentes sociais, também foram norteados a seguirem uma nova forma de atuar, em favor, principalmente do bem-estar dos usuários, buscando atender as necessidades dos mesmos e colaborar na reinserção social daqueles que em suas histórias sempre foram excluídos e isolados.

Ancorado no conceito ampliado de saúde, compreendido não apenas como a ausência da doença, mas um amplo bem-estar físico, mental e social, além do atendimento das necessidades humanas, como trabalho, lazer, habitação dentre outros, o Assistente Social é “convocado” a ocupar o espaço sócio ocupacional, considerando o contexto histórico da profissão e a competência para articular a rede de apoio sócio assistencial e as políticas públicas. (SILVA; *et al*, 2016, p. 03).

Outro ponto a colocar é a importância da atuação do/a assistente social com as famílias dos usuários, visto que esse profissional tem respaldo teórico metodológico para lidar de forma

acolhedora através de uma escuta ativa, orientar e manter o sigilo profissional, além de também atuar na perspectiva do direito dessas famílias que podem precisar do suporte das políticas públicas. Vale lembrar que o/a assistente social tem o diferencial baseado numa formação crítica, cidadã e que visa a emancipação humana.

[...] são frequentes as orientações sobre benefícios socioassistenciais – Benefício de Prestação Continuada/BPC, benefícios eventuais, Programa Bolsa Família, previdenciários – auxílio doença, e, acesso a outros serviços – solicitação de medicamentos de alto custo, encaminhamentos para os demais equipamentos das mais diversas políticas públicas e entre outras intervenções. (NASCIMENTO E SILVA, 2018, p. 10).

Além disso, é exigido ao/a assistente social uma prática que seja resguardada pela ética profissional, visto que as circunstâncias decorrentes do suicídio envolvem diversas problemáticas. Nascimento e Silva (2018) trazem um relato de experiência da atuação do Serviço Social junto com famílias de pessoas com ideação suicida, acompanhadas num hospital universitário na cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil.

Outrossim, não de modo específico, também orientamos sobre os cuidados na ministração e manuseio de medicamentos prescritos ao paciente e aqueles existentes no domicílio visando uma atenção integral ao indivíduo e reduzindo as condições “favoráveis” para o cometimento de alguma tentativa suicida. Por isso, o/a assistente social atua diretamente na orientação, na divulgação das informações, no encaminhamento, no acompanhamento e no apoio ao paciente e sua família. E, também, na articulação aos diversos equipamentos sociais e de saúde para a construção de uma rede de apoio na finalidade da garantia de direitos. (NASCIMENTO E SILVA, 2018, p. 10).

Seguindo o processo de reforma na saúde mental, e na Política de Saúde em geral, após a Reforma Psiquiátrica e a Reforma Sanitária (outro grande marco para a Política de Saúde), o Serviço Social também teve seu momento de reformulação e renovação em exercício profissional, alicerçado num Código de Ética comprometido no enfrentamento da questão social, buscando assegurar a dignidade humana e a viabilização dos direitos dos cidadãos.

É nesta perspectiva renovada entrelaçada ao Serviço Social e a atuação de seus profissionais que, Backschat e Costa (2016) afirmam:

A inserção crítica dos assistentes sociais nesse espaço abre possibilidades em sua prática profissional no enfrentamento e na superação das questões conservadoras, que o sistema capitalista impõe. Para tanto, dispõe de um arsenal teórico e metodológico, com suporte ético-político apresentado em seu Código de Ética Profissional. Este último oferece aos assistentes sociais instrumentos imperiosos para seu trabalho na saúde, em todas suas dimensões, quer seja na prestação de serviços diretos à população, no planejamento, na assessoria, na gestão, na mobilização e participação social. O assistente social através de sua prática reflexiva possibilita, por meio deste trabalho, ao indivíduo conhecer sua realidade social e os problemas de saúde mental, dando a ele a informação dos serviços de atendimento na rede de saúde e a transformação dessa realidade enquanto ser histórico. (BACKSCHAT e COSTA, 2016, p. 9-10).

Logo, através do que foi exposto fica demonstrado a importância do estudo dessa temática não só para a sociedade, mas também para o Serviço Social, uma vez que os fatores econômicos e sociais junto a Política de Saúde Mental, bem como na atuação frente à problemática do suicídio, implicam uma atuação profissional fundamentada teórica e metodologicamente respaldada por seu Código de Ética, que desempenha um papel fundamental no acesso dos direitos dos usuários dos serviços de saúde mental, auxiliando nas necessidades expressadas por eles, bem como na estrutura familiar e social em que estão inseridos.

CONCLUSÃO

Segundo Scavacini (2018, p. 135): “Quando falamos em suicídio, precisamos levar em consideração a complexidade de sentimentos e de histórias humanas, a complexidade de fatores que levam alguém a matar-se, resultando na complexidade de ações que precisamos ter para prevenirmos o suicídio”. Ou seja, conflitos internos e questões mal resolvidas podem ser absorvidas intensamente, podendo causar diversos transtornos mentais e perturbações que podem nos impedir de ter uma vida saudável, favorecendo assim, em muitos casos, os pensamentos suicidas.

Conforme o tempo passa e as sociedades se desenvolvem, as informações e mecanismos de comunicação ficam mais acessíveis e é cada vez mais fácil as pessoas passarem a comparar suas vidas, onde pode se tornar uma cultura de competição desenfreada, em que uns tendem a ser melhor que outros. Esse tipo de pressão é essencialmente favorável, em muitos casos, a diversos tipos de transtornos.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p. 15), alguns fatores de risco que contribuem para os casos de suicídio, os principais e que merecem maior atenção são: histórico de tentativa de suicídio e diagnóstico de algum transtorno mental. Além disso, outros fatores também colaboram para as tentativas do ato, que são as condições de transtornos mentais, os aspectos sociodemográficos, psicológicos e as condições clínicas incapacitantes.

Os fatores relevantes e que necessitam de atenção para um maior cuidado são diversos, mas mesmo assim em algumas vezes não são fáceis de identificar, pois muitas das pessoas que querem tirar a própria vida podem não expor ou demonstrar que têm intenção de consumir o ato, por diversos motivos que só cabe à vítima.

Outra questão a se considerar é o modo como as pessoas lidam com isso, pois a maioria das pessoas já cogitou a possibilidade da morte em algum momento da vida, mas quando esse tipo de pensamento se torna persistente e aliado a desesperança e desgosto pela vida pode ser um risco à vida da pessoa. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), no documento intitulado Manual dirigido a profissionais de saúde mental, descreve:

Existem estágios no desenvolvimento da intenção suicida, iniciando-se geralmente com a imaginação ou a contemplação da ideia suicida. Posteriormente, um plano de como se matar, que pode ser implementado por meio de ensaios realísticos ou imaginários até, finalmente, culminar em uma ação destrutiva concreta. Contudo, não podemos esquecer que o resultado de um ato suicida depende de uma multiplicidade de variáveis que nem sempre envolve planejamento. (BRASIL, 2006, p. 51).

Apesar disso, alguns sinais de alerta podem ser identificados por quem convive com a vítima, mas também pelos profissionais que a acompanham, caso a pessoa já receba algum tipo de acompanhamento. Segundo o Ministério da saúde (BRASIL, 2006), os transtornos mentais podem ser fatores de risco, como os transtornos de humor, transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas, transtornos de personalidade (principalmente borderline, narcisista e antissocial), esquizofrenia e transtornos de ansiedade.

São muitas as questões que podem favorecer o pensamento persistente de tirar a própria vida e na maioria das vezes não se trata de situações isoladas, mas de uma complexidade de problemáticas que podem afligir o dia a dia da pessoa em sofrimento. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) orienta:

Fique atento às frases de alerta. Por trás delas estão os sentimentos de pessoas que podem estar pensando em suicídio. São quatro os sentimentos principais de quem pensa em se matar. Todos começam com “D”: depressão, desesperança, desamparo e desespero (regra dos 4D). Nestes casos, frases de alerta + 4D, é preciso investigar cuidadosamente o risco de suicídio (BRASIL, 2006, p. 52).

Esses graus de sofrimento podem dizer muito sobre a intenção da pessoa, pois se todos esses sentimentos estiverem presentes de uma vez só as chances de a vítima tentar suicídio são gigantescas e merecem maior cuidado e atenção. Deve-se estar atento aos diferentes sinais, palavras e comportamentos, para que se torne mais difícil da pessoa buscar alternativas para tentar tirar a vida.

O adoecimento mental em pessoas com transtornos psíquicos pode influenciar nos casos de suicídio, pois segundo dados do Ministério da Saúde “aproximadamente 10% dos indivíduos que possuem esquizofrenia falecem por suicídio”. (BRASIL, 2006, p. 21). O manejo com essas pessoas é muito importante para um cuidado integral, que exige muito esforço e atenção. A depressão tem acometido grande parte da população ao longo dos anos, muitas questões preocupantes tomam conta da vivência das pessoas fazendo com que elas não consigam lidar de maneira satisfatória para o seu bem estar e mental. “Acomete, ao longo da vida, entre 10% e 25% das mulheres e 12% dos homens” (BRASIL, 2006, p. 33). Ainda, os episódios depressivos podem ser classificados entre leve, moderado e grave, que pode definir o grau de dificuldade em lidar com os próprios problemas e questões, bem como medir o risco de suicídio.

A dependência de álcool também é considerada um transtorno mental, pois seu uso nocivo atinge grande parte da população, principalmente os jovens, causando dependência. “Cerca de 11,2% da população brasileira é dependente de álcool. O número de pessoas que faz uso nocivo do álcool, mas não atinge um padrão de dependência é ainda maior”. (BRASIL, 2006, p. 43).

O uso frequente de álcool pode causar dificuldade do controle de seu consumo, fazendo com que o usuário deixe de exercer suas funções como de costume, atrapalhando seu desempenho em vários aspectos da vida, como o trabalho, os vínculos afetivos, no aumento de sua impulsividade, podendo acarretar o risco de suicídio. Também podendo influenciar nas suas atividades cotidianas, como contribuir em acidentes de trânsito e nas diversas formas de violência. Se tratando dos transtornos de personalidade, podem desencadear consequências dificultosas para o dia a dia da pessoa que sofre com esse tipo de sofrimento psíquico, pois causam limitações nas relações mais próximas e também dos meios em que a pessoa se insere ao longo da vida. Os principais transtornos de personalidade com maior risco de suicídio são: Borderline, Narcisista e Antissocial. (BRASIL, 2006, p. 48).

Esses transtornos necessitam de muita atenção da equipe assistencial que oferece tratamento, pois exige muita paciência e dedicação, visto que as pessoas com esses transtornos têm dificuldade de lidar consigo mesmas e com suas questões que pertencem a traços fortes e incoerentes de sua personalidade. Como a maioria das pessoas que tentam suicídio possuem algum transtorno mental, em menor ou maior grau, exige um diagnóstico preciso e um cuidado integral para a melhora do usuário, contribuindo assim para a diminuição das chances de suicídio.

Em contrapartida, dados da cartilha intitulada “Falando abertamente sobre suicídio” do CVV - Centro de Valorização da Vida (2017), traz um estudo realizado pela UNICAMP que identificou que “17% dos brasileiros, em algum momento, pensaram seriamente em dar um fim à própria vida e, desses, 4,8% chegaram a elaborar um plano para isso. Na maioria das vezes, no entanto, é possível evitar que esses pensamentos suicidas virem realidade”. (CVV, 2017, p. 2).

Para cada óbito por suicídio, há algumas pessoas próximas ao suicida, cujas vidas são profundamente afetadas emocional, social e economicamente. E nesse contexto, o luto por suicídio também pode ser um fator de adoecimento mental a ser considerado e merece uma atenção maior, pois as pessoas próximas à vítima também podem perder as esperanças e cogitar a possibilidade do suicídio, a curto ou longo prazo.

Assim, é possível observar que diversas vivências e circunstâncias da vida podem afetar a vida das pessoas de formas profundas e inimagináveis. Diversas são as realidades que descrevem o contexto atual, como por exemplo o fato de perder o emprego, um término de um ciclo, como um relacionamento amoroso, de amizade e familiar. Não cabe a ninguém questionar

a dor alheia, mas sim que tente ao menos compreender, dar o suporte necessário e mostrar que se importa com o máximo de empatia que puder.

Mediante toda essa problemática do suicídio e a todo um conjunto complexo e delicado que envolve o mesmo, foi possível chegar à conclusão de que é necessária a união de saberes, o trabalho coletivo (multiprofissional e interdisciplinar), e por que não também, a colaboração de toda uma sociedade no enfrentamento e prevenção do suicídio.

Direcionando o olhar para os profissionais do Serviço Social, podemos destacar também o papel fundamental desenvolvido por esses profissionais, seja em suas atuações individuais (profissional/usuário), ou ainda, em suas atuações coletivas (profissional/equipe e multiprofissional/usuário). Ressalta-se sua importância por sua formação e Código de Ética, que lhes dar respaldo essencial para uma atuação minuciosa, ativa, e ampla no enfrentamento das problemáticas sociais.

De modo geral, já se dar a inserção dos assistentes sociais em equipes multiprofissionais e interdisciplinares em unidades da rede de saúde e da rede socioassistencial, como por exemplo, em: CRAS, CREAS, CAPS, hospitais gerais, residências terapêuticas e alguns outros dispositivos essenciais no cuidado e assistência aos usuários conforme suas necessidades.

A Assistência Social tem importante papel na prevenção ao suicídio, atuando diretamente nas desigualdades sociais produzidas no seio da sociedade capitalista, na identificação de situações de vulnerabilidade e risco social e na articulação da rede socioassistencial e demais políticas públicas para a superação dessas situações. (BRASIL, 2018, p. 109).

Acerca deste posicionamento, Backschat e Costa (2016), afirmam:

Os assistentes sociais inseriram-se na política de saúde e, logo mais na política de saúde mental em seu fazer profissional visam uma tentativa de transformação social na vida dos indivíduos através de ações que consistem em orientações reflexivas e socialização de informações sejam elas, de cunho individual ou grupal. (BACKSCHAT E COSTA, 2016, p. 13)

Pelo exposto, vimos que o sofrimento humano pode desencadear num suicídio.

Como problema de saúde pública, esse fenômeno social que envolve não apenas o indivíduo que comete ou tentar cometer o ato do suicídio, mas também o coletivo social, desde a família e até a sociedade.

Por fim, de acordo com o objetivo proposto de trabalhar a temática do suicídio e a intervenção do Serviço Social na área de saúde mental e mais precisamente, na problemática

do suicídio, ressalta-se a importância desta pesquisa para demonstrar a relação existente entre esses três eixos. Confirmou-se que a existência de preconceitos e estigmas, fazem esta problemática “trilhar” por caminhos anônimos, dificultando assim um cuidado mais amplo acerca das ocorrências que envolvem o suicídio.

Buscando atender aos objetivos gerais e específicos de adentrar cada vez mais sobre a intervenção dos profissionais de Serviço Social na política de saúde mental, visando a intervenção direta sobre as tentativas e atos consumados de suicídio, foi possível observar os momentos marcantes da Política de Saúde Mental, como as Reformas Sanitária e Psiquiátrica e apresentar também alguns conceitos sobre suicídio. Levando em consideração a complexidade e extensão da problemática, a pesquisa contribuiu positivamente para os questionamentos iniciais, trazendo avanços nos conhecimentos de cunho acadêmico.

Já os desafios no enfrentamento ao suicídio, permeiam pelos mesmos caminhos que foram apresentados na discussão, que são eles: os estigmas e tabus entrelaçados ao suicídio (ou a morte em si); o medo, e a insegurança que o indivíduo que tem ideias suicidas, tem de compartilhar seus sofrimentos, “dores” emocionais e transtornos, preconceitos, os julgamentos, mas também pode-se notar os desafios pela falta de informações; o escasso número de intervenções, ações educativas e acesso a orientações.

Em virtude dos fatos mencionados, foi possível confirmar durante a pesquisa a necessidade da valorização da Política de Saúde Mental e da visibilidade e intervenções sobre os aspectos que envolvem o suicídio. Mediante toda essa problemática e a todo o conjunto complexo que envolve o mesmo, chegamos à conclusão de que é necessária a informatização e colaboração do Estado e de toda uma sociedade para a criação de estratégias de prevenção e enfrentamento dos casos de suicídio, pois assim é possível que esse fenômeno seja observado com maior atenção.

Ressalta-se então a importância deste trabalho para a sociedade e o incentivo para que o tema sobre saúde mental e suicídio sejam cada vez mais propagados, discutidos, e compartilhados com bastante cuidado, no intuito de fortalecer e informatizar a sociedade em geral, assim como o meio profissional, na interação da rede de cuidado, para os indivíduos que necessitam de auxílio, sejam abarcados pela proteção dos princípios propostos pela Reforma Sanitária.

Desse modo, a atuação dos assistentes sociais no enfrentamento do suicídio e buscando principalmente a sua prevenção se dá através de intervenções que vão muito além de um cuidado e um olhar apenas clínico, mas sim um cuidado de todo um contexto emocional, moral, e principalmente social, visando à busca e viabilização de direitos que lhes deem o respaldo necessário para o enfrentamento de toda a vulnerabilidade (seja ela, emocional, psicológica, e ou social) que permeiam a vida daqueles que visam suicídio como única saída para solucionar essas vulnerabilidades.

Como vimos, o suicídio como problema de saúde pública no Brasil traz a relevância de se colocar em pauta a necessidade das formas de prevenção e a compreensão dos diversos fatores que podem desencadear as tentativas de suicídio, bem como a responsabilidade do Estado e da sociedade como um todo, no sentido de entender a gravidade e influência do suicídio na vida das vítimas e da família enlutada.

E através da conclusão desta pesquisa bibliográfica, ressaltamos o quanto foi enriquecedora para a formação esta experiência de debruçar sobre esta temática, cuja possibilidade se apresenta como área de atuação da profissão de assistente social.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, W. A. **A relação do suicídio com o trabalho na sociedade capitalista.** Maceió. 2018.

ALMEIDA, F. M. **O Suicídio: contribuições de Émile Durkheim e Karl Marx para a compreensão desse fenômeno na contemporaneidade.** Revista Aurora, v.11, n. 1, p. 119-138, Jan./Jun., 2018.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2007.

ANDRÉ, W; AMARAL, L. PINEZI, G. **Literatura e Suicídio.** Editora FECILCAM. Paraná.2020.

BACKSCHAT, T. M. S. COSTA, E. A. **Prevenção do suicídio como um caminho a ser percorrido pela política de Saúde.** 15º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Olinda – PE. 2016.

BRASIL. **Código de Ética Profissional do Assistente Social.** (Aprovado em 8 de maio de 1965). 1965. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_1965.pdf Acesso em: 10/08/2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Casa Civil. 1988.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. *Diário Oficial Eletrônico*, Brasília, DF, 09 abr. 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Brasília, DF. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.876, de agosto de 2006**. Brasília, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html Acesso em 07/12/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Brasília: [s.n.], 76p. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Brasília – DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde/FIOCRUZ. **Suicídio na pandemia COVID-19**. Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Suicídio: saber agir e prevenir**. Boletim epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. 2017. Disponível em: <http://portalarquivos.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>

BRASIL. **Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio**. Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/Lei/L13819.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2013.819%2C%20DE%2026%20DE%20ABRIL%20DE%202019&text=Institui%20a%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de,3%20de%20junho%20de%201998 Acesso em: 15/05/2021

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 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)**. Brasília, DF. 2011.

BRASIL. **Programa CapacitaSUAS no Estado de Pernambuco: Experiências temáticas dos cursos de ensino**. Aristoteles Veloso da Silva, Paula Vanusa de Santana Tavares de Oliveira e Rosineide Maria Gonçalves (Orgs.). Editora Ascis. 240p. Caruaru. 2018.

BRASIL. Organização Mundial da Saúde. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946**. 2017. [cited Mar 21 2017]. Disponível em:

<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>

CASSORLA, R. M. S. **O que é suicídio**. Editora brasiliense s.a. São Paulo. 1984.

CFESS. **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais**. Brasília. 2010.

CFESS. **Serviço Social: Direitos sociais e competências profissionais**. Brasília. 2009.

CORBISIER, C. **A reforma psiquiátrica: avanços e limites de uma experiência**. In: AMARANTE, P., org. *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. Loucura & Civilização collection, pp. 279-299. 2000.

CVV. Centro de valorização da vida. **Cartilha Falando abertamente sobre suicídio**. 2017.

CVV. **O CVV – Centro de Valorização da Vida. 2021**. Disponível em: <https://www.cvv.org.br/o-cvv/> Acesso em: 15/05/2021

DURKHEIM, Émile. **O suicídio: estudo de sociologia**. Tradução Mônica Stahel. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

FERNANDES, Sandra Michelle Bessa de Andrade. **Nise da Silveira e a saúde mental no Brasil: um itinerário de resistência**. 206f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2015.

GUIMARÃES, J. SAEKI, T. **Sobre o tempo da loucura em Nise da Silveira**. *Ciênc. saúde coletiva* vol.12 no.2 Rio de Janeiro Mar./Apr. 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232007000200029 Acesso em: 13 de maio de 2021.

LEÃO, A. BARROS, S. **Inclusão e exclusão social: as representações sociais dos profissionais de saúde mental**. *Revista Interface (Botucatu)* vol.15 no.36 Botucatu Jan./MaR. ES. 2011.

LACERDA, L. E. P. **Exercício profissional do assistente social: da imediaticidade às possibilidades históricas**. *Serv. Soc. Soc.*, n. 117, p. 22-44, jan./mar. São Paulo. 2014.

MARTINELLI, M. L. **Serviço Social: Identidade e alienação**. 13 ed. Editora Cortez. São Paulo. 2009.

MARX, Karl. **Sobre o suicídio**. São Paulo: Boitempo, 2006.

MOTA, M. L. RODRIGUES, C. M. B. **Serviço Social e saúde mental: um estudo sobre a prática profissional**. *Revista SER Social*, v. 18, n. 39, p. 652-671, jul. Brasília. dez./2016.

MULLER S. A; GERSON, P; ZANON, R. B. **Estratégias de prevenção e pósvenção do suicídio: Estudo com profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial**. *Revista de Psicologia, IMED*; 9 (2): 6-23. 2017.

NASCIMENTO, F. E. R; SILVA, A. P. L. **SUICÍDIO E FAMÍLIA: a atuação profissional do/a assistente social.** II Simpósio Internacional sobre Estado, Sociedade e Políticas Públicas, “Estado e Políticas Públicas no Contexto de Contrarreformas”. Teresina/ Piauí. 2018.

Nova/sb. **Suicídio, precisamos falar sobre.** Comunica que muda. São Paulo. 2017.

OPAS - Organização Pan Americana de Saúde. **Suicídio.** Brasília-DF. s/d. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/suicidio> Acesso em: 27/01/2021.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v.21, n.1, jan.-mar. p.15-35. Rio de Janeiro. 2014.

PATRIOTA, L. M. EULÁLIO, M. C. LIMA, G. S. SILVA, M. D. **A saúde mental na formação do Curso de Serviço Social.** Textos & amp; Contextos (Porto Alegre), v. 9, n. 1, p. 55 - 65, jan./jun. 2010.

PINHEIRO. C. L., KLASSEN.I., PAULS. R., SANTOS. S. P. **O Suicídio.** CURITIBA,1996, p. 117.

QUINDERÉ, P, H, D; JORGE, M, S, B; FRANCO, T, B. **Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental?.** Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 24 [1]: 253-271, 2014.

ROCHA, T. S. **A saúde mental como campo de intervenção profissional dos Assistentes Sociais: limites, desafios e possibilidades.** Rio das ostras. 2012.

SCAVACINI, K. **O suicídio é um problema de todos: a consciência, a competência e o diálogo na prevenção e posvenção do suicídio.** São Paulo. 2018.

SILVA, A.L. M. et al. **Um olhar sobre o suicídio: A inserção do Assistente Social no Projeto de Apoio à Vida - PRAVIDA.** Seminário Internacional de Redes de Atenção à Saúde: Compartilhando Saberes e Práticas com interlocução na APS. Ceará. 2016.

SILVA, Maria do Carmo Mendonça. **Renúncia à vida pela morte voluntária: o suicídio aos olhos da imprensa no Recife dos anos 1950.** Maria do Carmo Mendonça Silva. – Recife: O Autor. 141 folhas: il., fig., tab., quadros. 2009.

SILVEIRA, A. R. BRANTE, A. R. S. D. STRALEN, C. J. V. **Práticas discursivas na participação social em saúde mental.** Saúde Debate, v. 38, n. 103, p. 783-793, OUT-DEZ. Rio de Janeiro. 2014.

TENÓRIO, F. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito.** História, Ciências, Saúde Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002.

VIEIRA, P. P. **Reflexões sobre A História da Loucura de Michel Foucault.** Revista Aulas. 2015. Disponível em: <https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/aulas/article/view/1934> Acesso em: 14/09/2021.