

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO
PROFESSOR JOSÉ DE SOUZA HERDY
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

FABIANA MARIA DO NASCIMENTO
VIRGÍNIA ALVERCA MARTELLO COELHO
VIVIANNE VITÓRIA DE MELO BUGIN VAZ

**O SUICÍDIO ENTRE ADOLESCENTES ATENDIDOS NA UNIDADE PRÉ-
HOSPITALAR – SARACURUNA E A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL
INSERIDO EM EQUIPE MULTIDISCIPLINAR FRENTE A ESTA DEMANDA
INSTITUCIONAL**

DUQUE DE CAXIAS

2019

FABIANA MARIA DO NASCIMENTO
VIRGÍNIA ALVERCA MARTELLO COELHO
VIVIANNE VITÓRIA DE MELO BUGIN VAZ

**O SUICÍDIO ENTRE ADOLESCENTES ATENDIDOS NA UNIDADE PRÉ-
HOSPITALAR – SARACURUNA E A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL
INSERIDO EM EQUIPE MULTIDISCIPLINAR FRENTE A ESTA DEMANDA
INSTITUCIONAL**

Monografia apresentada ao curso de Serviço Social da Universidade do Grande Rio *Prof. José de Souza Herdy*, como parte dos requisitos parciais para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Érica Silva de Oliveira

DUQUE DE CAXIAS

2019

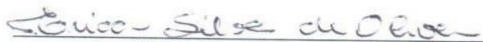
FABIANA MARIA DO NASCIMENTO
VIRGINIA ALVERCA MARTELLO COELHO
VIVIANE VITÓRIA DE MELO BUGIN VAZ

**O SUICÍDIO ENTRE ADOLESCENTES ATENDIDOS NA UNIDADE PRÉ-
HOSPITALAR – SARACURUNA E A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL
INSERIDO EM EQUIPE MULTIDISCIPLINAR FRENTE A ESTA DEMANDA
INSTITUCIONAL**

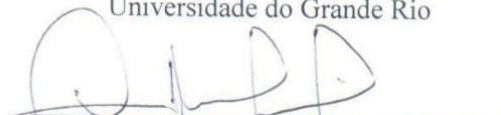
Monografia apresentada ao
Curso de Serviço Social da
Universidade do Grande Rio
Prof. José de Souza Herdy,
como parte dos requisitos
parciais para obtenção do Título
de Bacharel em Serviço Social.

Aprovado com grau 10 (*DEC*) em 28 de maio de 2019.

Banca Examinadora:



Prof.^a Erica Silva de Oliveira
Universidade do Grande Rio



Prof. Adriano Pereira Baílo de Oliveira
Universidade do Grande Rio



Prof. Diego Augusto Rivas dos Santos
Universidade do Grande Rio

CATALOGAÇÃO NA FONTE/BIBLIOTECA - UNIGRANRIO

N244s Nascimento, Fabiana Maria do.

O suicídio entre adolescentes atendidos na Unidade Pré-Hospitalar Saracuruna e a atuação do assistente social inserido em equipe multidisciplinar frente a esta demanda institucional / Fabiana Maria do Nascimento, Virgínia Alverca Martello Coelho, Vivianne Vitória de Melo Bugin Vaz.- Duque de Caxias, 2019.

114 f.: il.; 30 cm.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação em Serviço Social) – Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”, Escola Ciências Sociais Aplicadas, 2019.

“Orientadora: Profa. Erica Silva de Oliveira”.

Referências: f. 101-107

1. Serviço social. 2. Adolescentes - Comportamento suicida. 3. Questão social. 4. Saúde mental. 5. Assistentes sociais. I. Coelho, Virgínia Alverca Martello. II. Vaz, Vivianne Vitória de Melo Bugin. III. Oliveira, Erica Silva de. IV. Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy. V. Título.

CDD – 361.3

DEDICATÓRIAS

Dedicamos este trabalho a todo o corpo discente do curso de Serviço Social e também, principalmente, ao corpo docente. Corpo docente este que nos acompanhou ao longo destes quatro anos, promovendo e celebrando nosso crescimento acadêmico e pessoal. Somos gratas a todos os professores por sua rica contribuição para nossa formação profissional, e por todo o apoio nos momentos em que foram solicitados!

Dedicamos também aos nossos familiares, amigos e companheiros, pilares fundamentais na concretização deste sonho. Sem o seu apoio, compreensão e estímulo nada seria possível.

AGRADECIMENTOS

“A gratidão é uma dádiva! Reconhecer e saber aproveitar a sorte que se tem, é a melhor maneira de agradecer pelo que a vida lhe dá” (Márcia Luz)

Agradeço em primeiro lugar por este trabalho ao Pai Maior e a todas as divindades espirituais, que me deram saúde e forças para superar todos os momentos difíceis com os quais me deparei ao longo da graduação.

Aos meus familiares Homero, Kevem, Larissa, Maria, Sérgio, Severino e Terezinha, Gratidão! Gratidão! Agradeço de verdade e profundamente por me fazerem acreditar e nunca permitirem que eu cedesse à tentação de desistir. O motivo desse amor tão genuíno é a gratidão que sinto por cada membro da minha família e os que considero parte dela, é saber que em diversas ocasiões eles estiveram por perto, dando força, conselhos...

Para a minha amada segunda mãe D^a Severina (*in memoriam*), que sempre me acolheu nos momentos difíceis em parte desta trajetória não existem palavras que possam expressar a saudade e uma grande vontade de reviver os momentos que compartilhamos. Perder alguém importante é difícil, mas eu continuarei meu caminho como se você estivesse aqui ao meu lado.

Às amigas de trabalho e parceiras de pesquisa, Vivianne e Virgínia, gratidão! Por toda a ajuda, a paciência e apoio em noites de sono perdidas durante este período tão importante ao longo da nossa formação acadêmica, e a todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desta pesquisa, a minha orientadora Érica Silva, por todo apoio e paciência para a elaboração deste projeto final.

Um agradecimento especial às minhas supervisoras de campo, assistente social Rose Mary Coutinho e Maria do Socorro, que me auxiliaram de forma comprometida e qualificada para a atuação no exercício profissional, a instituição UPH-Saracuruna e aos demais profissionais que possibilitaram a execução deste trabalho científico.

E já finalizando, agradeço ao professor Rômulo Guedes, que ainda no ensino médio me proporcionou o conhecimento não apenas racional, mas também a manifestação do caráter e afetividade pela educação na busca pela formação profissional, se dedicando e ensinando a

valorizar tudo o que conquistar, se alegrar com isso, e aprender que é fundamental não medir esforços para conseguir se manter no caminho, ir além e atingir o que se deseja.

Fabiana Maria do Nascimento

“Tentar não. Faça. Ou não faça. Tentativa não há” (Mestre Yoda)

Agradeço primeiramente às minhas colegas Fabiana e Vivianne, parceiras de trabalho e amigas incontestáveis. Ao longo desta graduação vivemos juntas tantas coisas! Nossos laços se estreitaram e assim pudemos construir uma amizade sincera, mesmo nos momentos mais difíceis ou de embates. Juntas aprendemos que uma equipe se constrói baseada na confiança, na ajuda mútua, na sinceridade e principalmente no carinho, no saber reconhecer a fraqueza do outro e supri-la, sem julgamentos. A vocês, minha eterna gratidão por esta parceria, e meu eterno carinho.

Agradeço aos meus professores por toda a dedicação dispensada, e principalmente à orientadora deste trabalho, Professora Érica Oliveira. Ser professor é ser capaz de construir, desconstruir e reconstruir, guiando assim seus alunos aos bons caminhos da reflexão e do pensamento crítico. Atualmente, ser professor é um exercício constante de resistência, e por isso os professores merecem todo o reconhecimento e afeto.

Agradeço à minha família – Roberto, Cristina, Nathália, Verônica, Mariana, Vera – por serem o amor que me sustenta. Por serem meus maiores exemplos e por permitirem que eu seja exemplo também. Por compreenderem minhas ausências e minhas necessidades, e sempre me incentivarem a buscar o melhor. Ao meu companheiro de vida, Igor, meu muito obrigada por todo o encorajamento, ajuda e suporte; não existem palavras suficientes para lhe agradecer! Sem vocês, nada em minha vida seria possível. A vocês, todo o meu amor! Meu agradecimento especial à José Rodrigues Martello (*in memoriam*), meu grande amor e maior incentivador sempre tão presente em minha vida. Quando eu era ainda criança, ele sempre dizia “Minha neta vai ser doutora!”. E eu prometo que um dia esta dedicatória será na minha tese de Doutorado.

Por fim, embora não menos importante, agradeço à todas as divindades e entidades que me acompanham sempre, me mostrando o bom caminho e sustentando a minha fé. Salve a minha ancestralidade! A benção aos meus mais velhos e mais novos! Kiuá Kisimbi, Kiuá Kisanga, forças lindas e poderosas que me mantêm de pé e me fazem ser tudo o que sou; sem o seu amor, eu nada seria.

Encerro este ciclo com cansaço, não posso negar, mas diante de tanto incentivo e tantas expectativas, é impossível não pensar em já começar a planejar próximos ciclos. Novos desafios, novas perspectivas e principalmente, que venham novos conhecimentos!

Virgínia Alverca Martello Coelho

Acima de tudo agradeço a Deus e aos Orixás por permitir que eu chegasse até aqui, por ter me dado forças para superar as dificuldades que surgiram, por sempre trilhar o meu caminho. E por ter me colocado em uma família onde eu tive todo apoio, motivação, oportunidades e incentivo.

Agradeço imensamente aos meus pais por terem acreditado em mim, por todo sacrifício que fizeram para que eu pudesse estar aqui e concluir minha graduação. Por toda educação, amor, carinho, paciência, dedicação e cuidado que tiveram comigo em toda minha vida. Agradeço o amor infinito que me deram. Cheguei até aqui por ter vocês ao meu lado, me incentivando quando eu mais precisei. A vocês toda a minha gratidão.

As minhas amigas: Fabiana Maria e Virgínia Alverca, por terem me acolhido no grupo, por toda paciência e compreensão que tiveram comigo ao longo desse tempo. Agradeço a vocês não apenas no processo de monografia, mas sim por estarem comigo desde o início, por me apoiarem e me ajudarem nos momentos que precisei.

As pessoas que a Unigranrio me permitiu conhecer. Evellin McRyan, obrigada por tudo, por toda compreensão, amizade sincera, por toda ajuda que me deu e apoio para que eu não desistisse do meu sonho. Roberta Belchior, por todo acolhimento, paciência e carinho que teve comigo ao longo desse tempo. Obrigada por todo apoio e por me fazer enxergar que sou capaz. Prof Mônica Ramos, por ter sido uma excelente professora, por todos os conselhos, ensinamentos, puxões de orelha. Obrigada por ser essa pessoa de luz em minha vida.

A minha orientadora Érica Silva, por todo comprometimento com nosso trabalho. Por todos os ensinamentos e por ter acreditado em nosso grupo.

Ao meu amigo e companheiro Luiz Guilherme, por toda paciência que teve comigo, por aguentar todas as minhas fases, meu estresse, meu mau humor, minha angústia, meus momentos de aflição. Obrigada por ter sido meu abrigo quando precisei, por ter me apoiado quando eu mais pensei em desistir, por todo incentivo e por acreditar no meu potencial.

Ao curso de Serviço Social e a todos os professores, por ter permitido que eu me tornasse a pessoa que hoje eu sou, por ter a oportunidade de ver o mundo com outros olhos. Agradeço a

todas as pessoas que não acreditaram que eu chegaria até aqui, pois elas foram meu combustível para que eu não parasse. E por fim, agradeço a mim, por nunca ter desistido do meu sonho.

Vivianne Vitória de Melo Bugin Vaz

RESUMO

O presente trabalho monográfico surgiu a partir da inquietação acerca do aumento do número de suicídios entre adolescentes atendidos na Unidade Pré Hospitalar Saracuruna, espaço onde uma das autoras cumpriu seu estágio obrigatório. Com o objetivo de compreender os fatores que levam os adolescentes a tal ato, realizamos uma análise, por meio de fichas sociais e também, por meio de entrevistas com os profissionais inseridos no Programa de Saúde do Adolescente nesta unidade de saúde. Para fundamentar esta análise, nos debruçamos sobre temas como a questão social, a construção da Política de Saúde e de Saúde Mental no Brasil, bem como a construção social do conceito de suicídio e como este perpassa a sociedade. Buscamos analisar o fenômeno do suicídio como uma expressão da questão social, fruto das desigualdades da sociedade capitalista moderna, tendo seus rebatimentos específicos no público adolescente. Por fim, apresentamos as conclusões finais acerca deste trabalho de pesquisa. Concluimos que o suicídio é um mal que assola cada vez mais os adolescentes em nossa sociedade, e é necessário que a classe profissional dos Assistentes Sociais se aproprie deste objeto de pesquisa, para que assim seja possível uma intervenção de qualidade e a garantia dos direitos dos usuários.

Palavras-chave: Serviço Social, Questão Social, Suicídio, Capitalismo, Adolescência.

ABSTRACT

The present monographic study arose from the concern about the increase in the number of suicides among adolescents attended at the Saracuruna Pre-Hospital Unit, a space where one of the authors completed her mandatory internship. In order to understand the factors that lead the adolescents to such an act, we performed an analysis through social records and also through interviews with the professionals inserted in the Adolescent Health Program in this health unit. To support this analysis, we focus on topics such as the social issue, the construction of the Health Policy and Mental Health in Brazil, as well as the social construction of the concept of suicide and how it permeates society. We seek to analyze the phenomenon of suicide as an expression of the social question, fruit of the inequalities of modern capitalist society, with its specific repercussions on the adolescent public. Finally, we present the final conclusions about this research work. We conclude that suicide is an evil that plagues adolescents more and more in our society, and it is necessary that the professional class of Social Workers appropriate this research object, so that it is possible to intervene in quality and guarantee the rights of the users.

Key Words: Social Service, Social Issues, Suicide, Capitalism, Adolescence.

LISTA DE SIGLAS

ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria

ACB – Ação Católica Brasileira

APROMESA – Associação Pró-Melhoramentos de Saracuruna

CAP – Caixa de Aposentadoria e Pensões

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas

CAPS I – Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CEAS – Centro de Estudos e Ação Social

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CFM – Conselho Federal de Medicina

CRAS – Centro de Referência da Assistência Social

CRAIS – Centro de Referência em Atendimento Integral à Saúde

CREAS – Centro Especializado de Assistência Social

CRESS/RJ – Conselho Regional de Serviço Social do Rio de Janeiro

CVV – Centro de Valorização da Vida

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

FUNDEC – Fundação de Apoio à Escola Técnica, Ciência, Tecnologia, Esporte, Lazer, Cultura e Políticas Sociais de Duque de Caxias

HC-UFTM – Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

IAP – Instituto de Aposentadorias e Pensões

MS – Ministério da Saúde

MUB – Mobiliário Urbano

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

NASF – Núcleo Ampliado de Saúde da Família

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PAISC – Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança

PAISI – Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso

PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PRH – Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar

PROSAD – Programa Saúde do Adolescente

SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UPH-Saracuruna – Unidade Pré Hospitalar Saracuruna

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico I – Gênero dos adolescentes atendidos

Gráfico II – Idade dos adolescentes atendidos

Gráfico III – Adolescentes que frequentam a escola

Gráfico IV – Violências autoprovocadas, tentativas de suicídio e ideações suicidas

Gráfico V – Métodos utilizados para violências autoprovocadas e tentativas de suicídio

Gráfico VI – Principais fatores que motivaram os adolescentes à violência autoprovocada e ao suicídio

Gráfico VII - Encaminhamentos

SUMÁRIO

Introdução.....	14
Capítulo I. O Problema.....	16
1.1 – Apresentação do problema.....	16
1.2 – Relevância do estudo.....	18
1.3 – Objetivos do estudo.....	20
1.3.1 – Objetivo Geral.....	20
1.3.2 – Objetivos Específicos.....	20
Capítulo II. Revisão de Literatura.....	21
2.1 – Adolescência: o que é.....	21
2.2 – O suicídio como expressão da Questão Social.....	24
2.3 – O Suicídio: origens e conceitos.....	30
2.3.1 – Suicídio: concepções e comportamentos diante de algumas culturas e religiões.....	32
2.3.2 – Suicídio na contemporaneidade.....	36
2.4 – A Saúde Mental no Brasil.....	40
2.4.1 – Um olhar acerca da loucura.....	40
2.4.2 – Política de Saúde: Reforma Sanitária e a materialização da Reforma Psiquiátrica...	46
2.5 – A valorização da vida e a prevenção ao suicídio: a quem procurar ajuda?.....	59
2.5.1 – Rede de Serviços.....	59
2.6 – A importância da intersetorialidade.....	64
2.7 – O processo histórico do Serviço Social no Brasil.....	67

2.7.1 – Prática do Assistente Social na Saúde Mental.....	71
2.8 – Conhecendo o Campo Empírico.....	75
Capítulo III. Pesquisa de Campo.....	79
3 – Metodologia.....	79
3.1 – Método.....	79
3.2 – Tipo de pesquisa.....	81
3.3 – Universo/ Amostra.....	82
3.4 – Instrumentos e Procedimentos.....	82
3.5 – Análise de dados.....	82
3.5.1 – Perfil dos adolescentes atendidos.....	84
3.5.2 – Eixo I – A concepção dos profissionais atuantes em equipe multidisciplinar sobre o conceito de suicídio.....	90
3.5.3 – Eixo II – Os principais fatores determinantes que levam os adolescentes a tentarem e/ou concretizarem o suicídio, na concepção dos profissionais que compõem a equipe multidisciplinar.....	93
3.5.4 – Eixo III – As principais estratégias utilizadas pela equipe multidisciplinar no atendimento aos adolescentes na UPH.....	94
3.5.5 – Eixo IV – Os limites e possibilidades vivenciados pela equipe multidisciplinar no atendimento aos adolescentes que tentaram e/ou concretizaram o suicídio.....	97
Considerações finais.....	99
Referências Bibliográficas.....	101
Apêndice A – Roteiro de Entrevista.....	108
Anexo I – Trecho da Lei nº 10.216, de 6 de Abril de 2001.....	109
Anexo II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	110

Anexo III – Carta de Solicitação de Autorização de Pesquisa.....	112
Anexo IV – Termo de Autorização para a Realização da Pesquisa.....	113

INTRODUÇÃO

Existem inúmeras concepções sobre o suicídio, mas podemos conceituar os atos suicidas como qualquer ato praticado pelo próprio indivíduo que ponha em risco sua vida. Estes atos são inerentes ao comportamento de cada indivíduo, e também resultantes de suas experiências sociais e interpessoais.

Com base nas reflexões de Marx em sua análise sobre a sociedade capitalista, que a sua estrutura excludente pode ser causadora de grande parte dos suicídios, sendo estes atos assim caracterizados como mais um sintoma da luta social. Os fatores que levam ao suicídio entre adolescentes devem ser relacionados com a estrutura social e com a forma como estes indivíduos interagem com o meio social.

No intuito de aprofundar o conhecimento sobre tal tema, o trabalho monográfico foi organizado da seguinte maneira: temos como problema central que representa as nossas indagações sobre a temática que foi “Quais são os principais fatores determinantes que levaram os adolescentes, atendidos no UPH Saracuruna, a tentarem e/ou concretizarem a violência autoprovocada conhecida como suicídio e como se dá o processo de intervenção do assistente social inserido em equipe multidisciplinar frente a esta demanda institucional?”

Enquanto futuras assistentes sociais, e imprescindível nos atentarmos sempre para todo quadro social que se apresenta no cotidiano do usuário atendido, e este especialmente nos inquietou. Por esse motivo, entendemos ser de suma importância a busca por um conhecimento aprofundado sobre o que possa ter motivado estas medidas extremas tomadas pelos adolescentes, para além de reconhecer que esse fenômeno social requer um combate sincronizado e articulado, de forma que o assistente social junto à equipe técnica possa traçar ações de mobilização referente ao alto índice de suicídio entre os adolescentes. Esta problematização também surge do questionamento sobre como as relações sociais têm impactado as decisões da população adolescente, levando-os a tirarem a própria vida cada vez em maior número e como o assistente social deve intervir nesta demanda.

Consideramos, relevante discutir este assunto para compreender os motivos pertinentes que acabam por influenciar as relações sociais e tem seus rebatimentos especificamente no público adolescente. Acreditamos, que esta pesquisa irá contribuir para fomentar novas reflexões para o processo de intervenção do Serviço Social, e para as formas de enfrentamento da equipe multidisciplinar frente aos motivos que levam ou podem levar ao suicídio na fase da adolescência.

Acreditamos que discutir a questão do suicídio no âmbito da Instituição se torna relevante, pois pode contribuir para a percepção dos aspectos provenientes da sociedade capitalista contemporânea, relacionando-o não só a uma questão de saúde mental, mas também aos movimentos econômicos e sociais com o objetivo de melhor compreender as demandas dos usuários atendidos e a origem destas demandas, considerando a totalidade.

Dessa forma, acreditamos que este estudo contribui no sentido de melhorar o atendimento às demandas apresentadas institucionalmente, possibilitando a abordagem do problema em diversas frentes de trabalho.

O Capítulo I trata sobre O Problema, apresentando o problema de pesquisa, a relevância do estudo e os objetivos geral e específicos desta pesquisa.

O Capítulo II é a Revisão de Literatura, onde buscamos aprofundar a discussão sobre pontos centrais para o debate sobre o suicídio, como Adolescência: o que é, o Suicídio como expressão da Questão Social, Origens e Conceitos do Suicídio e suas concepções na antiguidade e na atualidade. Discutimos também sobre a Reforma Psiquiátrica e a Saúde Mental, a Reforma Sanitária, a Rede de Atendimento na prevenção do suicídio, a Intersetorialidade, a Historicidade do Serviço Social e sua prática na saúde mental, e também a apresentação do campo empírico onde se desenvolverá a pesquisa.

O Capítulo III trata da Pesquisa de Campo, onde construímos a Metodologia da pesquisa de campo, como pretendemos desenvolvê-la a partir da articulação entre conteúdos, pensamentos e assim concretizá-la no campo empírico. Apresentamos também o método, o tipo de pesquisa, o universo/amostra, os instrumentos e procedimentos, e pôr fim a Análise de dados, onde apresentamos uma análise do perfil dos adolescentes atendidos e trazemos quatro Eixos de Pesquisa baseados nas entrevistas com os profissionais.

Por entendermos que a realidade é mutável e se encontra em constante processo de movimento e transformação, nossa pesquisa será norteada pela concepção marxista, pois através do método dialético entendemos a realidade de forma dinâmica, revelando-se assim os fenômenos sob seu aspecto real, superando visões e análises parciais ou fragmentadas. Esta pesquisa se desenvolveu com base na análise dos dados coletados no campo empírico (UPH Saracuruna) através das Fichas Sociais dos adolescentes atendidos e das entrevistas com a equipe multidisciplinar.

CAPÍTULO I. O PROBLEMA

1.1 – APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA

Ao longo do estágio obrigatório em Serviço Social, realizado na Unidade Pré-Hospitalar e Ambulatório de Saracuruna (UPH Saracuruna), onde o Assistente Social atua junto com uma equipe multidisciplinar sob a incumbência de implementar programas como o Programa Saúde do Adolescente (PROSAD) e Saúde Mental, uma das autoras, enquanto estagiária, ao se inserir neste espaço suscitou algumas inquietações diante do aumento do número de casos de adolescentes com idades entre 12 e 18 anos que chegavam à unidade após tentativa ou consumação do suicídio.

Antes de dar início a esta jornada, buscamos esclarecer também aqui o porquê de utilizarmos a denominação “adolescente” quando nos referimos ao público alvo desta pesquisa. Quando nos referimos a estas pessoas com idades compreendidas entre 12 e 18 anos como adolescentes, nos baseamos no Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei Nº 8069/90), que é o conjunto de normas da legislação brasileira que tem como objetivo a proteção integral das crianças e adolescentes brasileiros. Este Estatuto, dispõe em seu Art. 2º: “Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos”. Sendo assim, consideraremos o uso desta denominação que é utilizada pela legislação brasileira de maior porte, no que diz respeito às crianças e adolescentes.

Dado exposto, ao tratar desta temática, buscamos um recorte nos fatores determinantes que levam ao adolescente a cometer tal ato e como ocorre a intervenção do Assistente Social inserido em equipe multidisciplinar diante desses casos, visando também compreender possíveis formas de enfrentamento do suicídio que tem se apresentado como demanda entre os adolescentes em atendimento ou acompanhamento social na unidade. Visando compreender a integralidade das ações e serviços em seu processo, não só nos programas, mas também nas demandas espontâneas postas ao Serviço Social, suscitou a indagação de uma reflexão sobre quais seriam os indícios e aspectos de comportamento do indivíduo que poderiam sinalizar a tentativa ou concretização do suicídio e como a estrutura capitalista influencia a disseminação desta violência na sociedade.

Enquanto futuras assistentes sociais, buscamos estar sempre atentas a todo quadro social que se apresenta. Por isso, temos nos debruçado na busca por um conhecimento aprofundado sobre o que possa ter motivado estas medidas extremas tomadas pelos adolescentes, para além

de reconhecer que esse fenômeno social requer um combate sincronizado e articulado, de forma que a equipe possa atender e também traçar ações mobilizadoras intervindo para a diminuição do alto índice de suicídio entre os adolescentes.

De acordo com Iamamoto (2002, p.41) “são as diferenças de especializações que permitem atribuir unidade à equipe, enriquecendo-a e, ao mesmo tempo, preservando aquelas diferenças”. Desta forma, identifica-se que é de extrema importância a construção de uma reflexão acerca desta situação vivenciada sob as concepções de diferentes profissionais para que se possa alcançar ações que contribuam para mudanças sobre esta realidade social, cabendo a cada profissional o respeito às suas particularidades.

Estes profissionais inseridos nos Programas, especificamente os voltados ao público adolescente, visam a orientação neste processo de transição para a vida adulta, o acesso às informações que contribuam no processo geral de crescimento e desenvolvimento do adolescente, visto que estes possuem direito ao acesso à Saúde garantido pelo Estado e a primazia no atendimento, conforme determina o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

De acordo com Marx (2006), em seu livro Sobre o Suicídio, entendemos que a própria sociedade capitalista e sua estrutura excludente pode ser a causadora de grande parte das ideias suicidas, sendo este também um sintoma da luta social, haja visto que os números aumentam em épocas de crises econômicas. Sendo assim, consideramos importante investigar os fatores que podem levar ao suicídio.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, em relatório de agosto de 2018, cerca de 800 mil pessoas morrem por suicídio todos os anos, sendo a segunda principal causa da morte entre jovens entre 15 e 29 anos. O suicídio trata-se de

Um grave problema de saúde pública; no entanto, os suicídios podem ser evitados em tempo oportuno, com base em evidências e com intervenções de baixo custo. Para uma efetiva prevenção, as respostas nacionais necessitam de uma ampla estratégia multissetorial. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2018, p. 8.)

Através de seu Boletim Epidemiológico, a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (2017, p. 2) afirma que “falar sobre o tema sem alarmismos, enfrentando os estigmas, conscientizando e estimulando a prevenção, é a melhor forma de reverter a situação alarmante do crescimento de caso de suicídios”.

Ainda segundo o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (2017, p. 10), as lesões autoprovocadas e as tentativas de suicídio são fenômenos complexos e que podem possuir várias causas, tendo como determinantes fatores sociais, econômicos, culturais, biológicos e a história de vida pessoal.

Apesar da ausência de notificações sobre violência autoprovocada/suicídio em alguns municípios e do fato de que apenas uma em cada três pessoas que tentam suicídio é atendida em serviço médico de urgência (Ministério da Saúde, 2017, p. 10), a existência desta base nacional de dados nos permitiu conhecer o perfil dos usuários atendidos pelo setor de saúde e nos revelou que há uma incidência significativa em adolescentes, bem como revelou a urgência em reconhecer o suicídio como um fenômeno social que têm sua intensificação na sociedade pós moderna. Dessa forma a inserção desta demanda nas agendas públicas tem suscitado a organização de programas e ações que venham a combater o fenômeno e atender as vítimas, para além do cenário requerer novas reflexões para seu entendimento e enfrentamento.

1.2 – RELEVÂNCIA DO ESTUDO

O Serviço Social, enquanto profissão inscrita na ordem capitalista, forma profissionais aptos a lidarem com as expressões da questão social, em suas mais diversas formas. O estudo a ser apresentado é considerado de extrema relevância na compreensão dos motivos pertinentes que acabam por influenciar as relações sociais e tem seus rebatimentos especificamente no público adolescente. Tal pesquisa teve o intuito de contribuir na fomentação de novas reflexões para o processo de intervenção do Serviço Social, e para as formas de enfrentamento da equipe multidisciplinar frente aos motivos que levam ou podem levar ao suicídio na fase da adolescência.

Como contribuição para esta pesquisa e visando trazer maior relevância para a mesma, está para além de um estudo bibliográfico se debruçou em uma análise do campo empírico através de entrevistas com os profissionais que compõem a equipe multidisciplinar na UPH-Saracuruna (Unidade Pré-Hospitalar - Saracuruna), que tem como foco este público alvo.

Entendemos o crescente número de suicídios também como uma expressão da questão social, visto que a classe trabalhadora é afetada em diversas áreas de sua vida, na saúde, no trabalho, na questão econômica, e principalmente nas suas relações sociais, o que pode levar os indivíduos a medidas extremas. Como bem anotou Karl Marx em seus estudos, a classificação das causas do suicídio é uma classificação dos males da sociedade burguesa moderna, que não podem ser suprimidos sem uma transformação radical da estrutura social e econômica. Assim, Marx também compreende o suicídio como algo que pode ser derivado das opressões da sociedade capitalista.

Acreditamos que discutir a questão do suicídio no âmbito da Instituição se torna relevante porque pode contribuir para a percepção dos aspectos provenientes da sociedade

capitalista contemporânea, relacionando-o não só a uma questão de saúde mental, mas também aos movimentos econômicos e sociais com o objetivo de melhor compreender as demandas dos usuários atendidos, e a origem destas demandas, considerando a totalidade.

Dessa forma, acreditamos que este estudo contribui no sentido de melhorar o atendimento às demandas apresentadas institucionalmente, possibilitando a abordagem do problema em diversas frentes de trabalho. Além disso, quanto mais informações a instituição tenha, melhor poderá organizar o seu trabalho e adequar suas abordagens.

Com relação aos usuários do serviço, acreditamos que suscitar reflexões junto a esse público e confrontar os pensamentos suicidas desenvolvidos pelos adolescentes, bem como os seus responsáveis legais afetados direta e indiretamente se configura como uma possibilidade de repensar as suas práticas e traçar estratégias de enfrentamento.

Como contribuição para o espaço acadêmico, o trabalho se revelou como um instrumento para fomentar novas discussões acerca das expressões da questão social, e como elas assumem novas características conforme o avanço do capitalismo, passando a se apresentar com novas formas e distintas, porém com uma mesma raiz comum, que é a desigualdade de classes.

Atualmente o debate acerca do suicídio como expressão da questão social no ambiente acadêmico ainda se mostra bastante tímido, visto por exemplo a pequena quantidade de bibliografias de Serviço Social que tratam do tema. Acreditamos que explorar as emergentes expressões da questão social na contemporaneidade seja extremamente benéfico ao trabalho de pesquisa em Serviço Social, pois reconhecemos que a sociedade é mutável, a todo instante se transforma, assim como as relações de produção, as formas de exploração e os rebatimentos sobre a classe trabalhadora. Por isso, procuramos apresentar um aprofundamento referente ao estudo sobre o suicídio para além de seu enfrentamento no âmbito da saúde mental, como importante expressão da exploração sofrida pela classe trabalhadora.

1.3 – OBJETIVOS DO ESTUDO

1.3.1 – OBJETIVO GERAL

Analisar os principais fatores determinantes que levaram os adolescentes, atendidos no UPH - Saracuruna, a tentarem e/ou concretizarem o suicídio e como se dá o processo de intervenção do Assistente Social atuando em equipe multidisciplinar frente a esta demanda institucional.

1.3.2 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Traçar o perfil dos adolescentes com ideias suicidas atendidos no Programa Saúde do Adolescente (PROSAD) na UPH - Saracuruna;
- Apreender o conceito de suicídio na concepção da equipe multidisciplinar da UPH Saracuruna;
- Identificar os principais fatores determinantes que levam os adolescentes a tentar e/ou concretizar o suicídio, a partir de uma visão da equipe multidisciplinar;
- Conhecer as estratégias utilizadas pela equipe multidisciplinar no atendimento aos adolescentes na UPH Saracuruna;
- Reconhecer os limites e possibilidades vivenciados pelo Assistente Social atuando em equipe multidisciplinar no atendimento dos adolescentes que tentaram e/ou concretizaram o suicídio

CAPÍTULO II. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 – ADOLESCÊNCIA: O QUE É?

Segundo Osório (1959)

A adolescência é uma etapa evolutiva peculiar do ser humano. Nela culmina todo o processo maturativo biopsicossocial do indivíduo. Por isto, não podemos compreender a adolescência estudando separadamente os aspectos biológicos, psicológicos, sociais ou culturais. Eles são indissociáveis e é justamente o conjunto de suas características que confere unidade ao fenômeno da adolescência. (OSÓRIO, 1959, p. 10)

Assim, compreendemos que a fase da adolescência é extremamente importante e decisiva na vida de um indivíduo, pois é um momento de transformações: biológicas através de uma série de mudanças no corpo, e psicossociais, através da estruturação de sua personalidade diante das interações sociais.

A adolescência é entendida por Osório (1959) como um momento principalmente de estabelecimento da identidade pessoal, e esta formação de identidade está totalmente ligada ao ambiente sócio-cultural dos indivíduos, e sendo assim, este autor não determina faixas etárias que compreenderiam a adolescência, um momento de início ou final, se reservando a apresentar características que podem indicar estes momentos. Ele caracteriza a adolescência pelos seguintes itens

- 1) redefinição da imagem corporal, consubstanciada na perda do corpo infantil e da consequente aquisição do corpo adulto (em particular, dos caracteres sexuais secundários);
- 2) culminação do processo de separação/individuação e substituição do vínculo de dependência simbiótica com os pais da infância por relações objetivas de autonomia plena;
- 3) elaboração de lutos referentes à perda da condição infantil;
- 4) estabelecimento de uma escala de valores ou código de ética próprio;
- 5) busca de pautas de identificação no grupo de iguais;
- 6) estabelecimento de um padrão de luta/fuga no relacionamento com a geração precedente;
- 7) aceitação tácita dos ritos de iniciação como condição de ingresso ao status adulto;
- 8) assunção de funções ou papéis sexuais auto-outorgados, ou seja, consoante inclinações pessoais independentemente das expectativas familiares e eventualmente (homossexuais) até mesmo das imposições biológicas do gênero a que pertence. (OSÓRIO, 1959, p. 11)

Além disso, o autor sinaliza que o final da adolescência se dá quando estão presentes na vida do indivíduo as seguintes condições:

- 1) estabelecimento de uma identidade sexual e possibilidade de estabelecer relações afetivas estáveis;

- 2) capacidade de assumir compromissos profissionais e manter-se (independência econômica);
- 3) aquisição de um sistema de valores pessoais (moral própria);
- 4) relação de reciprocidade com a geração precedente (sobretudo com os pais). (OSÓRIO, 1959, p. 12)

Assim, a adolescência como um período de estruturação do indivíduo estaria ligada muito mais aos fatores do desenvolvimento pessoal e social do que à faixa etária, apesar de esta ser utilizada como referência, mas não como fator determinante.

Quando falamos destas transformações do período da adolescência, é importante ressaltar que estas características se referem aos adolescentes que não tem a sobrevivência como preocupação imediata, ou seja, indivíduos que não precisam se preocupar em trabalhar para prover a si ou à sua família. Osório (1959, p. 20) destaca sobre isso que viver a adolescência em todos estes aspectos de preparação para a vida adulta pode ser considerado um privilégio das classes econômicas mais abastadas, onde os jovens não precisam se preocupar com o que comer ou vestir. Quanto aos adolescentes mais pobres, Osório diz

Estes apenas experimentam a puberdade, enquanto inevitável processo de transformações corporais, mas não se lhes concede a oportunidade de vivenciar o processo de elaboração das perdas infantis e assimilação das aquisições adultas que caracterizam a adolescência do ponto de vista psicológico. Para tanto, é preciso dispor de um espaço-tempo a que não têm acesso os que estão confinados pela geografia da fome e da miséria. (OSÓRIO, 1959, p. 20)

Com isso, observamos o quanto a adolescência é influenciada pelo meio social. A sociedade capitalista afeta inclusive as fases do desenvolvimento humano, pois de acordo com o poder econômico, esta sociedade acaba privando uns e permitindo a outros vivenciarem as experiências próprias de cada fase e que deveriam ser um direito universal.

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (2017, p. 07) “a adolescência é marcada, entre outras características, pela busca de autonomia sobre as decisões, emoções e ações, pelo desenvolvimento de habilidades e a vivência da sexualidade”.

Entende-se que estes indivíduos possuem particularidades e quando analisadas a partir de um processo de fases em que estes se encontram, os adolescentes se questionam sobre o que é ser adolescente e o que a adolescência traz, dentre as mudanças físicas e psicológicas, estruturas familiar e social, e tendem a se sentirem confusos e despreparados para lidar com determinadas situações. Segundo o psicólogo Jensen (2015, p. 397) “a adolescência é um período de maior reação ao estresse, o que talvez explique, em parte, por que os transtornos da ansiedade, inclusive a síndrome do pânico, surgem tipicamente durante a puberdade”, que reafirma que os fatores supracitados pela OPAS/MS (2017) em relação a adolescência podem

realmente interferir no âmbito psicológico, mas para além disso “a adolescência, faixa etária entre 10 e 19 anos, é o período da vida caracterizado por intenso crescimento e desenvolvimento, que se manifesta por transformações anatômicas, fisiológicas, psicológicas e sociais.” (PROSAD, 1996, p. 05). Sendo assim, identifica-se essa fase como um período da vida de mudanças intensas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), junto à Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), consideram como adolescentes os indivíduos de faixa etária entre 10 aos 19 anos de idade, a mesma faixa etária entendida pelo PROSAD (1996). Em contrapartida, o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (1990), compreende como crianças os indivíduos até 12 anos incompletos e adolescentes os indivíduos entre 12 e 18 anos incompletos. É fato que há uma divergência acerca da idade, quando analisadas de acordo com o desenvolvimento humano. No âmbito da saúde a faixa etária se restringe, o que pode ser justificado devido às mudanças tanto psicológicas quanto físicas iniciarem a partir de um determinado momento. Em linhas gerais, os direitos são estabelecidos de forma unificada tanto para adolescentes quanto para crianças a nível de proteção.

Sobre o período da adolescência, sobre o qual pontuamos como foco primordial nos debruçar, buscamos compreender o que acontece nesta fase. Sendo assim, consideramos o uso desta denominação que é utilizada pela legislação brasileira de maior porte no que diz respeito à crianças e adolescentes.

Para tanto, é de extrema importância, já que trouxemos esta diferenciação sobre diferentes pontos trazer um pouco do que seriam e onde estão pautados os direitos supracitados. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) é uma legislação que preza pela proteção integral de crianças e adolescentes, cumprindo assim os preceitos da Constituição Federal de 1988 no Brasil. Tornou-se de conhecimento público em 1990, quando fora decretado, sob a Lei 8.069, dispondo no art. 227 que

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (Constituição Federal, 1988)

Sendo assim, foram instituídos direitos e deveres à família, à sociedade e ao Estado frente às crianças e adolescentes, considerando as proposições da Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança, promulgada no ano de 1989, e reafirmada também no ano de 1990.

Entendemos que todo indivíduo é um ser social, e sua socialização começa no ambiente familiar, que oferece o papel de intermediação entre os adolescentes e a sociedade. Por este motivo, a família é considerada extremamente importante na formação dos indivíduos, e os profissionais devem lidar com essas famílias nos casos de pós-venção e em casos de tentativas de suicídio por parte dos adolescentes. Osório define a família como

sendo uma unidade grupal onde se desenvolvem três tipos de relações pessoais: aliança (casal), filiação (filhos) e consanguinidade (irmãos), e que, a partir dos objetivos genéricos de preservar a espécie, nutrir e proteger a descendência e fornecer-lhe condições para a aquisição de suas identidades pessoais, desenvolveu ao longo do périplo evolutivo do ser humano funções diversificadas de transmissão de valores éticos, estéticos, religiosos e culturais. (OSÓRIO, 1959, p. 28)

A Constituição Federal Brasileira de 1988, em seu Art. 226 conceitua a família como uma comunidade formada por qualquer um dos cônjuges e seus descendentes. Sendo assim, descartam o reconhecimento de relações homoafetivas, considerando como famílias uniões heterossexuais, monoparentais e unidas ou não pelo casamento. Entretanto, o Supremo Tribunal Federal decidiu equiparar a união homoafetiva à união estável, fazendo com que todos os tipos de casais tenham seus direitos conferidos pela Constituição, entendendo que não se justifica a preferência de um modelo de família em detrimento de outro.

Para o ECA, em seu Art.25, é reconhecido como modelo de família as “famílias natural, extensa ou substituta”, ou seja, este conceito abraça inúmeras possibilidades: pais, filhos, filhos por tutelar, guarda ou adoção, não se opondo à possibilidade de casais homoafetivos como uma formação de família, onde entende-se que esta é vista dentro de uma totalidade.

Neste sentido, é necessário que os atendimentos e acompanhamentos frente às demandas de ideação suicida e comportamentos suicidas sejam feitos de forma coletiva de acordo com os fatores que levam estes adolescentes a tomar tal decisão, visando o enfrentamento de possíveis reincidências, e por isso a família assume neste caso um papel muito importante (Botega, 2015). Sendo assim, os profissionais devem procurar trazer para a reflexão junto aos adolescentes e suas famílias assuntos relacionados ao suicídio e à autolesão. Nos casos de pós-venção, uma das melhores soluções também partem do diálogo, visando construir estratégias de intervenção sob a finalidade de reduzir os danos causados pela perda com uma equipe multidisciplinar.

2.2 – O SUICÍDIO COMO EXPRESSÃO DA QUESTÃO SOCIAL

O processo de ascensão do Capitalismo no século XV propiciou um crescente ciclo de exploração e desigualdades sociais expressas de forma contraditória na relação Capital e

trabalho na Europa Ocidental sob a premissa da valorização do Capital, do lucro e acumulação de riquezas. Isso ocorre quando o Capitalismo se instaura em meio ao declínio do sistema feudal quando o poder político era mantido pelo senhor feudal baseado na posse de terra, sob o processo de produção mantido pelos denominados servos. Sendo assim

A produção mercantil se peculiariza, pois, porque põe em cena dois sujeitos historicamente determinados: o capitalista (ou burguês), que dispõe de dinheiro e meios de produção (que, então, tomam a forma de *capital*), e aquele que pode tornar-se o produtor direto, porque está livre para vender, como mercadoria, a sua força de trabalho – o proletário (ou operário)” (NETTO; BRAZ, 2012, p.97)

Ou seja, tudo que era produzido destinava-se ao consumo local sem valor de troca, até o processo de urbanização e mercantilização contribuírem para a existência da moeda como valor de troca além do controle estatal da economia para expandir o comércio. Através da Revolução Industrial, no século XVIII, o Capitalismo atinge um dos patamares mais altos através da substituição dos produtos manufaturados para industrializados sob livre concorrência de mercado sem a intervenção do Estado, onde suas bases se tornaram cada vez mais fortes pelo sistema financeiro que no século XIX manteve o mercado ativo em diversas partes do mundo, por meio da Globalização. Ressaltamos assim, que

O Estado é funcional ao capitalismo monopolista é, no nível das suas finalidades econômicas, o “comitê executivo” da burguesia monopolista – opera para propiciar o conjunto de condições necessárias à acumulação e à valorização do capital monopolista (NETTO,1996, p.22).

O debate sobre questão social se inicia por volta de 1830, quando as bases urbano-industriais do capitalismo começam a se firmar. A questão social se configura como um conjunto de expressões das desigualdades geradas e acirradas pelas relações contraditórias presentes na estrutura capitalista, que tem como raiz comum a produção social, que é cada vez mais coletiva, enquanto a apropriação dos seus lucros é privada.

O surgimento das primeiras máquinas possibilitou a criação e o desenvolvimento de grandes empresas e o aumento de trabalhadores assalariados, porém sob péssimas condições de trabalho e baixos salários. Na sociedade burguesa, “o salário do trabalhador aparece como preço do trabalho, como determinada quantidade de dinheiro paga por determinada quantidade de trabalho” (Marx,2013 p. 740). Sendo assim, quando o trabalho adquire essa lógica de emprego, o proletário vive este processo de alienação, proveniente das relações conflituosas entre as classes que vivem do trabalho e o capital inerentes à modernidade e ao capital.

O Capitalismo é um modo de produção que tem suas bases fundadas na exploração da classe trabalhadora para se obter o lucro. Essas e outras contradições derivam daquela que

podemos considerar a contradição fundamental do Modo de Produção Capitalista: a contradição entre a produção socializada e a apropriação privada (NETTO; BRAZ, 2012).

Sendo assim, uma classe detém os meios de produção e a outra apenas participa deste ciclo vendendo sua força de trabalho para consumir o que ele mesmo produz. Desta lei de acumulação capitalista, surge a questão social. Bem como afirma Iamamoto

A Questão Social pode ser definida como: O conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que têm uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos se mantém privada, monopolizada por uma parte da sociedade. (IAMAMOTO, 1999, p. 27).

O modo de produção capitalista se funda na relação de exploração entre capitalistas e classe trabalhadora, onde o primeiro se apropria do valor produzido pelo segundo. Nesta relação, os capitalistas detém os meios de produção e a classe trabalhadora tem apenas a sua força de trabalho, que é vendida a um preço baixo aos capitalistas.

Segundo Netto e Braz (2012, p. 149), esta forma de produção capitalista é também produção e reprodução das relações sociais, ou seja, ela só é viável se reproduzir as relações sociais que põem frente a frente capitalistas e proletários. Este modo de produção, baseado na exploração da classe trabalhadora, produz cada vez mais riqueza social e proporcionalmente mais pobreza, visto que aumenta o número de desempregados e a competição entre os trabalhadores e reduz o papel do Estado.

Entretanto, a questão não se refere somente às desigualdades sociais geradas por essa lei, mas refere-se, também, à resistência da classe trabalhadora, adquirida através de sua consciência de classe, ingressando, assim, no “cenário político da sociedade”, como considera IAMAMOTO (2012).

A história relata que é no final do século XIX o período em que o Estado capitalista passa a assumir e a realizar ações sociais mais amplas, planejadas e sistematizadas sob caráter de obrigatoriedade. De acordo com Behring (2011), a questão social no Brasil só fôra apresentada como questão política nas décadas iniciais do século XX, mesmo em meio a diversos indícios de pobreza extrema, injustiças e dificuldade de inserção dos escravos alforriados na sociedade. As políticas sociais emergiram de forma tardia em meio às lutas dos trabalhadores por melhores condições de vida e de trabalhos, propiciando uma legislação voltada para a esfera do trabalho. Como afirma a autora

Trata-se de uma situação estrutural, que retardou a consciência e a ação política operária no Brasil, cujas primeiras manifestações como tal datam do início do século XX. Estas quando se colocam na cena política, extrapolando o mandonismo e

paternalismo tradicionais das elites, serão tratadas a partir da repressão policial e da dissuasão político-militar. (BEHRING; ROSSETTI, 2011, p.77)

Observa-se que os direitos sociais no Brasil foram conquistados através das lutas dos trabalhadores organizados em diversos movimentos da sociedade civil, pois a insatisfação do povo frente a situação de miséria, fome, desemprego e doenças suscitou inúmeras reivindicações por melhores condições de vida.

Tendo em vista os referidos requerimentos decorrentes de uma modernização dos meios de produção, é ocasionada a exclusão dos assalariados do mercado de trabalho, os quais não possuem habilidade nem qualificação para atender às exigências desta sociedade modernizada. Desse modo, tem-se um reflexo da organização social fundada sob a ordem do capital.

Com a promulgação da Constituição de 1988 os direitos sociais dos indivíduos sofreram um redesenho e ampliação, e é nesse contexto que a questão social passe a ser vista em seu aspecto econômico-político, segundo Behring e Boschetti

As políticas sociais e a formatação de padrões de proteção são desdobramentos e até mesmo respostas e formas de enfrentamento – em geral setorializadas e fragmentadas - as expressões multifacetadas da questão social no capitalismo, cujo fundamento se encontra nas relações de exploração do capital sobre o trabalho. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 51)

Com o passar dos anos e a chegada da proposta neoliberal no Brasil, as políticas e os direitos dos indivíduos sofrem rebatimentos diretos, pois o Estado passa por uma nova redefinição no que tange à proteção social estabelecida na Constituição Federal.

No contexto neoliberal o Estado fica subordinado aos interesses financeiros, o livre mercado regula as relações trabalhistas e fica a critério do capital o gerenciamento das políticas sociais, que são prioritariamente ofertadas a pequenas parcelas da classe trabalhadora mais atingida pelas expressões da questão social, como políticas essencialmente compensatórias e focalizadas.

No cenário da sociedade atual, chamada de “pós-moderna”, a autora Pastorini (2004) nos leva a refletir acerca do acirramento das expressões da questão social, ou seja, uma intensificação do que já existia desde a ascensão do capitalismo ao seu processo de solidificação, onde o antes, o agora e o depois estão interligados e neste âmbito há um processo onde algumas características se mantêm conservadas e outras são renovadas.

Portanto, a questão social vem sendo naturalizada por muitos e segundo Iamamoto (2012, p.163) esse movimento se deve à “transformação de suas manifestações em objeto de programas assistenciais focalizados de pobreza ou em expressões da violência dos pobres, cuja resposta é a segurança e a repressão oficiais”. Diante disso, a questão social vem perdendo a

sua estrutura histórica, fomentando a discussão sobre a emergência de uma nova questão social, quando na verdade tem ocorrido um processo de contínua metamorfose da mesma.

A questão social deve ser discutida na atualidade, buscando captar as mudanças no mundo do trabalho, que são essenciais à sua compreensão. Entender a questão social é considerar sempre a exploração do trabalho pelo capital, que resulta em uma série de expressões históricas, como bem apresenta Pastorini (2004), a questão social no Brasil é expressa no desemprego estrutural e crescente na economia brasileira, desde o auge da industrialização pesada no país,

a discussão contemporânea acerca da ‘questão social’ no Brasil, deve, considerando-se o desemprego enquanto uma de suas expressões centrais, contemplar a importância dessas premissas, a fim de particulariza-lo em face de outras realidades, especialmente a dos países cênicos. O desemprego estrutural aparece, nesses países, em decorrência da transição para a acumulação flexível e tendo como ‘alvo’ a desregulamentação do regime de trabalho, no sentido de uma luta contra as conquistas fordistas de estabilidade no emprego. No Brasil a flexibilidade pretendida encontra seu caminho já previamente traçado dada a inexistência de estabilidade no regime de trabalho e sua influência enquanto determinante do desemprego estrutural, presente desde o ‘fordismo à brasileira’. (PASTORINI, 2004, p. 143)

Desta forma, o desemprego decorre também da flexibilização do mercado de trabalho, das relações trabalhistas e da precariedade das políticas públicas, e este mercado de trabalho flexível significa que o capital encontra novas formas de se reestruturar frente às crises e com isso gera uma intensa precarização do trabalho. Também podem ser inseridos neste contexto a terceirização, a subcontratação, os trabalhos temporários e os trabalhos autônomos. Em contrapartida a esta nova forma de organização do mundo do trabalho, as legislações também se tornam mais flexíveis no que diz respeito aos direitos dos trabalhadores, atuando assim o Estado como um facilitador dos interesses da classe dominante.

A dinâmica citada acima é naturalizada na sociedade pós-moderna e pode ser definida como um momento onde a análise da realidade é mais flexível, fragmentada e subjetiva, como afirma a autora abaixo

Ao negar o percurso de análise que caminha da parte para o todo, do singular ao universal, da aparência à essência, do objetivo ao subjetivo, e vice-versa, as interpretações do pensamento pós-moderno detêm-se na visão distorcida do real, apanhado apenas em sua manifestação imediata. (SIMIONATTO, 2009, p. 7)

Para além do campo teórico, na contemporaneidade também se modificam as relações de produção e as relações sociais. As expressões desta podem ser observadas nos níveis do cotidiano (através da valorização do indivíduo e da hipercomunicação), no nível econômico (através da mundialização do capitalismo e da cultura informatizada) e no nível político (por meio da desqualificação do Estado e as novas formas de expressão da sociedade civil).

A sociedade pós-moderna é considerada a sociedade do descarte, do efêmero, das relações sociais frágeis e das relações trabalhistas flexíveis (SIMIONATTO, 2009).

Neste atual momento econômico brasileiro, o enfrentamento do assistente social tende a ser reduzido à identificação de demandas e seu atendimento focalizado, sem ultrapassar o nível da aparência.

Na pós-modernidade alteram-se os espaços ocupacionais e também as condições de trabalho do assistente social. Ocorrem mudanças no Estado, diminuem-se os investimentos na área social e ampliam-se as instituições do terceiro setor, fazendo assim com que as políticas sociais sejam fragilizadas assumindo caráter compensatório, seletivo e fragmentado, inviabilizando a concretização dos direitos dos indivíduos. (SIMIONATTO, 2009, p.17)

Diante de todo o exposto, entendemos a questão social em seu sentido mais clássico e difundido pelo conjunto dos mais notáveis autores de Serviço Social: a questão social se configura como este conjunto de expressões de desigualdades produzidas pelas relações entre classe que vive do trabalho e classes dominantes, próprias e inerentes ao sistema capitalista. Estas expressões da questão social podem se caracterizar de formas diferentes ao longo dos períodos históricos, entretanto, a sua raiz comum sempre será o processo de exploração da classe trabalhadora. Conforme Marx (2006) afirma, quando se refere ao suicídio, este é fruto dos defeitos da nossa sociedade, visto que surgem dela própria e não somente está ligado a um problema patológico nato, tal qual para Botega, que concorda afirmando que o indivíduo é

Vítima de sua fisiologia cerebral, da decepção amorosa, das misérias humanas, das calamidades sociais; vítima de uma organização política econômica que conduz à perda de sentido e ao desespero, a uma vida desprovida de sentido, a mortes aparentemente sem razão. (BOTEGA, 2015, p. 30)

Nesta interface, tudo que fora analisado em diversos países frente a esta temática e identificados sobre o rigor de conhecimento da ciência, propiciou melhor compreensão sobre os fatores que podem vir a determinar tal prática sendo este indecoroso de caráter criminal, podendo ser entendido como uma expressão da questão social devido aos fatores determinantes socioeconômicos e espaciais engendrados no âmbito da sociedade.

Podemos afirmar que o suicídio se configura como uma das expressões da questão social, tendo ganhado contornos significativos na sociedade pós-moderna. Acreditamos que o suicídio seja um fenômeno decorrente das explorações da sociedade capitalista, que oprime as classes subalternas, muitas vezes gerando assim expectativas inalcançáveis, desejos de coisas

materiais que não podem ser realizados, ocasionando a frustração nos indivíduos. Na sociedade pós-moderna as famílias tendem a se afastar, pois a busca por bens materiais é crescente e posta em prioridade, causando o sofrimento psicológico dos membros desta família. Acreditamos que um grande causador de suicídios seja o fato de que nesta sociedade pós-moderna, os indivíduos não são postos em prioridade, ao passo que as realizações materiais e acúmulo de bens de consumo são.

Quanto aos adolescentes acometidos pelas ideações suicidas, não podemos desconsiderar jamais as doenças psicológicas, que devem ser levadas a sério e tratadas por profissionais qualificados. Entretanto, acreditamos que os fatores sociais exercem grande influência sobre estes indivíduos, principalmente por estarem em fase de formação de personalidade, de ideias, e assim estarem absorvendo tudo o que a sociedade oferece, seja bom ou ruim.

Por este motivo, se faz necessário no item a seguir compreendermos o debate sobre a dinamicidade do fenômeno do suicídio, desde as origens deste estudo.

2.3 – O SUICÍDIO: ORIGENS E CONCEITOS

Cogita-se com muita frequência nos escritos acerca do aparecimento da expressão Suicídio em diversos séculos específicos. Certamente não podemos afirmar quando de fato isso ocorreu. Dado exposto, em uma das obras escritas por Thomas Browne (1605-1682) *Religio Medici*, manuscrito em literatura Inglesa datados do século XVII e XVIII (1640-1770), o termo “suicide” (Browne, 1643, p.40), encontra-se visível quando, em uma das edições já traduzida em português, Browne (1643), diz que

[...] Há muitas tensões excelentes naquele poeta, com o qual seu gênio estóico tem liberalmente forneceu-lhe; e verdadeiramente há peças singulares na Filosofia de Zenão e doutrina dos Stoicks, que eu percebo, entregue em um púlpito, passar para a atual Divindade: ainda aqui eles estão em extreams, que podem permitir que um homem seja seu próprio Assassino, e tão altamente exaltam fim e suicidio de Cato. [...] (BROWNE, 1643, p. 43-44)

Nesta passagem o autor faz uma menção ao suicídio de forma enaltecida por parte da ciência e de alguns ensinamentos ancorados ao pensamento sobre determinadas culturas.

Durkheim, define como um dos diversos enunciados acerca do suicídio “toda morte que resulta mediata ou imediatamente de ato positivo ou negado, pela própria vítima” (Durkheim, 2000, p.11). Sendo assim, entende como suicídio, qualquer ato que venha a ser praticado por si mesmo de forma intencional ou não, rápida ou a longo prazo. O mesmo também considera que há diferentes tipos de mortes, motivos e razões que podem ser caracterizados

como suicídio. A exemplo podemos citar o suicídio acidental, onde o indivíduo pode ter a intenção de matar alguém e por algum motivo acaba por matar a si próprio; o suicídio tido como patriótico, onde alguém põe fim a própria vida por amor excessivo ao seu país; o suicídio a curto prazo quando executado de forma rápida por meio de arma de fogo ou ingestão de alguma substância que traga tal feito; o suicídio a médio prazo, considerado sob torturas ou uma greve de fome; e o suicídio a longo prazo sendo por um alcoolatra ou movido por algum estado de saúde biológica alterada. De acordo com Botega

A palavra suicídio é conhecida desde o século XVII. Suas várias definições costumam conter uma ideia central, mais evidente, relacionada ao ato de terminar com a própria vida, e ideias periféricas, menos evidentes, relacionadas à motivação, intencionalidade e à letalidade. (BOTEGA, 2015, p. 13)

Sendo assim, o autor afirma que apesar de inúmeras concepções sobre o suicídio, os motivos pelos quais o sujeito pratica tal ato são algo inerente ao comportamento de cada um e independente de qualquer ato praticado pelo indivíduo que possa pôr em risco a sua vida, este deve ser considerado um ato suicida.

Uma lesão autoprovocada pode vir a ser praticada sem estar associada a uma tentativa de suicídio, onde este que se auto lesiona pode apenas ter a ideia de aliviar um sofrimento, conforme afirma o Guia de Avaliação do Risco e Prevenção de Suicídio (2016), quando reitera que “o suicídio é visto, frequentemente, como o resultado de um processo de decisão onde se consideram os aspectos positivos e negativos em estar vivo, chegando-se à conclusão que é melhor morrer” (SMS; 2016, p.05). Entende-se que o ato de se suicidar é visto pelo indivíduo como uma saída para todos os problemas que este porventura esteja por enfrentar, uma vez que ao perder a capacidade de retomar o controle de suas emoções o mesmo vê no suicídio uma solução única.

Por todos esses aspectos, considera-se o comportamento suicida um somatório de ideias sobre diferentes circunstâncias, planejamento ou a ação do pensamento que resulta em morte. Nas chamadas *causa externas*, ou seja, fatos que apresentam motivos indeterminados, onde o suicídio se insere classificado como mortalidade, bem como os conflitos civis, homicídios, guerras, conforme afirma Botega (2015).

A Organização Mundial da Saúde (2000) traz alguns apontamentos sobre o suicídio: uma pessoa põe em execução a sua própria vida a cada 3 segundos. Em nível mundial, a cada 40 segundos uma pessoa põe fim a própria vida. Dentre os fatores considerados de risco, constam como principais as tentativas prévias de suicídio, onde 50% dos desfechos finais previamente já haviam sido tentados, os pacientes com doenças mentais.

Para o Conselho Federal de Medicina (2014), o abuso de substâncias associadas a quadros psicológicos problemáticos pode ser letal, pois os efeitos das substâncias associados à sintomas depressivos e à confusão de sentimentos podem resultar em suicídio, como um somatório de fatos provenientes do cotidiano.

2.3.1 – SUICÍDIO: CONCEPÇÕES E COMPORTAMENTOS DIANTE DE ALGUMAS CULTURAS E RELIGIÕES

Quando falamos de atos e condutas, é importante observarmos que estes podem se dar de forma diferenciada e padronizada na vida de cada indivíduo, onde as concepções são estabelecidas por um conjunto de tradições, ou seja, entendidas conforme a Cultura em determinados grupos sociais.

Neste contexto, tendo como base uma retomada histórica sobre algumas concepções em relação ao suicídio, buscaremos compreender como este era visto pela sociedade em diferentes momentos e épocas da civilização.

Na cultura primitiva as mortes causadas por suicídio compunham suas funções e significados vistos de forma peculiar. De acordo com Botega (2015), a morte tinha um significado de honra e qualificação. Para os Vikings e esquimós, os mortos em batalhas teriam seus lugares resguardados no paraíso, onde os Vikings acreditavam que estariam à sua espera pomposas refeições destinadas aos indivíduos mortos de forma violenta, ofertadas pelo rei das guerras, Odin. Por outro lado, Cassorla (1984, p. 36) afirma que “Na verdade a Igreja primitiva estimulava o suicídio através do martírio, que facilitava a entrada no reino dos céus”. Isso nos remete à reflexão sobre o poder que a Igreja tinha perante a sociedade e como a morte por suicídio era vista de forma ilusória e natural.

Botega (2015) aponta, que em algumas comunidades como a dos Astecas, os rituais de morte, assim como as mortes em batalha eram vistos com bons olhos, pois estes ofereciam seus corpos em rituais aos seus deuses. Em sociedade como Uganda, por exemplo, caso um filho viesse a óbito, sua mãe deveria cometer suicídio, sendo assim, visto como algo positivo, seguindo a mesma linha de pensamento as viúvas hindus.

Os suicídios praticados pelos idosos em sociedades primitivas consideradas nômades se davam sob um certo grau de repressão exercida pela sociedade com aparência ritualística, ainda que escuso, pois, o ato suicida realizado por estes, era sinônimo de virtude, praticados por ação voluntária onde estariam destituindo seu povo da responsabilidade do cuidado.

Aborígenes da América e Tasmânia ceifaram suas vidas e a de toda sua comunidade por meio do suicídio para não se submeterem a escravidão pelos espanhóis. Certamente, o que se

percebe, é que em alguns casos o suicídio independia da vontade dos indivíduos, sendo este o caso dos idosos, onde o ato se dava com aparência voluntária quando na verdade o processo de envelhecimento seria um peso para os seus semelhantes, bem como em outras sociedades que a opção pelo suicídio era visto de forma honrosa.

Na Antiguidade Greco-romana, nos escritos feitos por Platão, Sócrates ao mesmo tempo que parecia optar por sua morte rejeitava o suicídio momentos antes de cometê-lo, tomando para si um veneno mortal, onde os magistrados que optavam pela morte tinham o direito de uso.

Em contrapartida, para Aristóteles o suicídio era considerado uma afronta ao Estado, visto como falta de compromisso social para se eximir de algumas responsabilidades e tornava o Estado enfraquecido, o que de acordo com determinadas situações, sobre a visão de Platão era resguardado.

Identifica-se que o suicídio na Antiguidade Greco-romana se dava de forma diferenciada dos povos primitivos. Os Gregos tinham uma concepção moralista, ancorados em princípios, cujos valores sociais eram reconhecidos e não nulos como na era primitiva, as atitudes em relação a esta prática tinham um certo grau de tolerância.

Segundo Cassorla:

em Atenas, no século IV, cortava-se a mão do cadáver, que era enterrada distante, como que para privar o morto de uma vingança posterior. Em Roma, apenas os enforcados eram privados de sepultura. Os únicos suicídios realmente reprovados eram os dos militares e os dos condenados ou indiciados pela justiça. Na compra de um escravo, se este se matasse, ou tentasse suicídio, nos 6 meses seguintes à transação, a venda era anulada. Ainda em Roma, algumas tentativas de suicídio, principalmente sangrentas, podiam ir à justiça, e se essa tentativa ocorresse no exército era punida com a morte. A pena, para o suicídio proibido, era o confisco dos bens pelo Estado. (CASSORLA; 1984, p. 34)

De acordo com o autor, em alguns casos o suicídio não era justificativo de condenação, visto que muitos eram entendidos como patriotismo e preservação de dignidade pessoal, o que em outros casos identifica-se um caráter punitivo em determinadas civilizações quando este era cometido.

Entretanto, quando buscamos entender como ocorre este processo sobre o suicídio por meio dos traços históricos supracitados, abordamos alguns casos correlacionados ou provenientes da religião. Se torna relevante traçarmos um debate mesmo que de forma sucinta, acerca desta temática em algumas religiões. Em suma, para Botega (2015), no que diz respeito a religião, o suicídio no Cristianismo teria uma visão imaginária análoga a dos povos primitivos quando estes acreditavam que a prática sobre tal feito os levariam para próximo de Deus. Ao se examinarem alguns desses aspectos comportamentais e civilizatórios acerca da cultura e

religião, vale ressaltar que no judaísmo os suicídios também eram tidos como de costumes heroicos, e esteve presente em guerras no Antigo Testamento.

Botega (2015) também ressalta se referindo ainda ao assunto supracitado, que a Lei Mosaica, código formado por um conjunto de leis onde constam ordens e proibições, em seu quinto mandamento proíbe matar, porém não se especifica se isso cabe a sua própria vida. Diante dos argumentos apresentados, podemos observar que o problema estaria em matar e não em morrer, visto que o suicídio era tido como um ato heroico e não especificado em lei como vetado.

No Antigo Testamento os suicídios de Sansão, Saul, Abimelec e Aquitofel, bem como o suicídio de Judas Iscariotes no Novo Testamento, não foram sinônimo de crítica, sendo o deste último o crime de traição considerado pecado maior que o seu suicídio. Posteriormente teóricos católicos iriam rever estes conceitos e o suicídio cometido por Judas alcançou uma concepção invertida.

Nesse sentido, no século IV, para Santo Agostinho o ato de retirar a própria vida é tido como um ato perverso, pois considerava a vida uma dádiva de Deus, e posteriormente os suicidas adeptos de Judas, pecadores.

Em reuniões realizadas por autoridades eclesiásticas com o objetivo de discutir e deliberar questões de fé, costumes e doutrinas, por meio do Concílio de Arles em 452, o suicídio foi decretado crime derivado de ira demoníaca. Anos mais tarde o Concílio de Braga em 562, determinaria que para os suicidas não seriam celebradas missas nem cânticos durante o sepultamento, até que por fim, o Concílio de Toledo em 693, decretou que até mesmo os que buscassem suicídio sem êxito seriam amaldiçoados.

No ano de 1600, este mesmo suicídio que fora considerado por Santo Agostinho como um ato perverso na Idade Média na Europa, chegaria também no século XVII aos palcos da Europa em forma de peça para retratar o dilema Humano “*Ser ou não Ser*” na obra de William Shakespeare, narrado por Hamlet. Isso possibilitou uma mudança na compreensão do suicídio, que desde o século XIII era reforçado como pecado por São Tomás de Aquino. Para Iba Mendes (2011), o suicídio por *desperatio* - suicídio inspirado pelo diabo relacionado ao desespero dos pobres -, estava relacionado ao suicídio dos pobres por desespero, que em conformidade com São Tomás de Aquino, seria uma condição motivada pelo demônio e pecado perante a igreja.

Com a ampliação do campo científico, há a diferenciação entre *desperatio* x *melancholia* (estado de tristeza), ganhando caráter psíquico (Botega, 2015). Sendo assim, houve a percepção de que as ações praticadas não se davam de forma isolada, outros fatores puderam ser considerados por meio da medicina.

Neste contexto, Cassorla afirma que

A repressão ao suicida tende a diminuir a partir dos séculos XVI e XVII, e a Revolução Francesa proíbe qualquer tipo de condenação – com o racionalismo da própria Igreja se torna mais tolerante e as punições religiosas já não se aplicavam a quem fez um ato no momento de loucura ou se arrependesse frente à morte. Atualmente há uma tendência religiosa a compreender o suicida, mas não sem condenar o ato.
(CASSORLA, 1984, p.36)

O autor ressalta que apesar das mudanças políticas e sociais, devido a Revolução Francesa, o decreto sobre o código Civil instituiu um conjunto de princípios que possibilitaram novas formas de compreensão do suicídio, estando o indivíduo livre de julgamento em determinados casos, por parte da Igreja. Entretanto, ainda assim o suicídio permaneceria visto como um pecado, mesmo sob algumas justificativas.

A obra supracitada do poeta dramaturgo Shakespeare, de certa forma possibilitou uma reflexão acerca do suicídio no século XVII, onde fez com que a palavra (*sui*= de si próprio; *caedere*= matar) eclodisse nos escritos ingleses. Este abriria espaço para outros autores trabalharem sobre a temática e as discussões tornarem-se públicas, com críticas sobre uma autonomia ao suicídio tendo sido desencadeado com base nos escritos que acabara de surgir sobre a temática.

A primeira obra que foi considerada como uma proteção formal do suicídio: *Biathanatos*, o autor era John Donne, um teólogo Angliano e ministro religioso da corte. Para Botega (2015), “intuía o terreno que estava pisando. Sabia que infringia um tabu”. Segundo o autor, sendo este um membro conhecedor da doutrina acaba por desrespeitar as normas religiosas.

Levando em consideração todos esses aspectos observados, “durante séculos de nossa história, por razões religiosas, morais e culturais o suicídio foi considerado um grande “pecado”, talvez o pior deles”, conforme afirma a Associação Brasileira de Psiquiatria pelo Conselho Federal de Medicina (ABP; 2014, p. 11-12). Desta forma, para Botega (2015) as questões sobre o suicídio, não se encerram em fases históricas, e sim perduram contemporaneamente como expressões integrantes de cada sujeito, explorado sobre diferentes aspectos podendo ser interpretado ora de forma repreensiva pela sociedade e ora como parte de uma cultura regida por uma religião.

Entretanto, “um tabu, arraigado em nossa cultura, por séculos, não desaparece sem o esforço de todos nós” (ABP; 2014, p. 12). Por isso a importância de ações em conjunto que propiciem o rompimento dessas barreiras na busca pelo reconhecimento do suicídio como algo sério, que, conforme afirma Botega (2015), desde de a década de 60 fora definido pela ONU

(Organização das Nações Unidas) e considerado desde então como um problema de saúde pública, com ênfase na década de 90. Dado o exposto, se torna relevante estender o debate acerca do suicídio na contemporaneidade.

2.3.2 – SUICÍDIO NA CONTEMPORANEIDADE

Com os processos de mudanças que ocorreram no século XIX devido à Revolução Industrial intensas transformações para a vida em sociedade foram acarretadas. O êxodo rural trouxe inúmeras consequências para a vida dos que se aventuraram migrar do campo para a cidade em busca de melhores condições de vida, principalmente no âmbito emocional, no que tange a adequação. Sendo assim, o modo de lidar com o trabalho se deu de forma distinta entre o meio rural e urbano.

No meio urbano a vida encontra-se mais agitada e a sociedade vive sob constante pressão na busca de suprir suas necessidades por meio do trabalho, e isso quando feito de forma exacerbada, tende a desencadear um desgaste físico e mental sobre os indivíduos que encontram-se sem tempo para se dedicar à vida pessoal, vivendo única e exclusivamente para o trabalho.

A medida que isto acontece há o aumento do estresse e consequentemente a depressão, visto que na busca incessante pelo que se deseja, são atribuídas outras necessidades levando este indivíduo a trabalhar demasiadamente para consumir cada vez mais, por puro fetiche. Este tipo de consumo é entendido por Netto e Braz (2012), como um poder que a mercadoria parece exercer sobre quem os fabrica, que segundo Marx (apud Netto; Braz, 2012, p.105), se denomina de *fetichismo da mercadoria*. Em consequência disso nota-se que este fetichismo está associado ao fato do indivíduo consumir uma mercadoria não mais pela necessidade, e sim manipulados pelo desejo do “ter”.

Em um sentido amplo da palavra, para Botega (2015), quando o indivíduo não alcança o seu objetivo, os problemas emocionais tendem a aumentar quando para o mesmo a vida perde o sentido. Podem ser consideradas como crises existenciais e se agravam de acordo com a maneira que cada sujeito tem ao lidar com as turbulências movidas pelos sentimentos de raiva ou ansiedade, levando o mesmo a inclinação para um colapso existencial seguido por uma crise suicida.

O mesmo pode ocorrer à medida que envelhecemos, quando passamos por mudanças que são intrínsecas ao longo de nossas vidas devido às adversidades que acompanham cada ser humano em seu processo de desenvolvimento. Uma fase de evolução transitória pode desencadear crises denominadas vitais, que quando insuportáveis propiciam o suicídio.

Contudo, “ambas as situações provocam dor psíquica intolerável e, como consequência, pode surgir o desejo de interrompê-la por meio da cessação do viver” (Botega, 2015, p. 13)

De acordo com Marx

[...] A classificação das diferentes causas do suicídio deveria ser a classificação dos próprios defeitos de nossa sociedade. Suicidou-se porque teve uma invenção roubada por intrigantes, em cuja oportunidade o inventor, lançado à mais degradante miséria em consequência das longas e eruditas pesquisas a que teve de se dedicar, não pôde sequer comprar uma patente de invenção. Suicidou-se para evitar os enormes gastos e a consequência humilhante de dificuldades financeiras [...] (MARX; 2006, p. 44)

Nesta passagem de Marx, o autor afirma que as causas que levam o indivíduo ao suicídio não se limitam somente a questões psicológicas, mas também derivam dos problemas que surgem na vida em sociedade, dentre estes o desemprego, exploração, não realização de objetivos profissionais e pessoais, decepções, etc.

Levando em consideração o grau socioeconômico, Cassorla afirma que

Em épocas de depressão econômica tende a aumentar o número de suicídios entre os adultos, suicídios intencionais e subintencionais. Em nosso meio, ultimamente e devido à recessão econômica, tenho encontrado cada vez mais, nas classes 'humildes, a desestruturação familiar: o homem subempregado ou desempregado não consegue mais sustentar sua família, deprime-se, às vezes se torna alcoólatra, abandona o lar, torna-se mais vulnerável a doenças e acidentes, e outras vezes tenta suicídio intencionalmente.(CASSORLA, 1984, p.90)

Nota-se que em tempos de crises econômicas que acarretam um alto índice de trabalhadores sem emprego ou sob emprego informal, existe a tendência a um volume crescente nos casos de suicídio seja de forma consciente ou inconsciente, visto que os fatores que levam os indivíduos a inclinação para o ato suicida também estão ligados à falta de acesso ao trabalho, consequentemente os tornam suscetíveis a redução na perspectiva de vida alterando o seu aspecto normal de saúde física e mental.

Atualmente observa-se que com o avanço do conhecimento científico, foi possível uma nova abordagem sobre o suicídio, entendendo o indivíduo como uma vítima, movido por inúmeros fatores que acabam por levá-los ao desfecho fatal.

Contudo vale ressaltar que mesmo em meio aos avanços conquistados, alguns países se mantêm resistentes frente a essa questão, visando a integridade dos indivíduos.

No Brasil, o suicídio assistido é vetado conforme consta no art.122 do código penal, onde entende-se este como um crime contra a vida "induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou prestar auxílio para que o faça", sujeito a pena de dois a seis anos de prisão se consumado e um a três anos se não fatal, caso resulte em lesão corporal. Neste caso, o país não criminaliza o

suicídio quando entendido como praticado de modo espontâneo, somente se a razão para tal foi estimulada por outrem ou resulte danos em decoro a sua saúde física. No que tange ao Brasil

A eutanásia é considerada um homicídio simples, por meio da combinação do artigo 121, que trata do ato de "matar alguém", e do artigo 29, que estende a culpabilidade e as penas aplicadas a um crime a "quem, de qualquer modo, concorre" para ele". (PERASSO, 2015, p. 42)

Desta forma, a eutanásia sendo este um ato que depende da ação de outra pessoa não por meio de incitação, mas sim do ato de ser ministrado via injeção letal por outrem, sendo este não por si mesmo, considera-se crime. Ainda convém lembrar no Brasil o suicídio também será penalizado levando em consideração esses requisitos já mencionados, e a duplicidade sobre a pena caso este seja praticado por “motivo egoísta” ou o indivíduo não adquiriu maior idade levando em consideração sua menor capacidade de resistência.

Para Durkheim

Esse tipo de suicídio, portanto, bem merece o nome que lhe demos. O egoísmo não é apenas um fator auxiliar dele; é sua causa geradora. Se, nesse caso, o vínculo que o liga o homem à vida se solta, é porque o próprio vínculo que liga a sociedade se afrouxou. Quanto aos incidentes da vida privada, que parecem inspirar imediatamente o suicídio e que passam por ser suas condições determinantes, na realidade são apenas causas ocasionais. Se o indivíduo cede ao menor choque das circunstâncias, é porque o estado em que a sociedade se encontra fez dele uma vítima sob medida para o suicídio. (DURKHEIM, 2000, p.266)

Diante dessa realidade, entende-se que no suicídio por motivo egoísta o sujeito toma para si um individualismo excessivo isolando-se do convívio social o que provavelmente poderia ajuda-lo ou tornar o ato até mesmo impraticável. Ao perder este vínculo social, para o indivíduo qualquer fator pode ser determinante nesta tomada de decisão.

Quando há o rompimento dessa conexão com a vida e este decide pôr fim a ela é porque este também já não se sente mais parte da sociedade e os motivos que o levam a tomada de decisão relacionados ao seu íntimo que podem parecer fatores causadores, são, de fatos prováveis. Sendo assim, se este abre mão por pouco que seja aos impactos de seus fatores externos, porém entende-se que os motivos que o levaram a tal prática manifesta-se da sociedade e não de seu interior.

Segundo Melo (2013), nos Estados Unidos, os militares que tentam suicídio e não obtém sucesso, são presos e posteriormente destituídos do cargo, ficando passíveis de julgamentos sob um código penal arcaico do ano de 1940 de legislação militar, onde para ser penalizado o quase suicida basta ter violado pelo menos uma das 03 (três) transgressões criminais prognosticadas para este ato.

Sendo assim, “o militar tentou o suicídio com intenção de se livrar do serviço militar; a tentativa de suicídio traz descrédito para as Forças Armadas; o ato foi prejudicial para a ordem e a disciplina no quartel” (Melo, 2013). Observa-se que os aspectos psicológicos que conduziram o indivíduo a optar por esta prática são desconsiderados, e de um modo geral visto como uma desonra as instituições que zelam pela defesa da nação, onde este obrigatoriamente deveria servir ao país, ou seja, o indivíduo ao tentar suicídio, se perpetrado, se exime de seu papel patriota.

Levando em consideração esses aspectos em face a esta realidade que vem sendo vivenciada acerca do suicídio, existe um Projeto de Lei elaborado no ano de 2017 pela Deputada Federal pelo Estado de Goiás reeleita em 2018, Flávia Moraes. O referido projeto viabiliza a possibilidade de ampliação da pena sobre os aproveitadores que se mantêm ocultos por detrás das “brincadeiras” e desafios do conhecido jogo Baleia Azul dentre outros, sejam estes virtuais ou não, quando assemelhados de forma abusiva, aliciadora e manipuladora de pessoas vulneráveis, depressivas ou com predisposição ao suicídio. Este tipo de crime encontra-se cada vez mais recorrente em estudantes e adultos jovens. A Deputada Federal que propôs o projeto considera que a indução de outrem à autolesão deve merecer caráter penal.

O jovem participante no suposto jogo Baleia Azul só finaliza os desafios concluindo o último nível: o suicídio, antes comprovando em desafio intermediário com objeto cortante desenhar em seu próprio corpo o formato de uma baleia ou mesmo símbolo e letras. De acordo com a deputada, em países estrangeiros já podem ter suas primeiras vítimas, de 150 suicídios no ano de 2017 associados de práticas recentes no Brasil. Sendo assim,

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º. Esta Lei altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código-Penal, para incluir a indução ou instigação à automutilação no tipo penal previsto no art. 122.

Art. 2º. O art. 122 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código-Penal, passa a vigorar com a seguinte redação: “Art. 122. Induzir ou instigar alguém a suicidar-se, mutilar-se ou prestar-lhe auxílio para que o faça: Pena – reclusão, de dois a seis anos, se o suicídio se consuma; ou reclusão, de um a três anos, se da tentativa de suicídio ou de automutilação resulta lesão corporal de natureza grave.

Parágrafo único - A pena é duplicada: Aumento de pena

I – se o crime é praticado por motivo egoístico;

II – se a vítima é menor ou tem diminuída, por qualquer causa, a capacidade de resistência;

III – se o crime é praticado mediante coação ou ameaça.

Art. 3º. O inciso II do §3º do art. 146 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código-Penal, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 146

§3º

II – a coação exercida para impedir suicídio e automutilação”

Art. 4º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação. (BRASIL, 2017)

Como reafirma Botega (2015), as novas tecnologias representam formas de contribuir para condutas nocivas, quando por exemplo se comete bullying virtual. Sendo assim, o projeto de lei citado pode ser considerado de suma importância como contribuição positiva nas formas de prevenção e enfrentamento no âmbito da sociedade.

Visto isso, podemos considerar como ponto positivo para enfrentamento para que este ato não se torne subsequente ocasionando de fato o suicídio a Lei Federal 13.819/2019 que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, publicada pelo Diário Oficial da União no dia 29/04/2019. O texto de lei não altera nenhum artigo do ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente, mas insere o Conselho tutelar como órgão a ser informado nos casos onde crianças e adolescentes em idade escolar apresentem sinais de automutilação. Se analisarmos em linhas gerais a obrigação sobre a articulação entre as redes deveria ser vista como um compromisso com os indivíduos quando analisados dentro de uma totalidade, visando assegurar e resguardar sua integridade. Esta conexão deveria ser dada como prioridade assim como as que já constam no ECA. Porém, vale ressaltar que o texto exprime grande avanço acerca desta demanda.

2.4 – A SAÚDE MENTAL NO BRASIL

2.4.1 - UM OLHAR ACERCA DA LOUCURA

Antigamente, na Idade Média, os loucos eram classificados como dementes, desprovidos de razão, não havia a concepção de doença mental, ou seja, nem sempre o louco foi considerado um doente.

A loucura nem sempre foi considerada uma doença passível de diagnóstico, tratamento e cura ou, ainda, desvio, erro passível de correção e/ou punição. Nem sempre se pensou na necessidade de uma intervenção profissional/técnica para tratá-la, ou em transformá-la em objeto de estudo de um determinado campo do saber. (HEIDRICH, 2007 p. 24)

A doença que mais se propagava na época era a lepra, e descobriu-se que isolar os leprosos era uma solução para conter a proliferação da doença; posteriormente, estes grandes leprosários eram preenchidos com pobres, vagabundos e os loucos. Esta exclusão estaria de acordo com a vontade de Deus, pois tanto a pobreza quanto a loucura eram consideradas desígnios divinos, e quanto antes a pessoa aceitasse sua condição, mais perto estaria da salvação, da purificação espiritual (op. cit.).

À época do Renascimento, segundo Heidrich (2017), as cidades possuíam espaços onde recolhiam os loucos, entretanto, só eram recolhidos os da própria cidade, os estrangeiros eram escorraçados. Ainda nesta época surge o costume de embarcar os loucos em navios, conhecidos como Nau dos Loucos; estes navios vagavam sem destino certo, lotados das pessoas indesejadas.

No século XVII, na Europa criam-se hospitais, as chamadas casas de internamento, abrigando os alienados. Do século XVII ao XVIII é o período da chamada Grande Internação, quando houve uma imensa expansão destas casas de internação, sendo encerrado com o nascimento da Psiquiatria - início do século XIX -, o que não significa que deixaram de acontecer internações, porém elas assumem um caráter científico. No pensamento moderno, a loucura é comparada à falta de razão, à desordem, e como tal, deve ser reprimida.

Em 1656, é criado na França o primeiro Hospital Geral, que em nada se relacionava à medicina, onde as pessoas não eram acolhidas com o objetivo de serem tratadas e curadas; eram albergues de abrigo para todo tipo de população indesejada nas cidades, como doentes venéreos, devassos, homossexuais, blasfemadores, alquimistas, libertinos, loucos, evitando e diminuindo a desordem, e logo toda cidade tinha o seu Hospital Geral. Sendo assim, podemos afirmar de acordo com Heidrich (2007, p. 28) que “a internação não tinha nenhuma vocação médica. Tratava-se de uma medida assistencial”. Estas instituições também funcionavam com casas de trabalho forçado, assim, além da exclusão social há também o estímulo à economia, e observa-se que as oscilações do capitalismo determinam se haverá menos ou mais pessoas internadas.

No século XVIII, começam a surgir protestos dos próprios internados, reivindicando uma melhora em sua situação. Com o desenvolvimento da indústria e do capitalismo, não era interessante economicamente manter tantas pessoas exiladas, e por isso os loucos são entregues a suas famílias, de forma que possam contribuir na economia, passando a viver em um confinamento familiar.

No final deste século, persistem duas visões diferentes sobre internamento: a primeira concebia o internamento como uma assistência àquelas pessoas que não podiam prover a si mesmas; a segunda concebe o internamento como chance de tratamento destes indivíduos, para restabelecer-lhes a liberdade e a sanidade. Foi com a contribuição destes espaços de internamento que a medicina pôde desenvolver pesquisas, ter valor terapêutico e a loucura passa a ser considerada doença mental. Nestes espaços, o louco é julgado e condenado por médicos, existindo uma relação de dominação, o discurso científico calou o louco. Como demonstra Heidrich (2007, p. 36), “Internada em hospital específico, a loucura, agora ‘batizada’ de doença

mental, permaneceu até meados do século XX e a psiquiatria manteve seu título de ‘a’ ciência que pode e deve tratá-la e curá-la”.

No Brasil, o processo de conhecimento, internação e tratamento da loucura é muito parecido com o europeu, com a diferença que em terras tupiniquins, este processo aconteceria três séculos depois, quando na Europa já se desenvolviam estudos e tratamentos da loucura, baseados na ciência. O recolhimento dos loucos, a grande internação brasileira acontecia com o mesmo propósito: remover do convívio social os indivíduos perturbadores da ordem.

[...]antes da chegada da República, uma legião de doidos curtia seus delírios tranquilamente pelas ruas da Corte, e alguns mereciam até aplausos. Enquanto as famílias abastadas trancafiavam seus loucos em casarões senhoriais sob cuidado de criados, os loucos pobres eram mantidos livres, em convivência com a vizinhança ou entregues à própria sorte, desde que mansos. Em caso de serem ‘violentos’, poderiam ser presos em cadeias onde poderiam ou não ser maltratados (HEIDRICH, 2007, p. 71).

Com a vinda da família real para o Brasil, mais especificamente o Rio de Janeiro, exigiu-se que as cidades fossem saneadas e os loucos recolhidos, que a sociedade fosse modernizada. Surge em 1841 o Hospício de Pedro II vinculado à Santa Casa de Misericórdia, sob a tutela do Imperador. Durante seus primeiros 40 anos de existência, ele existiu como um espaço apenas para excluir os loucos da sociedade, sem se preocupar com qualquer aspecto de assistência. Os críticos apontavam como problemas desta instituição a assistência religiosa, e não médica; a falta de critérios diagnósticos para internação; superlotação; falta de médicos; crianças misturadas com adultos, entre outros.

[...] dos objetivos levantados para justificar a necessidade de um hospital para doidos, quais sejam, ‘remover, excluir, abrigar, alimentar, vestir e tratar’ os loucos, apenas os dois primeiros foram garantidos. Os demais, ligados à assistência propriamente dita, não foram mantidos[...]. Pelo contrário, o caráter excludente e segregador do hospital psiquiátrico manteve-se sem nenhum constrangimento, durante os seus primeiros quarenta anos. (HEIDRICH, 2007, p. 75)

Com a proclamação da república, o Hospital Pedro II passa a se chamar Hospício Nacional de Alienados, subordinado ao poder público, onde os médicos assumiriam a administração de instituições psiquiátricas. Nestes estabelecimentos, era justificada a entrada por diversos motivos, entre eles a perturbação à ordem, à moral e aos bons costumes, e também pela periculosidade. Foram criadas também colônias de alienados, que inspiradas na experiência europeia tinham como objetivo a convivência fraterna entre a sociedade e os loucos. Estes acontecimentos caracterizam a primeira reforma psiquiátrica brasileira.

Quando falamos de Saúde Mental no Brasil, é importante citar o nome de Arthur Bispo do Rosário, artista plástico brasileiro que viveu por mais de 50 anos internado em instituições psiquiátricas e em seu processo de loucura produziu um acervo hoje renomado e consagrado como referência de Arte Contemporânea Brasileira. Bispo do Rosário teve diversas ocupações profissionais e levava uma vida normal até que começou a ter alucinações sobre ser um enviado de Deus na Terra; estas alucinações o levaram a ser fichado como negro, sem documentos e indigente, e ser internado no Hospício Pedro II. Logo após foi transferido para a Colônia Juliano Moreira, em Jacarepaguá-RJ, sendo considerado esquizofrênico e paranoico e permanecendo nesta instituição até sua morte em 1988. Segundo Heidrich(2007), o artista produzia diversas obras a partir de itens encontrados no lixo e na sucata, se destacando o seu Manto da Apresentação, que ele deveria usar no dia do Juízo Final; assim, Bispo do Rosário transformava os restos descartados pela sociedade em arte que representava sua visão de mundo.

No início do século XX há uma preocupação com a saúde coletiva, em vista das muitas doenças que se propagavam entre as camadas mais empobrecidas, e por isso se fazia necessário limpar a cidade, organizar a estrutura urbana de forma a se livrar destas características indesejáveis. É criada em 1923 a Liga Brasileira de Higiene Mental, com princípios eugênicos, xenofóbicos e racistas, defendendo que doentes, dependentes de vícios, descendentes africanos e estrangeiros não pudessem casar, ou fossem esterilizados para que não se reproduzissem (op. cit.).

A política de saúde emerge no Brasil na década de 20, e os problemas de saúde estavam relacionados principalmente a endemias e problemas de saneamento nos centros urbanos, onde se insere a preocupação com os loucos. Este sistema de saúde se divide em saúde pública e saúde previdenciária, onde a administração era dividida entre Estado, empresas e trabalhadores.

Na década de 30 e as seguintes, as políticas sociais passam a ser forjadas com o objetivo de controlar o trabalhador, manter a lucratividade dos empresários, garantir as condições para reprodução da força de trabalho, garantir o desenvolvimento capitalista e controlar a participação política. Durante o Governo Vargas é criado o Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social, e são retomadas as campanhas sanitárias, que contribuem para o reconhecimento de uma política nacional de saúde; contribui também para o reconhecimento desta política o fato de o governo assumir a formação de técnicos em saúde pública. No que diz respeito à saúde mental, este período foi marcante pela construção de um aparato legal em relação aos serviços psiquiátricos.

Após a Segunda Guerra Mundial, muitos países discutem a questão do modelo hospitalocêntrico de assistência psiquiátrica, mas esta não é uma discussão que chega ao Brasil neste momento, sendo assim, a situação dos nossos manicômios permanece inalterada.

Na década de 1940, pós-Segunda Guerra, surge no Brasil um expoente no tratamento a pacientes com transtornos psiquiátricos: a médica psiquiatra Nise da Silveira. Nise se posicionava totalmente contra os tratamentos psiquiátricos agressivos em voga na época - como a lobotomia e o eletrochoque -, e foi quando assumiu o trabalho em terapia ocupacional no Centro Psiquiátrico Nacional Pedro II, no Rio de Janeiro. Este era um trabalho até então menosprezado, onde os pacientes faziam apenas serviços de manutenção como “terapia”, algo que foi revolucionado por Nise: a psiquiatra criou ateliês de pintura e modelagem com o objetivo de proporcionar a reconexão destes pacientes com a realidade através da expressão artística. Posteriormente Nise fundou o Museu de Imagens do Inconsciente, um centro de estudo, pesquisa e preservação das obras produzidas por seus pacientes, e também a Casa das Palmeiras, com o objetivo de reabilitar os pacientes de manicômios, um projeto ousado para a época. Além disso, Nise foi pioneira nas pesquisas sobre a interação emocional entre humanos e animais, e como estes podem auxiliar positivamente na melhora dos pacientes psiquiátricos.

Na década de 50 o setor de saúde pública amplia sua estrutura, mas seu orçamento ainda é menor que o de outras áreas, demonstrando uma falta de preocupação com a saúde da população. Contudo

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 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 6).

Sendo assim, a Reforma Psiquiátrica representa um salto positivo no atendimento de qualidade na Política de Saúde Mental, pois, na área psiquiátrica, a situação se mostrava caótica, com hospitais superlotados, pouco pessoal, maus tratos aos internados, péssimas condições de higiene geral. Como exemplo deste quadro, pode-se citar o episódio conhecido como Holocausto Brasileiro, ocorrido no Hospital Colônia de Barbacena-MG. O Hospital foi fundado em 1903 com aproximadamente 200 leitos e tornou-se referência no tratamento psiquiátrico, entretanto, por volta da década de 1950 o hospital contava com cerca de 5 mil pessoas, quantitativo bastante acima de sua capacidade. Isto aconteceu porque o hospital acabou se

tornando um local de exílio para todos aqueles que não atendiam aos padrões normativos da época, ou que se indispunham com os poderes políticos. Entre os internados ao longo do tempo de vida do Hospital Colônia, cerca de 70% não possuíam distúrbios psiquiátricos, eram alcoólatras, andarilhos, crianças indesejadas, prostitutas, homossexuais, homens considerados afeminados, mulheres que não quiseram casar, além de um grande quantitativo de população negra e pessoas “indesejadas” pelas famílias.

O Hospital Colônia de Barbacena chegou a ser comparado a um campo de concentração nazista devido às condições de vida dos internados, o que gerava muitas mortes. Os pacientes eram submetidos a terapias de choque, torturas físicas e psicológicas, estupros, além de serem obrigados a trabalhos manuais. Os internos dormiam sobre folhas, não tinham acesso a vestimentas adequadas, sendo assim expostos ao frio. Não existia alimento para todos, assim como água encanada, e por isso muitos internos se banhavam e bebiam de valas a céu aberto. O fechamento do Hospital Colônia ocorreu em meados da década de 1980, com um saldo de cerca de 60000 mortos, e os sobreviventes foram encaminhados a abrigos em melhores condições.

Na década de 60, há uma intensa especialização médica, aumentando os custos da saúde, o que agravou a crise financeira, pois o orçamento permanecia bastante limitado.

O ano de 1964 foi marcado por um golpe militar, que inaugurou um período de ditadura no País. A instauração do regime autoritário intensifica o processo de centralização iniciado em 1930. O período é marcado por duas questões centrais: a concessão de políticas sociais como um mecanismo de suavização de tensões sociais e legitimação do regime e o fechamento de canais de participação da sociedade. (HEIDRICH, 2007, p. 90)

Durante a ditadura militar, há uma centralização e privatização dos serviços de saúde e a criação de institutos como o Sistema Nacional de Saúde e o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social. Isto significou grandes mudanças na área da saúde mental, pois nesse período a psiquiatria passa a ser uma prática assistencial de saúde.

No período de 1960, há a privatização da psiquiatria, e o governo passa a comprar leitos em hospitais particulares com o objetivo de desafogar os superlotados hospitais públicos e garantir mais acesso dos usuários; estas privatizações levaram à grande corrupção, fraudes e irregularidades na compra de leitos.

A partir de 1970, a Previdência Social passa a controlar as internações, buscando reduzir o tempo de internação e limitar as internações psiquiátricas. Há uma melhora nas condições dos manicômios, e a Divisão nacional de Saúde Mental propõe um Manual de Assistência Psiquiátrica, ressaltando a importância da assistência para além do hospital, da readaptação do

internado e das equipes multidisciplinares. Este manual foi influente, mas não totalmente aplicado.

Contraditoriamente, há uma diminuição nos recursos para a área de psiquiatria, pois o governo brasileiro não encontrava mais condições de bancar os custos de reprodução do capitalismo, e por isso a psiquiatria voltou a assumir seu antigo papel de recolher e excluir os elementos indesejados da sociedade. Neste momento, surge o Movimento pela Reforma Sanitária, decisivo para o posterior surgimento do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, nos últimos anos da década de 70 e início de 80.

2.4.2 - POLÍTICA DE SAÚDE: REFORMA SANITÁRIA E A MATERIALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

O Movimento pela Reforma Sanitária foi uma reunião de intelectuais, técnicos, profissionais e usuários da saúde, que discutiam propostas para a reforma do setor de saúde, e foi responsável por importantes mudanças na saúde no decorrer da década de 80. Para elucidar sobre a importância deste movimento, presente até os dias atuais, cabe fazer aqui uma retrospectiva histórica.

Com a industrialização dos países de capital central no século XX, o Estado assume a assistência à saúde dos trabalhadores, assim como media a conquista de direitos sociais, visando a garantia da manutenção da ordem capitalista. No Brasil, esta interferência estatal acontecerá a partir da década de 1930 (Bravo, 2003). No século XVIII, a assistência médica no Brasil era feita com base na filantropia e na prática liberal; no século XIX, com as transformações econômicas e políticas, surgem algumas iniciativas pontuais na área da saúde pública, e já nos últimos anos deste século, começam a surgir reivindicações do então nascente movimento operário, como afirma Bravo (2003). Com a emergência do trabalho assalariado, “a saúde emerge como ‘questão social’ no Brasil no início do século XX, no bojo da economia exportadora cafeeira, refletindo o avanço da divisão do trabalho” (Bravo, 2003, p. 2).

Em 1923, a Reforma Carlos Chagas acontece com a tentativa de ampliar o atendimento à saúde, uma estratégia da União para ampliar o poder nacional diante da crise política. Neste mesmo ano, também vieram à tona questões de saúde e higiene do trabalhador, trazendo medidas como a Lei Elói Chaves, que cria as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), funcionando da seguinte forma

As CAPs eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados. Elas eram organizadas por empresas, de modo que só os grandes estabelecimentos tinham condições de mantê-las. O presidente das mesmas era nomeado pelo presidente da República e os patrões e empregados participavam

paritariamente da administração. Os benefícios eram proporcionais às contribuições e foram previstos: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral. (BRAVO, 2003, p. 03)

No período da década de 1930, surgiram políticas sociais nacionais que tratavam a questão social como caso de política, com o Estado intervindo e criando novos aparelhos que atendessem à classe trabalhadora urbana, estes sujeitos importantes no então cenário político da nova dinâmica de acumulação. Este momento da acumulação capitalista teve como principais elementos a urbanização acelerada e a ampliação da massa de trabalhadores em condições precárias de higiene, habitação e saúde.

Em caráter nacional, a política de saúde implementada neste período se organizava em dois subsetores: saúde pública e saúde previdenciária. O subsetor de saúde pública prevaleceu até meados da década de 1960, tendo como foco as condições sanitárias para as populações urbanas e restritamente para as do campo (Bravo, 2003). As principais ações adotadas na saúde pública foram

- Ênfase nas campanhas sanitárias;
- Coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico, em 1937, pelo Departamento Nacional de Saúde;
- Interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, a partir de 1937, em decorrência dos fluxos migratórios de mão-de-obra para as cidades;
- Criação de serviços de combate às endemias (Serviço Nacional de Febre Amarela, 1937; Serviço de Malária do Nordeste, 1939; Serviço de Malária da Baixada Fluminense, 1940, financiados, os dois primeiros, pela Fundação Rockefeller – de origem norte-americana);
- Reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941, que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública. (BRAVO, 2003, p.04)

O modelo previdenciário instalado na década de 30, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), procurou estender sua atuação para cada vez mais categorias, com o objetivo de antecipar as reivindicações. Este modelo de previdência, que vigorou de 1930 a 1945, teve uma orientação contencionista, com diminuição de gastos. Esta diminuição é orientada pelo número crescente de trabalhadores inseridos, pois a previdência preocupou-se mais com a acumulação de reservas financeiras do que com a ampliação da prestação de serviços.

A Política Nacional de Saúde, esboçada desde 1930, se consolidou no período de 1945-1950, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) em convênio com órgão do governo americano e com o patrocínio da Fundação Rockefeller. Com o Plano Salte, de 1948, envolvendo as áreas de Saúde, Alimentação, Transporte e Energia, a Saúde é posta como

prioridade e o plano apresentava previsões de investimentos de 1949 a 1953, mas não chegou a ser implementado.

No período de 1945 a 1964, a Saúde não conseguiu eliminar as doenças infecciosas e parasitárias e as grandes taxas de morbidade e mortalidade infantil, e a mortalidade em geral. Na década de 50 a estrutura hospitalar particular já estava montada, e pressionava o Estado por financiamentos, defendendo a privatização, mas apesar das pressões, até 1964 a assistência médica previdenciária foi fornecida basicamente pelos Institutos.

Durante o Regime Militar, instaurado em 1964, foi modelado um novo desenvolvimento econômico-social e político que modelou um novo país (Bravo, 2003). Os grandes problemas estruturais não foram resolvidos, mas sim aprofundados. Segundo Bravo:

face da 'questão social' no período 64/74, o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital. (BRAVO, 2003, p. 06)

Neste período é unificada a Previdência Social, com a junção dos IAPIs, devido ao crescente papel interventivo do Estado e com o objetivo de afastar os trabalhadores do jogo político, afastando-os da gestão da previdência, fazendo com que estes passam a ser apenas financiadores.

A saúde precisava assumir as características capitalistas, e assim neste período houve um declínio na saúde pública e a medicina previdenciária cresceu. Segundo Bravo (2003) foi implantado no Brasil um modelo de privilégio do setor privado com as seguintes características

- Extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana, incluindo, após 73, os trabalhadores rurais, empregadas domésticas e trabalhadores autônomos;
- Ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, e articulação do Estado com os interesses do capital internacional, via indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar;
- Criação do complexo médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos;
- Interferência estatal na previdência, desenvolvendo um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e privilegiando o produtor privado desses serviços;
- Organização da prática médica em moldes compatíveis com a expansão do capitalismo no Brasil, com a diferenciação do atendimento em relação à clientela e das finalidades que esta prática cumpre em cada uma das formas de organização da atenção médica. (BRAVO, 2003, p. 07)

O poder instalado em 1964 não conseguia consolidar sua hegemonia, e assim tentou modificar gradativamente sua relação com a sociedade civil. Entre 1974 e 1979, a política social

buscou enfrentar mais ativamente a “questão social”, procurando canalizar as pressões populares. Neste contexto, a política nacional de saúde enfrentava tensões entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos, os interesses comerciais burocráticos e a emergência do movimento sanitário.

Os anos 1980 foram um período de redemocratização, onde foi superado o regime ditatorial instaurado em 1964. Nesta década, a saúde passa a contar com a participação de novos sujeitos sociais nas discussões sobre as condições de vida da população e as políticas governamentais; a saúde assume assim a sua dimensão política, vinculada ao processo de democratização da sociedade. Destes autores, podemos destacar os profissionais da saúde, o movimento sanitário tendo como principal difusor o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e os partidos políticos de oposição.

Bravo (2003) enfatiza que, neste momento propício, a Reforma Psiquiátrica Brasileira, movimento em construção desde a década de 1970, envolvendo os mais diversos atores sociais, se articula aos movimentos sociais e reivindicações da população em geral, realizando encontros importantes para promover discussões no âmbito da saúde mental, e a partir do Congresso de Bauru, o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental passa a se chamar Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, cujos participantes rejeitavam o papel imposto de agentes da exclusão e da violência institucionalizada, estabelecendo um compromisso com a classe trabalhadora.

Em um trecho do Manifesto de Bauru - carta assinada por 350 profissionais da área de saúde em 1987, durante o Primeiro Encontro de Bauru. As principais reivindicações contidas no documento eram mudar a política manicomial e garantir direitos básicos aos pacientes - lê-se “Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos, a saúde, justiça e melhores condições de vida”, mostrando que o movimento ultrapassa as questões da psiquiatria, e alcança sentidos mais amplos da sociedade; mostrando que transformar o manicômio significa transformar o lugar social do louco. Estas ações repercutem na assistência psiquiátrica brasileira, e surgem novos modelos alternativos ao modelo psiquiátrico tradicional.

Na reforma psiquiátrica também são alteradas uma série de leis que tratam a loucura, e são votados projetos que visam a progressiva extinção dos manicômios e a sua substituição por outros recursos assistenciais, ou seja, a progressiva substituição dos leitos em hospitais por uma rede de atenção integral em saúde mental, como o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a paulatina extinção dos manicômios brasileiros.

A Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica são consoantes porque além de ter seu auge neste mesmo momento de redemocratização, os atores sociais envolvidos não se dissociam, são no geral profissionais e estudiosos da saúde, assim como a população em geral, visando a melhoria dos serviços de saúde e a promoção de direitos dos usuários. As principais propostas debatidas por estes atores sociais foram:

a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (BRAVO, 2003, p. 09)

Sobre isto, Vasconcelos (2016) reforça que com os movimentos de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica

Visualiza-se a possibilidade de construir um bloco histórico de forças políticas que atuaram dentro do Estado e em movimentos sociais na sociedade civil, capazes de conquistar e sustentar um desenvolvimento contra-hegemônico contínuo e expansivo de sistemas únicos de políticas sociais universais, mesmo dentro de uma sociedade capitalista semiperiférica (VASCONCELOS, 2016, p. 60)

Em 1986, aconteceu em Brasília a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que contou com a participação de milhares de pessoas, inserindo a sociedade em seus debates: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais. A questão de saúde envolveu a sociedade como um todo, propondo não somente o Sistema Único de Saúde, mas também a Reforma Sanitária.

A promulgação da Constituição de 1988 representou uma promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais no Brasil, introduzindo avanços que buscavam corrigir injustiças sociais seculares, mas incapaz de universalizar direitos, visto a longa tradição das elites brasileiras em privatizar a coisa pública.

A Assembleia Constituinte que tratou da saúde foi transformada em uma arena política permeada por interesses dos grupos empresariais do setor privado e das indústrias farmacêuticas, e das forças da Reforma Sanitária. O movimento da Reforma Sanitária se fortaleceu pela capacidade técnica de formular com antecipação um projeto de texto constitucional claro e consistente, pela pressão constante sobre os constituintes e pela mobilização da sociedade (Bravo, 2003).

A Constituição de 1988, no que se refere à saúde, atende em grande parte às reivindicações do movimento sanitário, após vários acordos políticos e pressão popular, e passa a compor o tripé da Seguridade Social. Os principais aspectos referentes à saúde aprovados na nova Constituição foram

- O direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano;
- As ações e Serviços de Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle;
- Constituição do Sistema Único de Saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade;
- A participação do setor privado no sistema de saúde deverá complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais;
- Proibição da comercialização de sangue e seus derivados. (BRAVO, 2003, p.10)

Este texto constitucional inspira-se nas propostas defendidas durante vários anos pelo movimento sanitário, embora não tenha sido possível atender a todas as suas demandas, pois em alguns momentos a Constituição beneficia os interesses empresariais e do próprio governo.

Assim, segundo Teixeira (*apud* Bravo, 2003), a política de saúde na década de 1980 tem como aspectos centrais a politização da questão saúde, a alteração da norma constitucional e a mudança do arcabouço e das práticas institucionais. Esta mudança no arcabouço e das práticas institucionais se realizou através de medidas como o fortalecimento do setor público e a universalização do atendimento, a redução do papel do setor privado na prestação de serviços de saúde, a descentralização política e administração do processo decisório da política de saúde e a execução de serviços ao nível local, culminando com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987, e do SUS em 1988. Estas medidas não foram operacionalizadas, causando pouco impacto nas condições de saúde da população brasileira. A Reforma Sanitária passa a perder espaço e o retrocesso político do governo brasileiro na transição democrática repercute na saúde.

No final da década de 1980, a burocratização da reforma sanitária despolitiza o seu processo, gerando dúvidas e incertezas em relação à implementação de seu processo, como

A fragilidade das medidas reformadoras em curso, a ineficácia do setor público, as tensões com os profissionais de saúde, a redução do apoio popular face a ausência de resultados concretos na melhoria da atenção à saúde da população brasileira e a reorganização dos setores conservadores contrários à reforma [...]. (BRAVO, 2003, p. 12)

Já nos anos 90, o Estado é redirecionado devido à Política de Ajuste Neoliberal. Assim, apesar da Constituição conter grandes avanços, há um massivo ataque por parte do grande capital aos direitos sociais, é a chamada Reforma do Estado ou Contra-Reforma, tendo como principais características a descentralização, a eficiência, o controle de resultados, a redução de custos e a produtividade. Segundo Bravo (2003), neste momento o Estado deixa de ser

responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social e passa a ser promotor e regulador, transferindo para o setor privado as suas atividades. Esta hegemonia neoliberal no Brasil é responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, pelo desemprego estrutural, a precarização do trabalho, o desmonte da previdência pública e o sucateamento da saúde e da educação.

A Conferência de Caracas, na década de 1990, levou os líderes latino-americanos a uma espécie de consenso em torno da nova proposta psiquiátrica. Posteriormente, na II Conferência Nacional de Saúde Mental, são aprovados os princípios da reforma psiquiátrica no sentido da desinstitucionalização e da luta antimanicomial.

A partir de 1992, são aprovadas as primeiras leis em várias unidades da federação, determinando a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. Neste período, a política para saúde mental do Ministério da Saúde passa a acompanhar as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, entrando em vigor as primeiras normas federais que regulamentam a implantação de serviços de atenção diária, com base nas experiências dos primeiros CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial) e Hospitais-dia. Apesar destes avanços, não exista uma especificação sobre o financiamento destes serviços, e além disso, a fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos não previam mecanismos para a redução de leitos. Assim sendo, a maior parte da verba destinada à saúde mental ainda era destinada aos hospitais psiquiátricos.

No que se refere à Política Nacional de Saúde, esta tem sido desconstruída, estando vinculada ao mercado através das parcerias com a sociedade civil e da refilantropização.

O Sistema Único de Saúde surge através da implementação da Lei nº 8080, de 1990, com o objetivo de proporcionar acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. O SUS é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde os procedimentos mais simples aos mais complexos, como transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Ele engloba a atenção básica, média e alta complexidades, os serviços de urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental, e assistência farmacêutica.

O SUS tem como princípios: Universalização - a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais; Equidade - o objetivo desse princípio é reduzir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são

iguais e, por isso, tem necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior; Integralidade - este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração das ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio da integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos. (Ministério da Saúde, 2015)

Com relação ao SUS, verificamos o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais e a omissão do Governo na regulamentação e fiscalização das ações de saúde. Várias questões comprometem a possibilidade de avanço do SUS, podemos citar:

o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa havendo prioridade para a assistência médico-hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde. A proposta de Reforma do Estado para o setor saúde ou contra-reforma propunha separar o SUS em dois: o hospitalar e o básico. (BRAVO, 2003, p.14)

Assim, neste contexto, persistem até hoje em dia dois projetos em tensão: o projeto da reforma sanitária, construído no processo democrático de 1980 e inscrito na Constituição Brasileira de 1988, e o projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista, que passa a ser predominante na segunda metade da década de 1990.

A Reforma Sanitária tem como estratégia o SUS, e é reconhecidamente fruto das lutas democráticas e da mobilização dos profissionais de saúde, junto ao movimento popular. Seu objetivo é assegurar que o Estado seja democrático e de direito, responsável pela saúde. Já o projeto articulado ao mercado tende à contenção de gastos racionalizando a oferta de serviços, descentralizando e isentando de responsabilidade o poder central.

No projeto vinculado ao mercado, o Estado deve garantir o mínimo aos que não podem pagar, e o setor privado atende aos que têm acesso ao mercado. Este projeto tem como principais propostas: o caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento (Bravo, 2003). Este projeto privilegia as concepções individualistas e fragmentadas da realidade, em contraposição às concepções coletivas e universais do projeto da Reforma Sanitária.

Apesar da afirmação da saúde como direito de todo cidadão na Constituição de 1988, este direito não se concretizou, visto que o Estado não foi capaz de fortalecer o SUS. O Sistema Único de Saúde não contou com financiamento estável nestes últimos 30 anos, enquanto, em contrapartida, o governo ofereceu grandes incentivos aos planos de saúde, favorecendo o crescimento do mercado e a estratificação da clientela (Ocké-Reis, 2017). Este movimento de crescimento do mercado e sucateamento das políticas sociais, e do próprio Estado, acontece por influência da tendência econômica neoliberal, que adentra o Brasil na década de 1990.

Atualmente, o SUS e o Movimento Sanitário enfrentam desafios estratégicos (no sentido de fazer com que os planos de saúde sejam realmente apenas suplementares), teóricos (não recorrer a reducionismos que definem que o problema de saúde é decorrente apenas das falhas das políticas públicas do Estado; eles também se originam nas desigualdades produzidas pelo capitalismo), políticos (buscando construir uma base de apoio ao SUS, composta pelas lutas das massas, pela articulação com movimentos sociais, centrais sindicais, funcionários públicos e trabalhadores urbanos, visando a transição de um modelo liberal americano para os modelos consagrados pelo Estado de bem-estar), e programáticos (na luta pela ampliação do financiamento, melhoria da gestão e fortalecimento da participação social no SUS), para manterem o funcionamento da saúde pública como prevista em lei.

Apesar de todo este esforço do movimento sanitário, o que verificamos neste momento é um progressivo e acelerado desmonte do sistema público de saúde por meio das ações de um governo neoliberal, que sucateia o SUS e aprofunda a privatização do sistema de saúde através, por exemplo, do investimento em planos privados populares.

O processo da Reforma Psiquiátrica, assim como a Reforma Sanitária, perdura no Brasil até os dias atuais, hora com avanços, hora com retrocessos. É um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores e avança no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais. Um grande avanço a ser citado é a Lei de Saúde Mental (Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001), que alinha a Política de Saúde Mental do governo Federal às diretrizes da Reforma Psiquiátrica, e “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. Esta lei traz artigos importantes no que se refere aos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, citados no Anexo I.

Esta lei mostra um grande avanço, pois legitima a Reforma Psiquiátrica quando prevê os direitos da pessoa portadora de transtornos mentais enquanto cidadã de direitos e deveres e também quando dispõe sobre a internação hospitalar ser o último recurso para estes pacientes. Antes, deve-se investir no tratamento na rede extra-hospitalar e com o auxílio da sociedade e

da família. Também dispõe que as internações, quando necessárias, não devem ser de longa permanência, visto que o objetivo do tratamento em saúde mental é reinserir o paciente em seu meio social.

A partir da promulgação desta lei, são criadas linhas de financiamento específico pelo Ministério da Saúde para os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, e são criados novos mecanismos de fiscalização e redução dos leitos psiquiátricos, e observa-se um grande crescimento dos aparelhos substitutivos, como os CAPS, o impulsionamento do programa “De Volta para Casa”, que visa reintegrar pessoas longamente internadas ao convívio social, e a integração da política para a questão de álcool e de outras drogas, visando reduzir danos.

O processo da Reforma Psiquiátrica envolve ações de todos os níveis de governo e os movimentos sociais buscando efetivar a transição de um modelo centrado no hospital psiquiátrico para um modelo de atenção comunitário.

Vasconcelos (2016) define que atualmente vivemos a 4ª fase da Reforma Psiquiátrica, iniciada em 2010, tendo como características principais

Desafios crescentes e retrocessos gerados pela crise progressiva induzida pelas políticas neoliberais e pela recessão econômica mundial do final da década e pelo desinvestimento nas políticas sociais em geral e particularmente no SUS; difusão do consumo do *crack* e o despreparo da rede de atenção psicossocial para implementar nacionalmente uma assistência eficaz de cuidados neste campo, abrindo espaço para políticas de limpeza urbana, com internações forçadas, ou para a proliferação das comunidades terapêuticas de natureza privada ou filantrópica, baseadas em tratamento moral; crescente crise política e ética da forma de governo de coalizão política indiferenciada, sustentada em corrupção sistêmica, atingindo explicitamente o governo federal, e retrocessos e tentativas golpistas orquestrados pelos setores mais conservadores da política brasileira, via judicialização partidarizada e seletiva de suas ações, dirigida principalmente para as forças políticas de centro-esquerda e seus aliados. Entrega do Ministério da Saúde para um ministro e coordenador de saúde mental conservadores em 2015 e risco iminente de retrocessos no campo da saúde mental. (VASCONCELOS, 2016, p. 41)

Assim, compreendemos que atualmente o processo da Reforma Psiquiátrica se encontra enfraquecido diante de questões políticas, como o fortalecimento das forças políticas conservadoras no poder, causando assim o consequente retorno à antigas formas das políticas sociais, cada vez mais esvaziadas e precarizadas. Ainda segundo Vasconcelos (2016) é possível observar que o quadro da saúde atual é de recessão, aumento do desemprego e crise em todas as esferas territoriais, o que causa grandes crises na saúde pública, a emergência de epidemias em todo o território nacional e a volta de gestões conservadoras. Quanto à Saúde Mental, esta encontra-se em sérios riscos de sofrer um retrocesso na Reforma Psiquiátrica implementada, voltando gradativamente ao modelo de psiquiatria asilar.

Hoje, os CAPS – Centros de Atenção Psicossocial, são os principais expoentes na consolidação da reforma, por serem substitutivos ao hospital psiquiátrico. Entre todos os serviços de saúde, é o surgimento destes que demonstra a possibilidade de se organizar uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico. É função de excelência dos CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Os CAPS são públicos e fiscalizados através do controle social e diferenciados entre si pelo porte, capacidade de atendimento e usuários atendidos. Seu objetivo é

Oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercícios dos direitos civis e fortalecimentos dos laços familiares e comunitários. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 5)

Os CAPS se diferenciam em 5 tipos:

CAPS I: serviços de menor porte, atendendo municípios entre 20.000 e 50.000 habitantes. Os usuários são adultos com transtornos mentais persistentes e transtornos decorrentes do uso de álcool.

CAPS II: serviços de médio porte, atendendo municípios com mais de 50.000 habitantes. Os usuários são adultos com transtornos mentais severos e persistentes.

CAPS III: serviços de maior porte, atendendo municípios com mais de 200.000 habitantes, inclusive com funcionamento 24 horas.

CAPS i: Centros de Atenção Psicossocial infantil, especializados no atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais.

CAPS ad: Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas, especializados no atendimento a pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Apesar da importância dos CAPS, existem outros equipamentos que são muito essenciais para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, como as residências terapêuticas, por exemplo. Segundo o Ministério da Saúde (2005, p. 9), as “residências terapêuticas ou simplesmente moradias, são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos ou não” e buscam a efetiva reintegração das pessoas com transtornos mentais graves e persistentes à comunidade. Cada Residência Terapêutica pode acolher no máximo 8 moradores, ter um cuidador para prover o apoio nas tarefas, conflitos e dilemas do cotidiano e estar referenciada a um CAPS.

O Programa de Volta para Casa é, segundo relatório do Ministério da Saúde (2005), um dos instrumentos mais efetivos para reintegrar as pessoas com longo histórico de hospitalização,

pois viabiliza a emancipação das pessoas com transtornos mentais e ao mesmo tempo a redução de leitos psiquiátricos. Para serem incluídas neste programa, as pessoas devem ser egressas de Hospital Psiquiátrico ou Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Através do programa, os usuários recebem um auxílio-reabilitação em dinheiro, como forma de auxiliá-los no exercício de seus direitos: civis, políticos e de cidadania. Para participar do programa, é necessário que o município tenha uma rede de atenção à saúde mental capaz de oferecer respostas efetivas aos usuários.

Atualmente, o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS (PRH), aprovado em 2004 pelo Ministério da Saúde, tem como principal estratégia promover uma progressiva redução de leitos em hospitais psiquiátricos de grande porte através de um planejamento que reduza a desassistência, sendo assim, ao reduzir os leitos em hospitais, o programa conduz uma transição segura aos modelos comunitários de atenção. Este é um processo que deve ser feito em conjunto entre municípios e Estado visando aumentar os equipamentos e ações para a desinstitucionalização, como CAPS, Residências Terapêuticas, Centros de Convivência e o Programa de Volta para Casa.

Atualmente, encontra-se como um grande entrave à Reforma Psiquiátrica os Manicômios Judiciários, que podem ser situados como um espaço de dupla exclusão, onde frequentemente se encontram registros de violências, maus tratos e óbitos. Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ou Manicômios Judiciários) não são geridos pelo SUS, mas por órgãos da Justiça.

Segundo o ordenamento jurídico brasileiro, pessoas com transtornos mentais que cometem crimes não podem ser responsabilizadas por eles, são isentas de cumprir pena em presídios comuns. Entretanto, como medida de segurança, são reclusas em um tipo de tratamento compulsório onde ficam internadas para sempre ou por longos períodos nestes manicômios judiciários. É necessário que se articule diversos atores sociais para modificar a situação destas pessoas, de forma que se façam valer os seus direitos. Segundo relatório do Ministério da Saúde

O exame crítico e intersetorial dos conceitos de inimputabilidade, medida de segurança e periculosidade, e a busca da superação do modelo de tratamento/custódia, através da articulação entre os atores da saúde e justiça são componentes desta mudança. O Ministério da Saúde desde então vem apoiando experiências interinstitucionais extremamente bem sucedidas, que buscam tratar o louco infrator fora do manicômio judiciário, na rede SUS extra-hospitalar de atenção à saúde mental, especialmente os Centros de Atenção Psicossocial. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015)

É extremamente necessária a articulação dos serviços de saúde mental como a Atenção Básica em Saúde, por isso, inclui-se neste processo o Programa Saúde da Família, onde cada equipe composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde está responsável por acompanhar diretamente um determinado número de famílias. Este acompanhamento próximo das famílias contribui na identificação de transtornos mentais, sofrimentos psíquicos e situações como abuso de álcool e drogas. Articulando-se as equipes dos CAPS com as equipes de atenção básica à saúde, é possível criar estratégias conjuntas de ações e enfrentamento destas situações, reduzindo danos e aumentando a mobilização no sentido da reabilitação psicossocial.

Quanto à saúde mental de crianças e adolescentes, este foi por muito tempo um tema negligenciado dentro das políticas de saúde mental. Por longos anos, crianças e adolescentes com transtornos mentais eram abrigados em instituições filantrópicas e privadas com forte componente tutelar, como educandários, abrigos, escolas especiais, institutos para deficientes mentais e clínicas para autistas. Entretanto, a partir de 2003, o Ministério da Saúde orienta a construção de diretrizes para uma rede comunitária de acordo com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

É criado o Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, com o objetivo de possibilitar a participação da sociedade na elaboração de propostas para a saúde mental de crianças e adolescentes e para a consolidação de uma política de saúde para este grupo. Incorporando as orientações do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o Fórum é um importante instrumento de gestão, oferecendo visibilidade à estas questões que por muito tempo ficara em segundo plano.

O Fórum tem como função promover a articulação entre os campos de atenção à crianças e adolescentes, e fomentar a rede comunitária de atenção à saúde mental deste grupo. É elaborado um conjunto de diretrizes para os serviços públicos de atenção à saúde mental da infância e adolescência, a saber:

- reconhecer aquele que necessita e/ou procura o serviço – seja a criança, o adolescente ou o adulto que a (o) acompanha – como portador de um pedido legítimo a ser levado em conta, implicando uma necessária ação de acolhimento;
- tomar em sua responsabilidade o agenciamento do cuidado, seja através dos procedimentos próprios ao serviço procurado, seja em outro dispositivo do mesmo campo ou de outro, caso em que o encaminhamento deverá necessariamente incluir o ato responsável daquele que encaminha;
- conduzir a ação do cuidado de modo a sustentar, em todo o processo, a condição da criança ou adolescente como sujeito de direitos e de responsabilidades, o que deve ser tomado tanto em sua dimensão subjetiva quanto social;
- comprometer o(s) responsável(is) pela criança ou adolescente a ser cuidado – sejam familiares ou agente institucionais – no processo de atenção, situando-os, igualmente, como sujeito(s) da demanda;

- garantir que a ação do cuidado seja o mais possível fundamentada nos recursos teórico-técnicos e de saber disponível ao(s) profissional(is) ou equipe atuante(s) no serviço, envolvendo a discussão com os demais membros da equipe e sempre referida aos princípios e diretrizes coletivamente estabelecidos pela política pública de saúde mental para constituição do campo de cuidados;
- manter abertos os canais de articulação da ação com outros equipamentos do território, de modo a operar com a lógica da rede ampliada de atenção. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015)

Assim, a expansão da rede CAPSi se torna fundamental para garantir a assistência à crianças e adolescentes, que são vistos como sujeitos de direitos, como o Estatuto da Criança e do Adolescente afirma ao reconhecer que elas devem gozar dos direitos fundamentais inerente à pessoa humana. Diante disso, a viabilização de serviços na saúde mental para o público infantojuvenil deve ocorrer no sentido de produzir ações acolhedoras e que possibilitem a promoção da saúde mental desse público alvo.

2.5 – A VALORIZAÇÃO DA VIDA E A PREVENÇÃO AO SUICÍDIO: A QUEM PROCURAR AJUDA?

2.5.1 - REDE DE SERVIÇOS

O suicídio é um fenômeno complexo que envolve diversas causas e que além da vítima, afeta também a família. Apesar de ser uma questão que afeta milhares de brasileiros, existem poucas referências para estudos que envolvam o suicídio, ainda prevalecendo as afirmações que o suicídio deve ser tratado de forma isolada e individual. Para lidar com esta situação, é necessário que haja uma equipe multidisciplinar atuando de forma integrada nos equipamentos da rede de prevenção ao suicídio.

A rede de atendimento na prevenção do suicídio está inserida em diversas políticas públicas que compartilham de equipes multiprofissionais para que assim possam ser realizados atendimentos e um processo de intervenção efetivo. Dentro dessas equipes se encontram os Assistentes Sociais, atuando de forma onde os usuários sejam atendidos dentro de uma concepção de totalidade. De acordo com Lukács (1979) existe

Uma nova lei na totalidade concreta do ser social, é consequência inevitável do fato de que nos encontramos aqui diante de complexos reais que interagem de modo complexo, frequentemente passando por amplas mediações, com outros complexos reais; a lei tem caráter tendencial porque, por sua própria essência, é resultado desse movimento dinâmico contraditório entre complexos que constituem a totalidade (LUKÁCS, 1979, p. 64)

É necessário que a rede de serviços esteja bem articulada entre todas as políticas, para que desta forma se concretize um atendimento qualificado e efetivo. É fundamental que os Conselhos Tutelares estejam vinculados com toda a rede de serviços e sejam notificados pelos demais equipamentos, uma vez que estamos nos referindo a adolescentes.

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente, em seu Art. 131, o Conselho Tutelar é órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente. Ao serem direcionados ao Conselho Tutelar, em primeiro momento são realizados atendimentos com os Conselheiros Tutelares e a partir daí atendimentos individuais com a equipe técnica: Assistentes Sociais, Psicólogos e Pedagogos para que sejam realizadas entrevistas e avaliações para compreender e identificar os fatores determinantes que levam estes adolescentes às tentativas de suicídio. As avaliações são feitas com os adolescentes e com a família também, para se obter um atendimento mais aprofundado e não baseado no imediatismo.

O Conselho Tutelar não realiza acompanhamentos, com isso, são feitos os encaminhamentos para as unidades de saúde, que são de fundamental importância para a concretização de um atendimento efetivo, pois a questão do suicídio está ligada a questão de saúde pública, apesar dos fatores que levam o adolescente a tirar sua própria vida nem sempre estarem ligados a doenças, e sim ao contexto social, econômico e cultural que está sendo refletido na realidade de um determinado usuário.

Com a promulgação das leis 8.080 de 19 de setembro de 1990 e 8.142 de 28 de dezembro de 1990 foi implementado no Brasil o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como premissa o art.198 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988). As principais diretrizes do SUS são a universalidade e integralidade no atendimento aos usuários. A Lei 8.080 dispõe em seu Art. 2º § 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

As unidades de saúde exercem papéis fundamentais neste assunto e se tornam relevantes neste processo, pois estão organizadas de forma intersetorial, buscando intervir de forma integral e positiva nas ações de enfrentamento na questão do suicídio.

Os indivíduos que tentam o suicídio são encaminhados para as emergências onde recebem atendimento imediato pelas clínicas médicas, e dependendo da forma da tentativa de suicídio, são feitos procedimentos cirúrgicos. Após estes procedimentos, os pacientes são

encaminhados para avaliações psiquiátricas, para que junto a uma equipe multiprofissional possa ser desenvolvido um tratamento adequado.

Os CAPS infantis estão vinculados à Política de Saúde e se configuram como porta de entrada para casos de tentativa de suicídio, sendo estes tratados como prioridade, pois o indivíduo que tenta o suicídio se torna vulnerável a outras tentativas, por isto a importância de desempenhar intervenções de forma integrada. Os atendimentos ocorrem de forma individual ou em grupo, de acordo com o projeto singular que será construído junto à família e indivíduos, e busca romper com o modelo hospitalocêntrico que há nas unidades de saúde mental.

São necessários os encaminhamentos para os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e os Centros Especializados de Assistência Social (CREAS), com a finalidade de garantir que o atendimento além de integral, seja contínuo se desenvolvendo um trabalho social através da realização de palestras para falar abertamente de um tema que ainda é tabu em alguns lugares, devido a determinada cultura, contexto familiar, entre outros fatores. Dentro destas palestras é debatido o que é o suicídio, alguns fatores determinantes, onde e como procurar ajuda. Além disso, há uma equipe multiprofissional nesses equipamentos, como psicólogos e assistentes sociais, que são capazes de identificar o que está levando esse adolescente a ter o comportamento suicida, realizando um trabalho bem articulado com as demais políticas. Os assistentes sociais atuam prestando orientação, divulgando as informações, realizando encaminhamentos, acompanhando e no apoio ao paciente e sua família com a perspectiva de garantir os direitos dos usuários.

A Constituição Federal Brasileira de 1988, em seu Art. 226 conceitua a família como uma comunidade formada por qualquer um dos cônjuges e seus descendentes. Sendo assim, descartam o reconhecimento de relações homoafetivas, considerando como famílias uniões heterossexuais, monoparentais e unidas ou não pelo casamento. Entretanto, o Supremo Tribunal Federal decidiu equiparar a união homoafetiva à união estável, fazendo com que todos os tipos de casais tenham seus direitos conferidos pela Constituição, entendendo que não se justifica a preferência de um modelo de família em detrimento de outro.

Para o ECA, em seu Art.25, é reconhecido como modelo de família as “famílias natural, extensa ou substituta”, ou seja, este conceito abraça inúmeras possibilidades: pais, filhos, filhos por tutelar, guarda ou adoção, não se opondo à possibilidade de casais homoafetivos como uma formação de família, onde entende-se que esta é vista dentro de uma totalidade. Sabemos que hoje existem várias configurações familiares, conforme afirmam Duarte e Alencar (2012), como

Casal sem filhos, as famílias chefiadas por mulheres, famílias extensas nas quais irmãos casados dividem a mesma casa; casais separados permanecem debaixo do mesmo teto; famílias formadas a partir de segundas uniões (famílias recombinadas). O reconhecimento de casais compostos por pessoas do mesmo sexo traz outro elemento revolucionador na definição das famílias modernas. (DUARTE; ALENCAR, 2012, p. 17)

Percebemos então que muitas concepções foram revistas ocasionando um novo olhar sobre famílias. Entretanto, não cabe aqui nos aprofundarmos sobre esta discussão acerca do conceito de famílias, mas sim pontuarmos como prioridade a sua contribuição frente aos casos de suicídio que envolvem o adolescente que compõe a estrutura familiar.

Visto que o Assistente Social é um profissional que atua diretamente com as famílias, visando o fortalecimento dos vínculos familiares, fortificando os laços familiares, afetivos e comunitários no sentido da vida, é necessário que haja um acompanhamento com os familiares ou responsáveis, pois não deve-se prestar assistência somente aos usuários, é importante que a família também seja assistida. Porém, este é um dos desafios para os profissionais. A presença de um familiar é relevante, pois assim é possível compreender e conhecer o contexto familiar de cada usuário, prestando orientações e encaminhamentos para as diversas políticas públicas, com o objetivo de realizar uma intervenção mais ampliada através de entrevistas sociais.

Os Assistentes Sociais da área de Saúde Mental, assim como em todas as áreas que contribuem na prevenção do suicídio, devem compreender que para se pensar em ações para intervir no enfrentamento do suicídio, é necessário considerar além dos aspectos psicológicos e biológicos, os contextos políticos, econômicos, sociais e culturais. Estes aspectos podem ser fatores determinantes para que os indivíduos tentem ou concretizem o suicídio.

O Assistente Social deve buscar em seu atendimento identificar as situações de vulnerabilidade: as doenças graves; a ansiedade; crise conjugal e familiar; luto; uso de álcool e outras drogas; a tentativa prévia de suicídio; a doença mental; a impulsividade; a idade, pois constata-se o aumento dos casos de suicídio entre os jovens e os idosos; as relações de gênero, sendo os óbitos por suicídio três vezes maiores entre os homens do que entre as mulheres e as tentativas mais presentes entre as mulheres; doenças clínicas não psiquiátricas; eventos adversos na infância e na adolescência, como abuso sexual e físico, maus tratos; história familiar e genética de suicídio e fatores sociais (CFM, 2014).

O profissional não deve ter um olhar de imediatez mediante a essas causas, considerando cada usuário em sua totalidade. Assim, construindo ações de enfrentamento junto a toda equipe na prevenção ao suicídio. É necessário que haja estudo de caso e estudo socioeconômico, para que assim o Assistente Social possa conhecer a realidade de seus usuários e consiga elaborar estratégias de intervenções frente a estas demandas.

Destaca-se que a escola se torna local privilegiado para a identificação de situações problemáticas relacionadas ao suicídio e sendo assim, os profissionais da educação podem lançar estratégias pedagógicas para prevenção do suicídio e realizar encaminhamentos quando necessário. A escola é o local onde os adolescentes passam a maior parte de seu tempo e com isso, os profissionais que ali atuam devem ser capazes de enxergar comportamentos diferenciados, que por muitas vezes a família não consegue identificar.

São desenvolvidos projetos para prevenção do suicídio dentro desses espaços, com o objetivo de conhecer a saúde mental dos adolescentes, realizando palestras para falar sobre a prevenção ao suicídio, entrevistas com os alunos, com a família. Inclusive, em algumas escolas da Baixada Fluminense, foi implementado o Programa Piloto EscolaQPrevine. Trata-se de uma iniciativa que visa desenvolver habilidades emocionais para a vida dos professores, funcionários e alunos, bem como construir ferramentas de prevenção de violências autoprovocadas em contexto escolar. Estes projetos contam com a participação de psicólogos e assistentes sociais prestando orientações para todos os envolvidos.

Torna-se importante, pois assim, facilita que os profissionais que atuam nas escolas consigam identificar que o aluno está necessitando de ajuda, de tratamento e saiba como conduzi-lo, pois nem todo profissional é capacitado para tal, porém com orientações e informações de profissionais capacitados facilita a compreensão destes. Como citado acima, a escola é um espaço onde é possível colher muitas informações sobre o comportamento do adolescente, auxiliando na prevenção do suicídio. Diante disto, é necessário que haja psicólogos e assistentes sociais dentro desses espaços, porém, dentro da atual conjuntura em que o país se encontra, os serviços tornam-se precarizados, há uma diminuição da contratação de profissionais, apesar de se ter um grande espaço para atuação dos mesmos, assim diminuindo o número de suicídios entre os adolescentes, pois facilitaria a prevenção do suicídio. Inclusive existe um Projeto de Lei da Câmara nº 60, de 2007, na Câmara dos Deputados sob o nº PL 3688/2000, que dispõe sobre a prestação de serviços de psicologia e de assistência social nas escolas públicas de educação básica. Infelizmente hoje o projeto encontra-se arquivado.

O assistente social possui subsídios para atuar na política de educação. A inserção do Serviço Social nas escolas tem como objetivo contribuir para com ações que tornem a educação uma prática de inclusão social, de formação da cidadania e emancipação dos indivíduos, contribuindo também com a problemática social que é perpassada no cotidiano da comunidade escolar entre alunos, professores e pais, seja com encaminhamentos, orientações, informações projetos de cunho educativo, promovendo a cidadania, ações e projetos voltados não apenas para os alunos, mas também para as famílias.

Com isto, destaca-se que a escola se torna local privilegiado para a identificação de situações problemáticas relacionadas ao suicídio e sendo assim, os profissionais da educação podem lançar estratégias pedagógicas para prevenção do suicídio e realizar encaminhamentos quando necessário.

Outro elemento importante desta rede de prevenção ao suicídio é o Centro de Valorização da Vida - CVV, uma associação civil sem fins lucrativos, fundada em 1962, sendo reconhecida como utilidade pública federal em 1973.

O Centro de Valorização da Vida realiza apoio emocional e prevenção do suicídio, atendendo de forma voluntária e gratuitamente todos os indivíduos que necessitam conversar. Os atendimentos são realizados sob sigilo total, através de telefone 188 (24 horas e sem custo de ligação), pessoalmente (em 93 postos de atendimentos) e através do site da rede CVV, por chat e e-mail.

Além destes atendimentos, o CVV realiza em todo o país atividades que são relacionadas ao apoio emocional e ao estímulo ao autoconhecimento. O CVV conta com pessoas que se disponibilizam de forma voluntária, doando seu tempo e atenção. Para isso, o CVV oferece cursos gratuitos de preparação para fazer parte da rede.

Diante do exposto, a articulação entre os serviços torna-se de grande relevância no processo de intervenção para a efetivação dos atendimentos. Desta forma, consegue-se alcançar de forma integrada e articulada a consolidação dos direitos do indivíduo e assim proporcionar melhores condições na vida dos indivíduos que tentam o suicídio e não concretizam, e para as famílias das vítimas dos adolescentes que praticaram o suicídio. Além de resguardar os direitos dos usuários, o trabalho em rede tem como objetivo integrar as políticas sociais, ampliando a comunicação entre os setores, assim, superando as práticas fragmentadas nos atendimentos. É necessário analisar as questões dos indivíduos em sua totalidade, para que todos tenham acesso a seus direitos de forma qualificada.

2.6 – A IMPORTÂNCIA DA INTERSETORIALIDADE

De acordo com a autora Inojosa (2001) o conceito de intersectorialidade está vinculado à concepção de articulação e integralização das ações das políticas setoriais, entretanto, a sua aplicabilidade na gestão e implementação das políticas públicas visa uma relação transversal entre os diversos setores, na busca por estratégias e resultados frente às demandas apresentadas na realidade social.

A intersectorialidade é uma ferramenta e mecanismo fundamental para a consolidação do acesso às políticas públicas. É um trabalho que deve ser realizado em equipe, possibilitando

a troca de informações, para que venha considerar o usuário em sua totalidade, fazendo uma análise da realidade social do mesmo, traçando meios de enfrentamento para as diversas expressões da questão social, de modo que não seja realizado atendimentos de forma fragmentada e focalizada.

A intersectorialidade é a articulação entre as políticas públicas por meio do desenvolvimento de ações conjuntas destinadas à proteção social, inclusão e enfrentamento das expressões da questão social. Supõe a implementação de ações integradas que visam à superação da fragmentação da atenção às necessidades sociais da população. Para tanto, envolve a articulação de diferentes setores sociais em torno de objetivos comuns, e deve ser o princípio norteador da construção das redes municipais. (CAVALCANTI; BATISTA; SILVA, 2013, p. 1-2)

Sendo assim, o debate acerca da questão da intersectorialidade torna-se fundamental e necessário para a efetivação dos direitos sociais dos indivíduos, pois trata-se de um mecanismo de gestão que perpassa por diversas políticas setoriais. Buscando romper com a fragmentação e focalização dos trabalhos intersectoriais para que o público-alvo receba um atendimento integrado e efetivo. Assim, “a intersectorialidade contribui para a criação e reconhecimento de saberes resultantes da integração entre as áreas setoriais”. (Nascimento, 2010, p. 101). Encontram-se inúmeras dificuldades para consolidar um trabalho em rede comprometido e bem articulado, pois há no Brasil uma cultura política enraizada de cunho paternalista, assistencialista e clientelista.

Torna-se importante que a categoria de assistentes sociais se aproprie dos debates sobre a intersectorialidade tendo em vista que é um desafio para os profissionais, pois se trata de um processo formado por uma construção coletiva entre todos os profissionais de uma equipe. Para enfrentar estes desafios é necessário se apropriar do instrumental técnico-operativo e teórico-metodológico, para que desta forma o atendimento se torne efetivo. E criar estratégias, se articulando com os demais serviços que compõem a rede, buscando contribuir de forma positiva nos atendimentos aos usuários.

A intersectorialidade não visa apenas a questão da ampliação e efetivação dos direitos, e sim também o empoderamento dos usuários. Este debate vem se intensificando cada vez mais, permitindo a articulação dos serviços que compõem uma mesma rede, e pelos serviços de outras redes de atendimento. Assim, possibilita que as políticas setoriais dialoguem uma com as outras, respeitando as particularidades de cada setor, criando espaços de informações sobre cada um deles, tecendo formas de solucionar as questões trazidas por cada usuário, e buscando superar os limites e desafios que estão postos, devido a atual conjuntura em que o país se encontra.

É importante destacar que a intersectorialidade está ligada à descentralização, tratando-se de uma transferência de responsabilidade do Estado, ou seja, há um compartilhamento de responsabilidades, onde o Estado transfere seu poder de decisão, funções administrativas e recursos financeiros da prestação de serviços para outras esferas, entidade governamentais e não governamentais. Desta forma, cabe a cada órgão gestor a responsabilidade da execução desses serviços, projetos, programas e controle, planejamento e avaliação dessas políticas públicas.

Este processo necessita de mudanças culturais de ambas as partes, tanto do Estado quanto dos outros órgãos envolvidos. De acordo com Junqueira, a nível Brasil, o termo descentralização não é recente e surgiu no movimento de democratização dentro do contexto de anseios do regime autoritário. E consiste de forma em que se transfere o poder maior, o poder central, para níveis periféricos, proporcionando uma gestão mais democrática e sendo possível repensar em uma relação de Estado e Sociedade, formulando políticas públicas no contexto social em que a população vive e participa

Os conceitos de intersectorialidade e descentralização aproximam-se, na medida em que este último é compreendido como a transferência do poder de decisão para as instâncias mais próximas e permeáveis à influência dos cidadãos e o primeiro diz respeito ao atendimento das necessidades e expectativas desses mesmos cidadãos de forma sinérgica e integrada. Ambos devem considerar as condições territoriais, urbanas e de meio ambiente dos microespaços que interagem com a organização social dos grupos populacionais. (JUNQUEIRA; INOJOSA, KOMATSU, 1997, p. 24)

O objetivo da articulação intersectorial tem seu foco na melhoria das condições de vida dos usuários e das famílias, que tenham acesso integrado aos seus direitos propicia um acompanhamento e encaminhamentos mais eficazes, principalmente às famílias e/ou indivíduos atendidos pela equipe do CREAS, que desenvolve um trabalho social mediante a elaboração de um plano de acompanhamento, tendo uma escuta qualificada, compreendendo a realidade social que é vivenciada por cada um.

O trabalho intersectorial é um processo bem complexo, que se depara com diversos limites e desafios. Sendo a questão dos atendimentos fragmentados, onde os usuários não são compreendidos numa concepção de totalidade, tendo suas questões tratadas de forma isolada e sua realidade social não sendo levada em consideração. E para romper com este problema, faz-se necessário ter uma equipe técnica multiprofissional qualificada e capacitada para lidar com essas demandas. O estabelecimento de uma administração que possibilite uma articulação intersectorial e crie procedimentos de monitoramento e avaliação das ações integradas. Criação de um sistema que facilite as informações entres as políticas setoriais. E como foi citado acima,

este processo exige mudanças de todos os envolvidos, para que venha ampliar a rede de ações de desenvolvimentos intersetoriais, proporcionando uma visão mais ampliadas das demandas sociais.

Desta forma, conclui-se que a temática da intersectorialidade é de grande relevância, porém, precisa ser melhor debatido entre as políticas setoriais, de forma que venham a contribuir para inclusão social e acesso de direitos. Considerando o usuário em sua totalidade, para que assim, os serviços sejam ampliados e ofertados ao usuário de forma que sejam realizados atendimentos e acompanhamentos efetivos e de qualidade.

2.7 – O PROCESSO HISTÓRICO DO SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL

Com o objetivo de fundamentar a posterior apresentação de uma reflexão sobre a inserção do Serviço Social na Saúde Mental, buscamos neste tópico abordar como se deu o processo de inserção e maturação do Serviço Social no Brasil.

O surgimento do Serviço Social como profissão está intimamente ligado à emergência da questão social, como aponta Netto (2011, p. 17) “não há dúvidas em relacionar o aparecimento do Serviço Social com as mazelas próprias à ordem burguesa, com as sequelas necessárias dos processos que comparecem na constituição e no evolver do capitalismo”.

Assim, o surgimento da profissão não se resume somente à sua vinculação à questão social, pois ela está também profundamente vinculada ao desenvolvimento do capitalismo. (Netto, 2011).

Segundo Castro (2011), na América Latina o Serviço Social se dá em 3 fases: a primeira é caracterizada por ações beneficentes e assistenciais, a segunda é predominada por concepções paramédicas, asséptico-tecnocráticas e desenvolvimentistas, e a terceira apresenta uma concepção conscientizadora-revolucionária.

No Brasil, o Serviço Social surge em um momento de mudanças que favorecem sua inserção, nas décadas de 1930 e 1940. As grandes manifestações da classe operária e o debate sobre a questão social neste período passam a exigir do Estado, das classes dominantes e da Igreja novos posicionamentos. Destacamos também a transição do capital de seu estágio concorrencial para o estágio monopolista, exigindo um redimensionamento do Estado, onde este atuará para preservar as condições da produção capitalista e também intervirá na organização e dinâmica econômicas, ou seja, o Estado surgiu como instrumento do capital.

As políticas públicas entram neste contexto como um elemento estratégico da ordem capitalista, pois eram as respostas necessárias aos interesses da classe burguesa e à legitimação

do Estado frente às novas configurações dos conflitos de classes, proporcionados pela politização dos movimentos operários.

O surgimento do Serviço Social está estreitamente vinculado à Igreja Católica, enquanto protagonista de uma nova prática de assistência pública e da caridade tradicional, ligando-se aos objetivos políticos e sociais da Igreja e das classes vinculadas a ela com uma visão messiânica de recristianização da sociedade por meio de uma reforma social, como salienta Iamamoto

Como profissão inscrita na divisão do trabalho, o Serviço Social surge como parte de um movimento social mais amplo, de bases confessionais, articulado à necessidade de formação doutrinária e social do laicato, para uma presença mais ativa da Igreja Católica no ‘mundo temporal’, nos inícios da década de 30. Na tentativa de recuperar áreas de influências e privilégios perdidos, em face da crescente secularização da sociedade e das tensões presentes nas relações entre Igreja e Estado, a Igreja procura superar a postura contemplativa. (IAMAMOTO, 2011, p. 18)

No Brasil, este movimento se fortalece pela Ação Católica Brasileira (ACB), com o objetivo de divulgação da doutrina católica em busca de uma reconstrução social. Neste contexto, merecem destaque as Encíclicas Papais Rerum Novarum e Quadragésimo Anno, que restauram o papel social da Igreja e tratam a questão social no sentido de renovação moral da sociedade.

O processo de institucionalização do Serviço Social, ocorrido nas décadas de 1920 e 1930 é o mesmo momento do processo de profissionalização dos assistentes sociais, que se formavam em escolas especializadas; ainda neste momento, o Serviço Social se mantém educativo e doutrinário, buscando a adequação de seus “clientes”. (Silva; Silva; Souza, 2016, p. 8)

A partir de 1930, com a queda da República Velha, a Igreja se reaproxima cada vez mais do Estado, assim como passa a intervir mais no âmbito social. Assim, a caridade ganha um caráter organizativo por meio das ações de famílias burguesas de São Paulo e do Rio de Janeiro, que realizavam grandes obras sociais. Surge a Associação de Senhoras Brasileiras e a Liga das Senhoras Católicas, atendendo demandas da estrutura capitalista. Com o tempo, organizam-se outros grupos, e estes grupos passam a promover cursos e semanas de estudos para formação de seus integrantes. É criado o Centro de Estudos e Ação Social (CEAS), formado por moças religiosas preocupadas com a “questão social”.

O CEAS é um embrião do Serviço Social brasileiro, pois apoiado por assistentes sociais belgas, favoreceu a fundação da primeira escola católica de Serviço Social - a Escola de Serviço Social de São Paulo. Suas ações eram diretamente com o proletariado, difundindo a doutrina católica. No Rio de Janeiro é criado o Instituto de Educação Familiar e Social. Estas escolas

determinaram o desenvolvimento do Serviço Social no Brasil, e favoreceram a criação de outras escolas no território nacional. Esta atuação inicial do Serviço Social tinha como objetivo responder à questão social por meio de um controle do movimento operário e popular. (SILVA; SILVA; SOUZA, 2016, p. 6)

A atuação do Serviço Social brasileiro neste momento era acrítica, possuía um aspecto doutrinário e não científico, assumindo em relação aos trabalhadores e à questão social um posicionamento moralizador, disciplinando e controlando os indivíduos. O Serviço Social nesta época buscava uma sociedade harmoniosa, em busca do bem comum, assim, alguém que não se enquadrasse nestes objetivos era visto como inadequado e desviado. Por isso, realizavam com os indivíduos e com as famílias um trabalho de formação social, moral e intelectual. Este trabalho educativo culpabilizava o sujeito por suas condições de vida.

Posteriormente, no período de 1940 e 1950, o Brasil vivenciou um grande crescimento econômico por meio da entrada de capital e investimentos estrangeiros no país, gerando modernização; ao mesmo tempo, adentraram ideais desenvolvimentistas, vistos como um meio de superar o subdesenvolvimento do país. Neste momento, com o desenvolvimento de uma economia urbano-industrial, surgiu a necessidade de entidades assistenciais para responder às demandas apresentadas pela luta de classes e pela nova classe proletária urbana.

Os anos 60 marcam o início de uma reformulação no âmbito do Serviço Social, levando a um amadurecimento profissional da categoria. Surge nessa época o Movimento de Reconceituação em toda a América Latina, marcando o processo de revisão crítica do Serviço Social, que começa a questionar a estrutura capitalista. Este movimento de Reconceituação está inserido em um processo internacional de erosão do Serviço Social conservador.

O Movimento de Reconceituação questiona o papel exercido pelos assistentes sociais na superação do subdesenvolvimento, quando claramente os projetos desenvolvimentistas e liberais se mostravam desalinhados às necessidades da população trabalhadora.

No Brasil se instaura a Ditadura Militar, minimizando a participação da sociedade brasileira no processo de Reconceituação e superação da ordem capitalista burguesa. Muitas transformações acontecem neste período ditatorial e o Governo passa a usar de repressão e violação de direitos para garantir o seu poder, enfrentando a questão social com repressão policial e com políticas sociais compensatórias.

Novas demandas são apresentadas ao Serviço Social; os assistentes sociais continuam a executar as políticas sociais, e agora devem atender às novas funcionalidades do Estado e da burguesia, executando suas funções com um caráter técnico e científico, dando conta da

burocracia estatal. Os assistentes sociais se inserem em novos espaços: o Estado, as empresas multinacionais e a filantropia privada.

Com o aprofundamento acadêmico diante destas novas inserções e demandas, mudam a prática e a formação dos assistentes sociais, que passam a buscar uma base teórica mais consistente. A categoria profissional apresenta sua laicidade, e dá início ao seu processo de renovação, quando são apresentados três projetos/direções profissionais: a perspectiva modernizadora, a reatualização do conservadorismo e a intenção de ruptura.

A perspectiva modernizadora busca adequar o Serviço Social às novas exigências do momento vivido pelo Brasil, agregando novas bases teóricas, técnicas e científicas, entretanto sem romper com as bases da profissão. A atualização do conservadorismo retoma a vinculação à Igreja e a intervenção profissional focada na ajuda psicossocial, com centralidade no indivíduo, buscando transformá-lo e ajustá-lo. Já a intenção de ruptura se vincula a uma crítica ao tradicionalismo da profissão. O momento em que esta direção profissional se desenvolve é propício, pois na segunda metade da década de 70, aumentam os movimentos contrários ao regime militar, assim como ganham expressão os movimentos estudantis e sindicais. Assim, nesta direção profissional, os assistentes sociais se aliam a estes movimentos sociais e partidos políticos, buscando a superação do projeto capitalista, uma transformação social. Neste momento, a profissão adota como dimensão teórico-metodológica o marxismo, favorável à emancipação humana (SILVA; SILVA; SOUZA. 2016, p. 10)

Um importante elemento na construção da intenção de ruptura é o Método de BH, desenvolvido na Escola de Serviço Social da Universidade Católica de Minas Gerais por professores, representando uma proposta antagônica ao tradicionalismo da profissão, preocupado com os critérios teóricos, metodológicos e interventivos.

O espaço das universidades marca, neste contexto ditatorial, um espaço de construção do saber com caráter científico, promovendo o amadurecimento teórico-metodológico da profissão.

A década de 1980 foi marcada pela consolidação acadêmica do Serviço Social através de sua aproximação com as teorias marxistas. Esta consolidação teórica permite compreender o significado social da profissão em uma sociedade capitalista. Na prática profissional, o assistente social atua na condição de assalariado, mediando as relações entre os trabalhadores e a burguesia/Estado.

Ampliando suas bases teóricas, o Serviço Social considera estas contradições em seu exercício profissional, posicionando-se a favor da classe trabalhadora, rompendo com as tradicionais perspectivas de controle social, e assim desenvolvendo seu posicionamento crítico.

Na década de 90 o Serviço Social supera as dificuldades que se apresentavam anteriormente, principalmente a defasagem de publicações. Isto permitiu o direcionamento crítico em favor da consolidação do método crítico-dialético de Marx na profissão e da luta ao lado dos trabalhadores, possibilitando assim a construção de um Projeto Ético-Político. Na atualidade, a classe profissional dos assistentes sociais é madura e tem como Projeto Ético-Político construir sua trajetória vinculada à classe trabalhadora. Este Projeto Ético-Político é a todo momento reafirmado, revisitado e fortalecido, buscando alcançar seus objetivos (Silva; Silva; Souza, 2016, p. 12). O capital coloca aos assistentes sociais constantes desafios, exigindo dos profissionais a criação de novas estratégias de intervenção que viabilizem a emancipação da classe trabalhadora.

Por isso, se faz necessário que os assistentes sociais assumam uma apreensão crítica das relações sociais, analisando os movimentos históricos na sociedade brasileira e considerando as novas relações entre público e privado para identificar as demandas sociais, fortalecendo assim sua capacidade teleológica a partir da apreensão dos fundamentos do Serviço Social e do Projeto Ético-Político.

É a partir desta trajetória histórica que se redesenha a prática do Serviço Social na Saúde Mental como veremos no tópico a seguir.

2.7.1 – PRÁTICA DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL

O assistente social se insere na saúde mental na década de 1940, nos chamados “serviços sociais psiquiátricos”, estando presente em número bastante reduzido. A prática neste período pode ser caracterizada como “Serviço Social Clínico”, e o assistente social atuava junto às famílias para ajudá-las a prover um ambiente adequado para o tratamento do “cliente”. A participação do Serviço Social só se torna efetiva a partir das mudanças proporcionadas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, que conquistou a cidadania das pessoas com transtornos mentais.

No período ditatorial há o aumento do número de instituições psiquiátricas e também uma maior privatização do setor de saúde, assim, o Estado se torna um comprador de serviços de saúde do setor privado, tornando a doença mental em fonte de lucro, mercadoria. Há na década de 1970 um aumento do número de assistentes sociais integrando as equipes que atuam no tratamento de pessoas com transtornos mentais por exigência do Ministério da Previdência e Assistência Social.

Neste período de ditadura militar, o Serviço Social é requisitado para intervir nas expressões da questão social na realidade dos hospitais psiquiátricos, como bem sintetiza Bisneto

O grande problema para o governo da ditadura militar nos hospícios no fim dos anos 1960 não era a loucura (esta era controlada pela psiquiatria, pelos psicotrópicos e pelo aparato asilar). Era a pobreza, o abandono, a miséria, que saltavam à vista e que geravam contestações da sociedade, principalmente após a incorporação do atendimento aos trabalhadores e seus dependentes na rede previdenciária de assistência mental. O assistente social veio para “viabilizar” o sistema manicomial no seu ponto mais problemático. O Serviço Social foi demandado pelo Estado ditatorial como executor terminal de políticas sociais na área de Saúde Mental, repetindo sua contradição histórica, de uma demanda pelas elites para atender aos “necessitados”. (BISNETO, 2007, p. 25)

Na década de 1980 ganham impulso os movimentos contra o sistema manicomial brasileiro, em favor de novas concepções e práticas para a área de saúde mental. A Reforma Psiquiátrica no Brasil tem seu ápice na década de 1990, quando entram em vigor as primeiras normas federais regulamentando os serviços de atenção à saúde mental. Com a consolidação do SUS nesta mesma década, há um aumento do número de assistentes sociais na Saúde, tornando-se esse o principal campo de atuação destes profissionais.

O Serviço Social, compondo as equipes profissionais atuantes no âmbito da saúde mental neste período, acompanha todas as mudanças e também todos os desafios que surgem neste processo. Com a renovação crítica da profissão, o Serviço Social assume um posicionamento em favor da classe trabalhadora e da garantia de direitos, que se consolida no Projeto Ético-Político da profissão, mostrando sintonia entre os valores do Código de Ética de 1993 e os princípios da Reforma Psiquiátrica na busca pela erradicação de todas as formas de exploração e preconceito (Moura; Farias; Silva. 2015, p. 2).

Acreditamos que o Serviço Social tem um grande arcabouço teórico e metodológico para estar inserido nas discussões no campo da saúde mental, no sentido de contribuir para a concretização das propostas da Reforma Psiquiátrica através da viabilização de direitos e de cidadania, visto que entendemos o adoecimento mental como decorrente também de fatores sociais.

A Constituição Federal de 1988 representou grandes avanços nas políticas sociais e na consolidação da cidadania, entretanto, hoje observamos uma realidade complexa e desafiadora para o Serviço Social diante da ofensiva neoliberal, pois na prática, as políticas sociais se tornaram seletivas, focalizadas, com algumas características assistenciais e tendenciosas à privatização. Assim, o Estado diminuiu sua responsabilidade sobre a área social, transferindo

grande parcela de suas atribuições para a sociedade civil, levando a uma precarização das políticas sociais.

Segundo a publicação dos Parâmetros de Atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde, compete ao Serviço Social nesta área:

- estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença;
- facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;
- buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde;
- estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais;
- tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas;
- elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde;
- efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados. (CFESS, 2010, p. 30)

Assim, o trabalho do assistente social na saúde, e também na saúde mental deve se realizar no sentido de totalidade buscando garantir a promoção da inserção do indivíduo na vida social, visto que usuários com transtornos mentais são muitas vezes pessoas em extrema vulnerabilidade social e que perderam laços familiares (CRESS/RJ, 2018, p. 5)

O assistente social exerce um papel fundamental na prevenção do suicídio, visto que possui formação profissional conduzida a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Serviço Social (2002) e embasamentos teóricos que permitem ao profissional identificar demandas, compreender os problemas sociais provenientes da atual conjuntura e realizar encaminhamentos, articulando com as demais redes e políticas públicas.

De acordo com o Guia de Prevenção do Núcleo de Segurança do Paciente do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM; 2017, p.10), o Serviço Social tem como rotina frente ao risco ou tentativa de suicídio buscar realizar o reconhecimento da realidade sócio familiar do usuário atendido. Caso o paciente não disponha de referência familiar e/ou cadastro de telefone e endereço em prontuário, o assistente social deve acionar a

rede com o objetivo de localizar a família, além de solicitar relatórios e informações clínicas relevantes caso o paciente faça acompanhamento em serviço de psiquiatria. Quanto aos pacientes com risco moderado/alto, o assistente social deve realizar a articulação com a rede de serviços para o acompanhamento pós-alta. Além disso, o assistente social deve orientar acerca dos direitos sociais e em prontuários registrar as condutas e evoluções.

Além do assistente social que possui um importante papel neste processo, outros profissionais inseridos nas áreas de saúde, educação, assistência social e etc., são de fundamental importância nos atendimentos e acompanhamentos aos adolescentes com ideação suicida e das famílias dos adolescentes que concretizaram o suicídio. Com isto, faz-se necessário que estes profissionais se apropriem da intersetorialidade como estratégia profissional, para que assim, possam realizar articulações entre as políticas públicas como espaço de efetivação dos direitos sociais. Segundo Carvalho

Para efetivar a chamada interdisciplinaridade é fundamental para qualquer profissão se ater para o fato de que não se encontra isolada de outras profissões, além disso, ter a plena consciência de que para bem interagir com as mesmas, é sempre necessário saber definir e ser competente em seu campo. (CARVALHO, 2012, p. 73)

De acordo com Charles Toniolo (2002), o Assistente Social trabalha com situações singulares e indivíduos sociais, que vivem em uma determinada sociedade, que deve ser analisada em sua totalidade. Com isto, o profissional do Serviço Social deve analisar a realidade social com base em duas categorias: universalidade e singularidade, para que assim não percam a dimensão social da vida humana. Desta forma, o Assistente Social terá uma reflexão teórica e histórica mais ampla, para não agir de forma imediata em suas ações interventivas para com os usuários.

Como afirma Guerra (*apud* Toniolo)

Se é correto que o valor do trabalho do Assistente Social reside na sua utilidade social, que é medida em termos de respostas concretas que venham produzir uma alteração *imediata* na realidade empírica (...), o seu *resultado final*, o produto do seu trabalho passa a ser o fator determinante da *forma* de realizá-lo (GUERRA *apud* TONIOLO, 2002, p. 157)

A proposta do Serviço Social é que este profissional rompa com as ações meramente executivas, burocráticas e baseada apenas na aparência, naquilo que o usuário lhe apresenta,

buscando compreender algo além do que está posto, praticando a dimensão investigativa da profissão, mais especificamente o método dialético para que o profissional tenha domínio e propriedade para traçar e planejar ações metodológicas com os usuários e suas famílias, de forma que venha conhecer de fato toda sua realidade social.

2.8 – CONHECENDO O CAMPO EMPÍRICO

Diante da escassez de fontes documentais mais tradicionais que contem a história da Unidade Pré-Hospitalar Saracuruna, as informações transmitidas abaixo foram coletadas por meio de correio eletrônico, com o Presidente da Associação Pró-Melhoramentos de Saracuruna (APROMESA), Sr. Leonildo Bráz.

A atual Unidade Pré Hospitalar Saracuruna iniciou suas atividades na década de 80. Nesta época só havia o Postinho de Saúde CRAIS (Centro de Referência em Atendimento Integral à Saúde), assim era denominado anteriormente, em funcionamento com o DPO da Polícia Militar, visando atender algumas demandas que se apresentavam no âmbito da Saúde. O movimento social organizado pela APROMESA, fundada em 11/06/1986, resolveu se organizar assim formando um Fórum que incluiu cerca de 10 entidades comunitárias do bairro de Saracuruna. As reuniões se iniciaram na Paróquia Nossa Senhora do Rosário, inclusive com o apoio do Conselho Comunitário de Saúde agregado ao Mobiliário Urbano (MUB). Porém, a peça principal para este êxito foi esta Associação de Moradores localizada no bairro de Saracuruna, que na época tinha uma grande hegemonia. Frente aos movimentos estava Walter Neves, líder comunitário encabeçando as reuniões em coletivo com o então prefeito Hydekkel de Freitas, quando não, com o seu vice José Carlos Lacerda.

O Projeto era um mini-hospital de Saracuruna, onde o prefeito visando melhorias para o bairro do 2º Distrito, mudou o Projeto para um Posto de Saúde Avançado que se materializou e evoluiu se concretizando como uma Unidade Pré Hospitalar.

A UPH Saracuruna é uma Instituição de Saúde Estatal que compreende as Unidades de Saúde de baixa complexidade, atendendo no momento tanto casos ambulatoriais quanto urgências e algumas internações, cumprindo as atribuições e prerrogativas das Unidades Básicas de Saúde que devem ser desempenhadas por todos os municípios brasileiros. Considera o marco legal da Constituição Federal de 1988, que introduziu a saúde como Política Pública integrando a Saúde, Assistência e Previdência Social nos pilares do Tripé da Seguridade Social brasileira e das leis que preconizam o SUS (Sistema Único de Saúde), onde a Lei 8.080/90 define as diretrizes para a organização e funcionamento do Sistema de Saúde brasileiro e a Lei 8.142/90, “dispõe sobre a participação da comunidade na Gestão do Sistema Único de Saúde -

SUS e sobre as transferências intergovernamentais e recursos financeiros na área da saúde e outras providências” (BRASIL, 1990, p. 1). O que caracteriza a saúde como um conjunto de fatores determinantes e condicionantes, entre outros, como a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Afirmam a Política de saúde como direito de todo o cidadão e sob dever do Estado a responsabilidade em oferta dos serviços de forma descentralizada.

Um dos principais objetivos preconizados pelo SUS é a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das preventivas. Está incluída em ações a vigilância sanitária; vigilância epidemiológica; saúde do trabalhador; e de assistência terapêutica integral, a vigilância nutricional e a orientação alimentar.

Seu público alvo se caracteriza por moradores da localidade e de bairros vizinhos que tem esta Instituição como referência mais próxima de suas residências em relação ao atendimento em saúde, onde são disponibilizados serviços de emergência 24 horas (Clínica Médica e Pediatria) e os seguintes Serviços Ambulatoriais: Clínica Médica, Ginecologia, Pré-Natal (Obstetrícia), Pediatria, Psicologia, Psiquiatria, Dermatologia, Nutrição, Cardiologia, Pneumologia, Pequenas Cirurgias, Fonoaudiologia, Ortopedia, Serviço Social, Fisioterapia, Neurologia, Imunização.

Sobre os programas, existem: Hipertensão, Diabetes, Programa Saúde do Adolescente (PROSAD), Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso (PAISI), Programa Hanseníase, Programa de Atenção Integral à Mulher (PAISM), Programa de Planejamento Familiar, Programa de Tuberculose, Programa de Saúde Mental, Tabagismo, Programa do Homem.

As demandas apresentadas no UPH Saracuruna são das mais variadas, e não se limitam às questões ligadas à saúde, visto que, também visa fortalecer os vínculos familiares e comunitários para a efetivação protetiva da família contando com uma equipe multiprofissional, onde o Serviço Social nos casos de demandas de tentativas de suicídio para além do atendimento social, encaminham pacientes para os Programas específicos voltados para este público. Sendo assim, receberão todo o suporte necessário pela equipe especializada no que tange o atendimento e avaliação de conduta e posteriormente seguirão em acompanhamento. Ainda nesta mesma linha, convém destacar os Programas Saúde do Adolescente e Programa de saúde Mental como os principais nos acompanhamentos quando identificados casos de tentativas de suicídios com o público adolescente cujo nos propusemos abordar de imediato como prioridade.

Vale ressaltar que, segundo o Sistema de Informações de Saúde (2018) o índice populacional do município de Duque de Caxias é de 914.383 habitantes, sendo analisados dentro de uma totalidade desconsiderando os sexos. O número de adolescentes com faixa etária de 10 a 14 anos chega a 74.274 e de adolescentes com faixa etária entre 15 a 19 anos chega a 82.881. O que nos leva a refletir que, apesar de uma pequena diferença entre o quantitativo de adolescentes em relação a idade supracitados, para Osório (1959), este período compreendido como adolescência, se caracteriza como um momento principalmente de estabelecimento da identidade pessoal, e esta formação de identidade está totalmente ligada ao ambiente sócio-cultural dos indivíduos, onde este autor não determina faixas etárias que compreenderiam a adolescência, um momento de início ou final, se reservando a apresentar características que podem indicar dentro de uma análise onde consideramos que é mais fácil compreender como lidar com estes adolescentes neste período de transição da infância para a fase adulta.

De acordo com o boletim epidemiológico (2018), usando como base o SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) umas das regiões com maiores porcentagem de casos notificados por lesão autoprovocada com 65,02% realizadas em todo o estado do Rio de Janeiro, encontra-se o município de Duque de Caxias dentro deste contexto analisado na região Metropolitana I. Sendo assim, a notificação contribui para que ações interventivas no âmbito da saúde para o atendimento desses indivíduos no que tange a novas ocorrências. Em linhas gerais, estas análises territoriais podem ser consideradas como importante instrumento de mediação na busca por ações de enfrentamento acerca do suicídio, visto que o município de Duque de Caxias é também considerado pelo boletim epidemiológico (2018) um dos 5 maiores municípios com violências autoprovocadas. Uma das premissas de responsabilidade em todos os municípios no âmbito da Saúde visando estratégias para esta fase de transição da adolescência como forma de cuidado pode ser iniciada através do PROSAD.

O Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) foi legitimado pelo Ministério da Saúde em 1988, visando propiciar completa atenção à saúde do adolescente e ação contínua em favor do crescimento, desenvolvimento, resolução de conflitos individuais e sociais.

Sabemos que como todos os cidadãos, os adolescentes possuem direitos bem como a primazia nos atendimentos que devem ser garantidos pelo Estado seguindo as prerrogativas do Sistema Único de Saúde (SUS) acerca de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de forma universal, no que tange o Tripé da seguridade social e a Constituição Federal de 1988, não se abstendo do Estatuto da Criança e do Adolescente que assegura as normativas instituídas na Constituição de 1988 acerca dos direitos e deveres das crianças e adolescentes.

A Unidade Básica de Saúde UPH-Saracuruna define suas ações no Programa Saúde do Adolescente (PROSAD) sob a metodologia de atividades socioeducativas desenvolvidas em equipe multidisciplinar incluindo o Serviço Social que norteia suas intervenções de acordo com os Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Política de Saúde e Política Nacional de Humanização (2003), sob a finalidade de se construir vínculos e o comprometimento desses usuários no tratamento da sua saúde, reconhecendo a necessidade deste atendimento sendo por demanda espontânea ou não. Visam trazer para reflexão através de reuniões e dinâmicas os genitores e responsáveis pelos adolescentes inseridos no programa, onde estes possam ser colocados na posição de adolescentes demonstrando através das demandas que são apresentadas pelos adolescentes o modo como se sentem e se vêem na sociedade. São orientados sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente no que diz respeito aos seus direitos e deveres, de modo que esta legislação não tira a autonomia dos pais, e sim assegura os direitos desta criança ou adolescente quando se encontra em situações de vulnerabilidade e negligência. Com os adolescentes são abordados temas relacionados à saúde reprodutiva, sexualidade, DST/AIDS, cidadania, a importância da imunização, orientações sobre os malefícios do uso de substâncias lícitas e ilícitas, transmitindo através destes encontros o respeito, comprometimento e condições específicas para manter a funcionalidade do programa.

CAPÍTULO III. PESQUISA DE CAMPO

3.1 – METODOLOGIA

Metodologia é segundo Minayo (2002, p. 16) “o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade”. Assim, entendemos a metodologia como uma articulação entre os conteúdos, pensamentos e a concretização da pesquisa. A metodologia envolve um conjunto composto pelo ponto de vista teórico e os procedimentos utilizados na pesquisa para se alcançar um objetivo, que neste caso, é reconhecer determinada realidade social. A metodologia irá auxiliar na explicação do processo de pesquisa, fundamental às Ciências Sociais em seus processos de questionamento, análise e construção da realidade.

Martins (2004) define a metodologia como o conhecimento crítico dos caminhos do processo científico, indagando e questionando acerca de seus limites e possibilidades, se tratando assim de como fazer ciência.

Portanto, a metodologia é de suma importância no processo de pesquisa, pois através dela a realidade pode ser questionada sob um paradigma científico, possibilitando ao pesquisador diversas opções de caminhos a serem percorridos neste processo, contribuindo para que se possa pensar em melhores formas de desenvolver a pesquisa, saindo do senso comum e das ideias pré-concebidas.

3.1.1 – MÉTODO

Este estudo se desenvolve pautado na teoria social crítica do pensamento marxista, compreendendo o materialismo histórico dialético e categorias como historicidade e totalidade.

Enquanto futuras assistentes sociais, buscamos estar sempre atentas a todo quadro social que se apresenta. Por isso, temos nos debruçado na busca por um conhecimento aprofundado sobre o que possa ter motivado estas medidas extremas tomadas pelos adolescentes, para além de reconhecer que esse fenômeno social requer um combate sincronizado e articulado, de forma que a equipe possa atender e também traçar ações mobilizadoras intervindo para a diminuição do alto índice de suicídio entre os adolescentes.

Por entendermos que a realidade é mutável e se encontra em constante processo de movimento e transformação, nossa pesquisa será norteadada por esta concepção marxista, pois através do método dialético entendemos a realidade de forma dinâmica, revelando-se assim os fenômenos sob seu aspecto real, superando visões e análises parciais ou fragmentadas. Antes de dar início a esta jornada, buscamos esclarecer também aqui o porquê de utilizarmos a

denominação “adolescente” quando nos referimos ao público alvo desta pesquisa. Quando nos referimos a estas pessoas com idades compreendidas entre 12 e 18 anos como adolescentes, nos baseamos no Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei Nº 8069/90), que é o conjunto de normas da legislação brasileira que tem como objetivo a proteção integral das crianças e adolescentes brasileiros.

Segundo Iamamoto (2015), Marx reconhece em sua pesquisa a história como ciência fundamental, capaz de compreender tanto a natureza quanto o mundo dos homens. Assim, a historicidade é aqui entendida como toda a produção humana, em seu sentido mais amplo. Esta produção se dá em seus processos de trabalho, de transformação da natureza e nas relações humanas, que são construções sócio históricas, afirmando a posição do homem como ser social. Contudo, suscitou a indagação de uma reflexão sobre quais seriam os indícios e aspectos de comportamento do indivíduo que poderiam sinalizar a tentativa ou concretização do suicídio e como a estrutura capitalista influencia a disseminação desta violência na sociedade.

Enquanto inserido em sociedade, o homem vivencia relações das mais simples às mais complexas, como a alienação e a exploração do trabalho. Assim, as análises não devem ser realizadas no campo da imediatez, deve-se buscar mediações com o objetivo de desvendar o fenômeno para além da forma como se apresenta. Analisar e compreender as relações na sociedade capitalista pressupõe apreender a formação econômico-social na sua totalidade concreta, como reprodução, no pensamento, da realidade apreendida em suas múltiplas determinações (Iamamoto, 2015), permitindo assim uma aproximação com a realidade a partir da análise da totalidade.

Assim, baseadas no método crítico dialético e por meio da pesquisa bibliográfica e da pesquisa de campo, buscamos fugir do senso comum, nos aprofundando nas questões pertinentes ao suicídio entre adolescentes. Procuramos assim encontrar os fundamentos desta questão por meio de uma análise que vai além do que está posto na realidade, buscando a essência do problema de pesquisa.

O método crítico dialético possibilita o movimento que parte do real (concreto), que é a síntese das múltiplas determinações para a abstração, para assim chegarmos ao concreto pensado, que é o caminho de volta que permite a reprodução do pensamento.

3.1.2 – TIPO DE PESQUISA

Estudo de caráter exploratório, bibliográfico e descritivo. Busca um aprofundamento sobre o tema proposto para que assim seja possível analisar, observar, registrar e correlacionar os aspectos identificados sem manipulá-los.

A exploração bibliográfica e documental, nos possibilitou fazer um resgate das principais contribuições teóricas sobre o assunto pesquisado a fim de construir um conhecimento científico escavado referente a temática.

Para além de isso, esta pesquisa, assumiu também um caráter de levantamento de dados, visto que, foi necessário realizar uma análise quantitativa de determinadas características da população tida como público-alvo neste estudo.

Em busca de uma melhor apreensão da realidade que nos propomos a estudar, utilizamos como opção metodológica a abordagem quali-quantitativa. Entretanto, a análise quantitativa terá o necessário exemplificar em números, o problema central da nossa pesquisa, buscando uma melhor visualização dos objetivos. A abordagem qualitativa se dá de forma complementar à quantitativa, pois ela dará conta de abordar questões que não se alcançam pelos métodos quantitativos. Como explicita Minayo

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (MINAYO, 1993, p. 21)

A abordagem quantitativa, nos permitiu analisar e interpretar por meio de perfis e números as informações de forma mais detalhadas acerca das tentativas e/ou concretizações de suicídios entre os adolescentes atendidos no campo empírico.

Contudo, esta investigação nos permitiu um olhar mais abrangente sobre a realidade no cotidiano da equipe multidisciplinar no qual o assistente social está inserido, além de uma maior compreensão sobre o tema proposto.

Minayo (2002), descreve como as pesquisas qualitativa e quantitativa se complementam

A diferença entre qualitativo-quantitativo é de natureza. Enquanto cientistas sociais que trabalham estatísticas apreendem dos fenômenos apenas a região “visível, ecológica, morfológica e concreta”, a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas.

O conjunto de dados quantitativos e qualitativos, porém, não se opõem. Ao contrário, se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia. (MINAYO, 2002, p. 22)

Assim sendo, para dar conta de compreender a dinâmica do problema de pesquisa integralmente, consideramos necessária a utilização dessas abordagens.

3.1.3 – UNIVERSO/AMOSTRA

A pesquisa se desenvolveu com base nos dados coletados na UPH-Saracuruna (Unidade Pré-Hospitalar - Saracuruna), no Programa de Saúde do Adolescente(PRO SAD), por meio de Fichas Sociais dos 35 (trinta e cinco) adolescentes atendidos como uma forma de analisar o perfil deste público considerando a idade, se frequentam a escola, suas motivações para o comportamento suicida e os meios utilizados para os atos, e também através das informações coletadas por meio de entrevistas realizadas com a equipe do programa, composta por: 2(duas) Assistentes Sociais, 2(duas) Enfermeiras, 1(uma) Psicóloga, 1(um) Médico Psiquiatra, 1(um) Médico Ginecologista e um Pediatra. Nas entrevistas com os profissionais que atuam na equipe multidisciplinar, temos 1(um) universo de 8 (oito) profissionais, e a amostra utilizada conta com 3 (três) profissionais.

3.1.4 – INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS

Os dados necessários à realização desta pesquisa foram coletados por meio das análises das Fichas Sociais dos adolescentes atendidos no Programa de Saúde do Adolescente, com o intuito de desenharmos o perfil dos usuários atendidos. Além disso, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com a equipe multidisciplinar do campo empírico. As entrevistas visam conhecer o trabalho realizado pelos profissionais que atuam diretamente com os adolescentes atendidos no Programa de Saúde do Adolescente e mais especificamente com os adolescentes com ideias suicidas.

Como meio de proteção das informações e garantia de uma pesquisa ética, serão utilizados os seguintes documentos: Carta de solicitação de autorização de pesquisa, Termo de autorização para realização de pesquisa e Termo de consentimento da entrevista.

3.2 ANÁLISE DE DADOS

Os dados analisados a seguir foram obtidos através da pesquisa realizada no campo empírico UPH-Saracuruna (Unidade Pré Hospitalar Saracuruna). Para tal análise, utilizamos as informações obtidas nas Fichas Sociais dos adolescentes atendidos na unidade de saúde, e também as entrevistas realizadas com os profissionais que integram o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) na unidade.

Desta forma, a análise de dados teve o cuidado de construir uma reflexão sobre essa realidade se utilizando dos dados coletados.

Ao darmos início a esta pesquisa de cunho exploratório no campo empírico, vale ressaltar os entraves com que nos deparamos na coleta destas informações com os profissionais que compõem a equipe multidisciplinar frente às demandas que envolvem o suicídio, tema sobre o qual nos propomos abordar neste processo de investigação. Os entraves estão relacionados à falta de interesse em participar da pesquisa, e também à indisponibilidade de tempo para que estes profissionais pudessem contribuir para a pesquisa, devido às requisições demandadas em seu campo de trabalho e pela alta pela procura dos atendimentos prestados nesta Unidade Pré hospitalar. Alguns profissionais deixaram de participar das entrevistas, portanto, dos oito profissionais inseridos na equipe multidisciplinar do PROSAD, como amostra, apenas três puderam ou quiseram contribuir com a pesquisa.

Outro entrave encontrado na realização da pesquisa foi o preenchimento incorreto das Fichas Sociais, utilizadas como recurso de pesquisa. Muitas vezes as fichas encontravam-se com muitas informações não preenchidas pelo profissional responsável, o que pode resultar em uma análise deficiente dos dados necessários à pesquisa. Este incorreto preenchimento das Fichas Sociais nos leva a refletir sobre o dia a dia destes profissionais, principalmente do Assistente Social, que é um dos principais responsáveis por este preenchimento. Os profissionais encontram-se em um momento de negação e esvaziamento das políticas públicas, onde cada profissional recebe uma demanda muito maior do que o ideal, muitas vezes não conseguindo atender da melhor forma os usuários, não conseguindo tempo para realizar uma escuta qualificada. Guerra (2009), enfatiza a importância de se desenvolver uma dimensão teórico-metodológico o qual requer e exige a profissão. Outro fator pode ser a falta de conhecimento do profissional sobre a importância do preenchimento correto das Fichas Sociais, devendo assim serem pensadas estratégias para garantir a conscientização destes profissionais quanto a necessidade de uma escuta qualificada e do correto preenchimento das documentações institucionais.

Por questões éticas, os adolescentes cujas fichas sociais foram analisadas não serão identificados. Os profissionais entrevistados foram mantidos no anonimato, e para que não se sintam expostos, utilizaremos a identificação por meio de caracteres alfabéticos posteriores às suas profissões.

3.2.1 PERFIL DOS ADOLESCENTES ATENDIDOS

Por meio da coleta de dados através da Fichas Sociais dos adolescentes atendidos na UPH - Saracuruna, procuramos observar o perfil dos adolescentes que foram atendidos nesta unidade.

Verificamos que nos anos de 2018 e 2019 foram atendidos 35 (trinta e cinco) adolescentes com ideações suicidas, que haviam tentado o suicídio ou que haviam se auto violentado. Deste total, 26 (vinte e seis) são do sexo feminino e 9 (nove) do sexo masculino, tendo idades compreendidas entre 12 e 18 anos, como demonstrado nos gráficos I e II:

Gráfico I – Gênero dos adolescentes atendidos

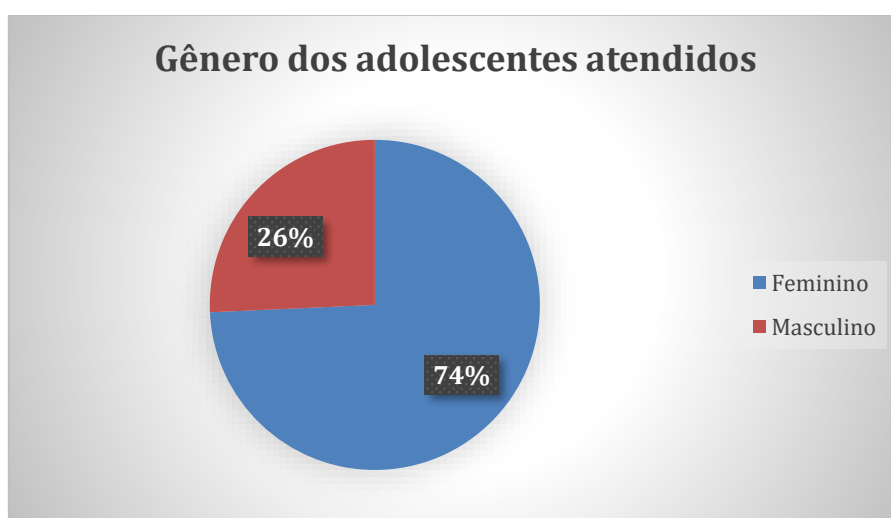
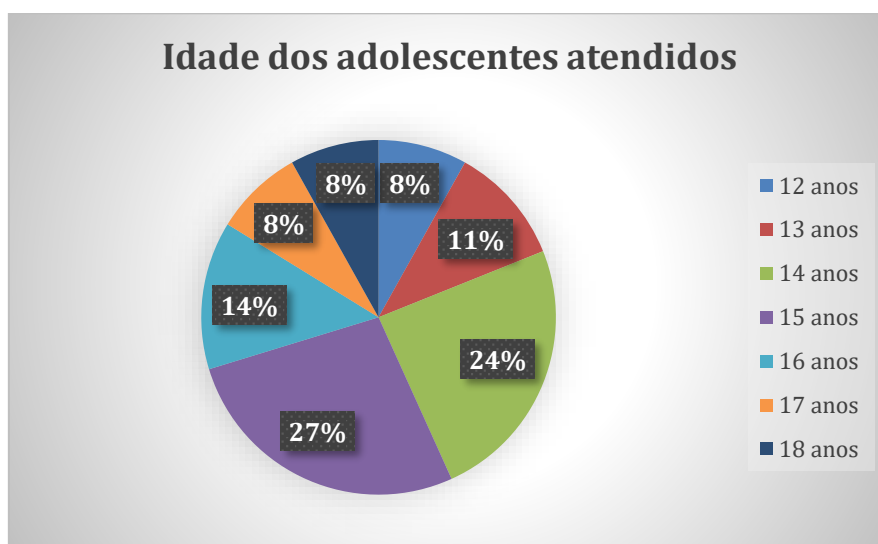


Gráfico II – Idade dos adolescentes atendidos



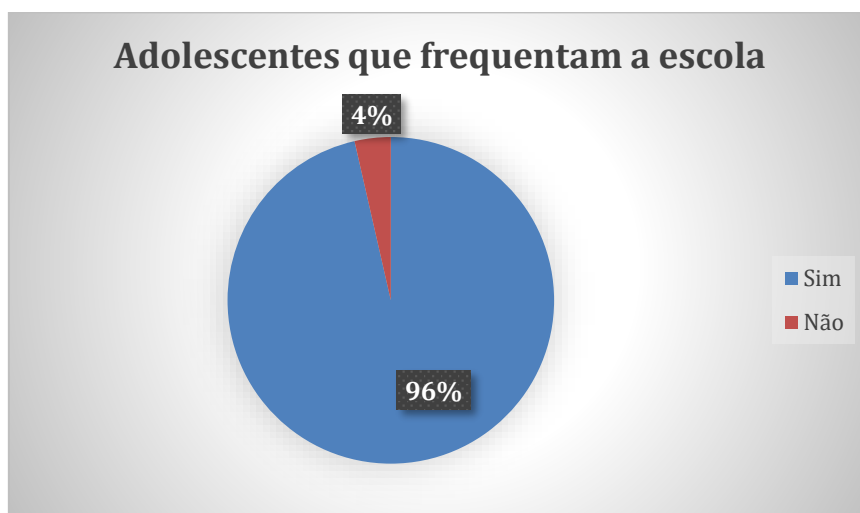
Observamos que a maior parte dos adolescentes que procurou atendimento na UPH- Saracuruna neste período é do sexo feminino.

Além de considerar o fato de que a maior parte da população brasileira é do sexo feminino, o que poderia explicar este dado. Podemos considerar também os fatores sociais, como as cobranças sobre as mulheres desde muito jovens, e o machismo. Para Machado (1999), homem e mulher são categorias sociais construídas historicamente e não se restringem a características biológicas, mas possuem “implicações psicológicas e culturais”. Visto isso, são estabelecidos comportamentos para serem exercidos pelos indivíduos a partir das vivências, relações sociais e culturais.

Quanto às idades, constatamos que há um maior índice de tentativas de suicídio e violências autoprovocadas entre os adolescentes com idades de 14, 15 e 16 anos, período do meio da adolescência. O que nos leva a refletir conforme aponta a OPAS/MS (2017), que os fatores que ocorrem nesta fase adolescência podem realmente interferir no âmbito psicológico, sendo assim, identifica-se essa fase como um período da vida de mudanças intensas.

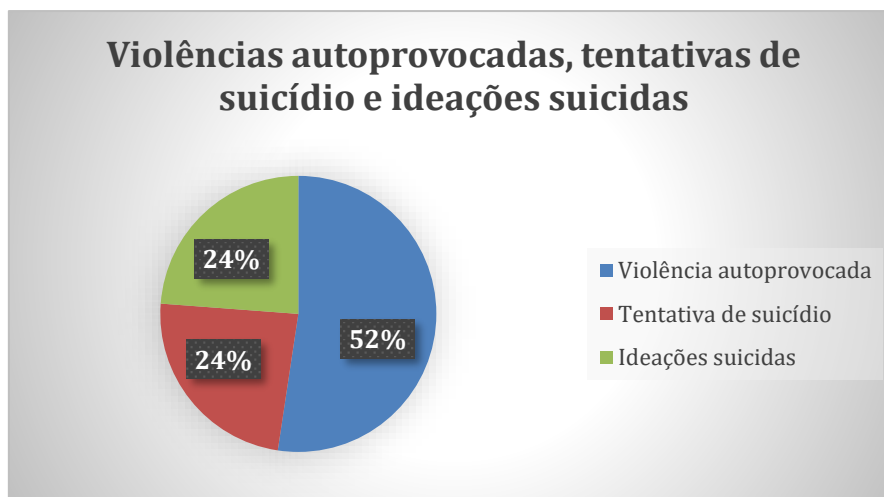
Segundo informações contidas nas Fichas Sociais, praticamente todos os adolescentes atendidos relatavam estar frequentando regularmente a escola, sendo que apenas um destes adolescentes informou não frequentar a escola regularmente, como demonstrado no Gráfico III.

Gráfico III – Adolescentes que frequentam a escola



O gráfico IV, abarca informações coletadas por meio da análise das Fichas Sociais, onde foi constatado que dentre o total de 35 adolescentes o maior índice está relacionado a violência autoprovocadas.

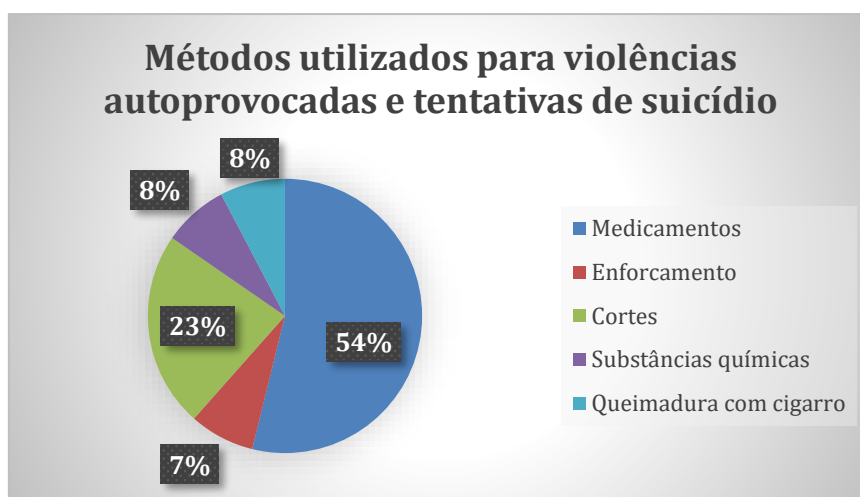
Gráfico IV – Violências autoprovocadas, tentativas de suicídio e ideias suicidas



Estas violências contra si, dentre outras formas de causar uma dor física, muitas vezes com o objetivo de suprimir uma dor emocional que estejam sentindo, podem ser caracterizados por uma depressão. Em um sentido amplo, para Botega (2015), quando o indivíduo não alcança o seu objetivo, os problemas emocionais tendem a aumentar quando para o mesmo a vida perde o sentido. Podem ser consideradas como crises existenciais e se agravam de acordo com a maneira que cada sujeito tem ao lidar com as turbulências movidas pelos sentimentos de raiva ou ansiedade, levando o mesmo a inclinação para um colapso existencial seguido por uma crise suicida. Além disso, este pode ser um recurso muitas vezes usado como forma de expressar sentimentos que estes adolescentes não sabem como exteriorizar.

Estas violências incluem automutilação e abuso de substâncias lícitas e ilícitas, por exemplo. Entre os meios utilizados pelos adolescentes para a tentativa de suicídio e para as violências autoprovocadas são citados: uso abusivo de medicamentos, enforcamento, cortes com facas e outros objetos, abuso de substâncias químicas e queimaduras com cigarro, como pode ser observado no Gráfico V.

Gráfico V – Métodos utilizados para violências autoprovocadas e tentativas de suicídio

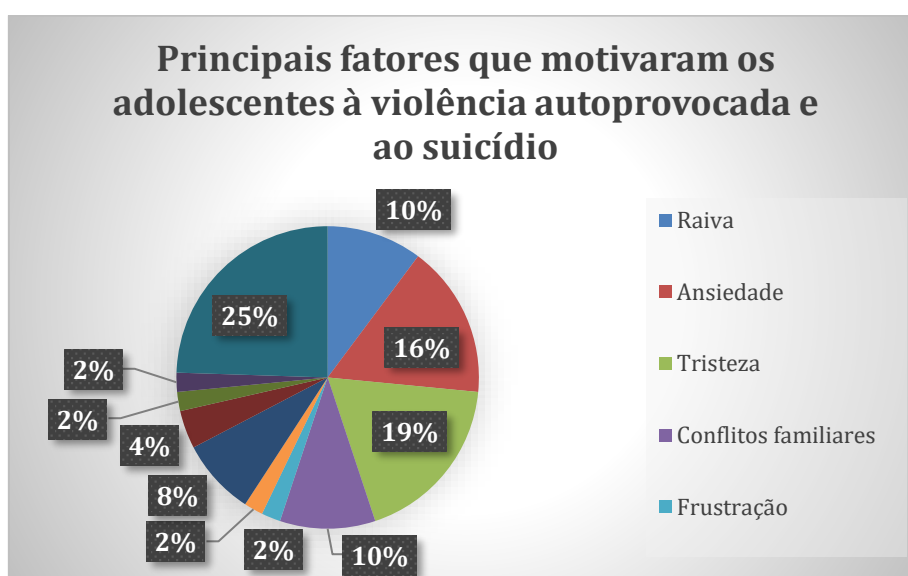


Observamos que em mais da metade das tentativas de suicídio e violências autoprovocadas os adolescentes recorrem ao uso de medicamentos, o que nos leva a refletir sobre a facilidade com que estes medicamentos são encontrados e acessados por pessoas que não tem maturidade para lidar com essa disponibilidade. Medicamentos são substâncias que, embora lícitas, devem ser controladas e armazenadas em locais seguros, pois como observado nesta pesquisa, a ampla disponibilidade e o uso incorreto podem causar sérios danos à vida.

Ao analisarmos as Fichas Sociais, observamos que os adolescentes citam como motivações para tais atos os sentimentos de tristeza, ansiedade e raiva, os conflitos familiares, o isolamento, as dificuldades no processo de aprendizagem, o sofrimento, processos de compulsão alimentar, a frustração e o bullying. Como reafirma Botega (2015), as novas tecnologias representam formas de contribuir para condutas nocivas, quando por exemplo se comete bullying virtual. Sendo assim, o projeto de lei citado pela Deputada Federal Flávia Moraes que propôs o projeto no qual viabiliza a possibilidade de ampliação da pena sobre os aproveitadores que se mantêm ocultos induzindo outrem à autolesão, devem merecer caráter penal. Este projeto pode ser considerado de suma importância como contribuição positiva nas formas de prevenção e enfrentamento no âmbito da sociedade. Estes motivos aparecem em maior número entre as respostas dos adolescentes, nos levando a crer que o motivo das tentativas de suicídio e violências autoprovocadas seja principalmente o fato de os adolescentes não serem capazes ainda de lidar com seus sentimentos diante das cobranças da sociedade e com as dinâmicas sociais contemporâneas. Para o Conselho Federal de Medicina (2014), o abuso de substâncias associadas a quadros psicológicos problemáticos pode ser letal, pois os efeitos das substâncias associados à sintomas depressivos e à confusão de sentimentos podem

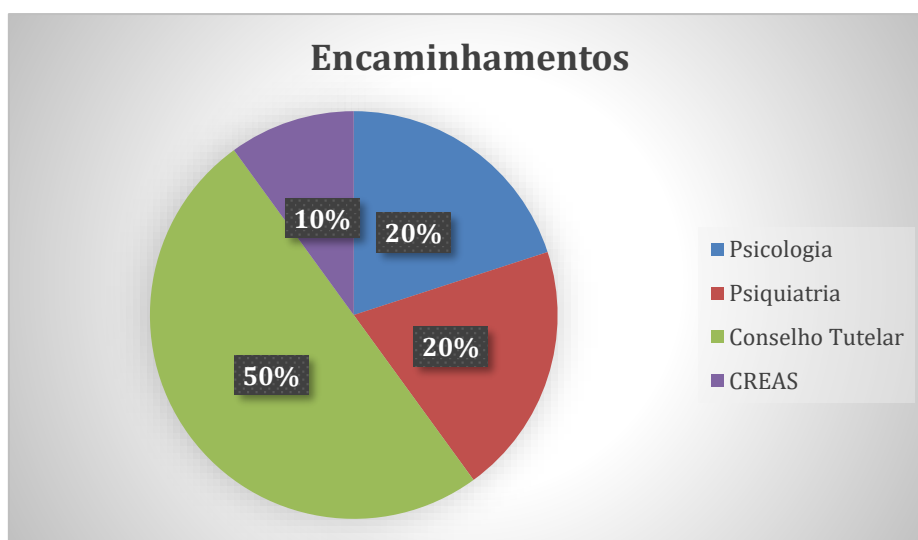
resultar em suicídio, como um somatório de fatos provenientes do cotidiano. Além destes motivos, são mencionados também como motivações, embora em menor número: o estresse, a depressão, o jogo Baleia Azul, a necessidade de demonstrar agressividade, a decepção, a violência doméstica, a insônia, e sentimentos de irritabilidade e rebeldia. Estes resultados são demonstrados no Gráfico VI, e os motivos citados em menor número são apresentados no gráfico como “Outros”.

Gráfico VI – Principais fatores que motivaram os adolescentes à violência autoprovocada e ao suicídio



Constatamos que todos estes adolescentes foram inseridos e recebem acompanhamento pela equipe multidisciplinar do Programa de Saúde do Adolescente, e além disso, conforme a necessidade de cada caso também são encaminhados a determinadas especialidades profissionais como a Psicologia e a Psiquiatria, e órgãos como o Conselho Tutelar e o CREAS (Centro de Referência da Assistência Social). A maior parte dos casos de adolescentes que tentam o suicídio ou praticam a violência autoprovocadas e são atendidos na UPH-Saracuruna, é encaminhada ao Conselho Tutelar, como deve ser feito, pois este deve ser o órgão responsável pela garantia dos direitos de crianças e adolescentes. Entende-se que o Conselho Tutelar deve ser capaz de atender estes adolescentes e suas famílias da melhor forma possível, visando sua recuperação e garantindo que estas vidas estejam protegidas e com seus direitos resguardados. As informações sobre os encaminhamentos são demonstradas no Gráfico VII:

Gráfico VII - Encaminhamentos



Ao final desta análise ressaltamos que muitas vezes, devido ao não preenchimento completo da ficha pelo profissional responsável, não foi possível coletar as informações de forma completa e satisfatória, pois dados considerados importantes, como escolaridade ou meio utilizado para a auto violência foram omitidos pelo profissional que preencheu a ficha naquele momento. Dado exposto

É inegável que para a profissão, considerando o nível de complexidade dos fenômenos com os quais se defronta e o nível de complexidade que ela mesma alcançou nas últimas décadas, é mister o conhecimento mais aproximativo possível da realidade social na qual atua, de maneira contínua, provisória, histórica, de modo que deve desenvolver sua dimensão teórico-metodológica. Esta dimensão, a nosso ver, tem que se constituir, cada vez mais, em uma requisição e exigência profissional (GUERRA, 2009, p.86).

Entendemos que o profissional de Serviço Social e todos os demais profissionais que atuam diretamente no atendimento de pessoas não devem realizar este atendimento de forma mecânica, não devem ser presos ao mero preenchimento de fichas e não devem tratar o usuário como dados, apenas. Entretanto, acreditamos que através de uma escuta qualificada é possível realizar um atendimento eficiente no sentido de atender ao usuário com respeito e empatia, e também no sentido de conduzir o atendimento com o objetivo de coletar informações que são essenciais à continuidade do acompanhamento. Além disso, ao atuar em uma equipe multidisciplinar, é essencial que os profissionais preencham as informações com riqueza e clareza, contribuindo assim com o bom andamento do próprio trabalho e também com o dos colegas.

3.2.2 EIXO I - A CONCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS ATUANTES EM EQUIPE MULTIDISCIPLINAR SOBRE O CONCEITO DE SUICÍDIO

Sobre o surgimento da expressão “Suicídio”, não é possível determinar quando exatamente ocorreu. Entretanto, concordamos em seguir a mesma linha de pensamento de autores que ao falarem sobre o tema, afirmam que discutir a demanda suicídio requer uma atenção e intervenção que deve envolver várias especialidades profissionais, sendo da área da saúde ou não. De acordo com o Guia de Avaliação do Risco e Prevenção de Suicídio (2016), “O suicídio é visto, frequentemente, como o resultado de um processo de decisão onde se consideram os aspectos positivos e negativos em estar vivo, chegando-se à conclusão que é melhor morrer” (SMS; 2016, p.05). Sendo assim, identifica-se que o ato de se suicidar é visto pelo indivíduo como uma saída para todos os problemas que porventura este esteja por enfrentar, e uma vez que, este perde a capacidade de retomar o controle de suas emoções e encontra no suicídio uma solução única.

A Enfermeira A afirma que o suicídio é “Um ato intencional de se matar, seja por distúrbio psicológico, psiquiátrico, uso de substâncias ilícitas, dentre outras”.

Ao abordamos sobre o conceito de suicídio na concepção dos profissionais atuantes em equipe multidisciplinar frente a esta demanda na UPH-Saracuruna, a Enfermeira A, com base nos atendimentos prestados aos adolescentes, conceitua o suicídio como qualquer ato que estes adolescentes venham a cometer que ponha em risco a própria vida, este pode ser considerado intencionalmente como um desejo de pôr fim a vida, sendo esta vontade manifestada por transtornos mentais, comportamentais e vícios em substâncias de uso ou comercialização considerados proibidos. Para o Conselho Federal de Medicina (2014), o abuso de substâncias associadas a quadros psicóticos problemáticos pode ser letal, pois os efeitos das substâncias associados a sintomas depressivos e à confusão de sentimentos podem resultar em suicídio, como um somatório de fatos provenientes do cotidiano.

Para a Assistente Social A, o suicídio

Significa desespero, fim da linha de quem perdeu a esperança de viver por não conseguir dar conta de seus problemas emocionais. Para alguns o suicídio significa uma maneira de eliminar o problema, e não eliminar a vida. Certo dia perguntei a um adolescente que ingeriu medicamentos sem prescrição: ‘ao ingerir os comprimidos, você quis morrer?’. Ele respondeu: ‘Eu não quis morrer, eu só queria dormir’. Ou seja, a questão apresentada era a insônia. Outra adolescente se mutilou. Fiz a pergunta ‘O que levou você a se machucar?’. Ela respondeu ‘Eu quis sentir uma dor maior do que a que eu estava sentindo’. Na adolescência muitas vezes o desejo não é de morte, e sim de se livrar de algo existencial. Por isso é necessário um acompanhamento psicossocial, visando a saúde física e mental, para que se evite a tragédia das vias de fato.

Sendo assim, a Assistente Social A afirma que os adolescentes recorrem ao suicídio quando já esgotadas todas as possibilidades. Segundo o psicólogo Jensen (2015, p. 397) “a adolescência é um período de maior reação ao estresse, o que talvez explique, em parte, por que os transtornos da ansiedade, inclusive a síndrome do pânico, surgem tipicamente durante a puberdade”.

O adolescente pode se encontrar em um estado de consciência onde o mesmo se julga incapaz de qualquer ação contrária a atentar sobre sua própria vida, mas em contrapartida, muitos ao admitirem que ao sentirem uma dor interna optam por uma lesão autoprovocada com o intuito de se livrar desta dor somente e não por ações que os levem à morte. Uma lesão autoprovocada pode vir a ser praticada sem estar associada a uma tentativa de suicídio, onde o indivíduo que se auto lesiona pode apenas ter a ideia de aliviar um sofrimento, conforme afirma o Guia de Avaliação do Risco e Prevenção de Suicídio (2016). O Assistente Social deve buscar em seu atendimento identificar as situações de vulnerabilidade: às doenças graves; a ansiedade; crise conjugal e familiar; luto; uso de álcool e outras drogas; a tentativa prévia de suicídio; a doença mental; a impulsividade; a idade, pois constata-se o aumento dos casos de suicídio entre os jovens e os idosos; as relações de gênero, sendo os óbitos por suicídio três vezes maiores entre os homens do que entre as mulheres e as tentativas mais presentes entre as mulheres; doenças clínicas não psiquiátricas; eventos adversos na infância e na adolescência, como abuso sexual e físico, maus tratos; história familiar e genética de suicídio e fatores sociais (CFM, 2014). Com isso, os fatores se diferenciam das ações que levam a esta tomada de decisão quando analisam os aspectos negativos e positivos.

Visando evitar novas tentativas de suicídio e tratamento dos fatores também sobre as ideações suicidas, ao buscar atendimento é importante que para além da atuação profissional da equipe multiprofissional, seja feita também uma articulação intersetorial. Com isto, o Conselho Federal de Medicina (2014) destaca que a escola se torna local privilegiado para a identificação de situações problemáticas relacionadas ao suicídio, onde os profissionais da educação podem lançar estratégias pedagógicas para prevenção do suicídio e realizar encaminhamentos quando necessário. Contudo, é extremamente necessária a articulação dos serviços de saúde mental como a Atenção Básica em Saúde, por isso, inclui-se neste processo o Programa Saúde da Família, onde cada equipe composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde está responsável por acompanhar diretamente um determinado número de famílias.

Este acompanhamento próximo das famílias contribui na identificação de transtornos mentais, sofrimentos psíquicos e situações como abuso de álcool e drogas. Articulando-se as

equipes dos CAPS com as equipes de atenção básica à saúde, é possível criar estratégias conjuntas de ações e enfrentamento destas situações, reduzindo danos e aumentando a mobilização no sentido da reabilitação psicossocial.

Segundo a Assistente Social B, de acordo com sua vivência profissional, o suicídio se dá “Em decorrência de dor e sofrimento derivados da falta de atenção, não achar motivo para viver, conflitos familiares”.

É necessário que haja estudo de caso e estudo socioeconômico, para que assim o Assistente Social possa conhecer a realidade de seus usuários e consiga elaborar estratégias de intervenções frente a estas demandas. Quando passamos por mudanças que são intrínsecas ao longo de nossas vidas devido às adversidades que acompanham cada ser humano em seu processo de desenvolvimento, uma fase de evolução transitória pode desencadear crises denominadas vitais, que quando insuportáveis propiciam o suicídio. Contudo, “ambas as situações provocam dor psíquica intolerável e, como consequência, pode surgir o desejo de interrompê-la por meio da cessação do viver” (Botega, 2015, p. 13).

Por todos esses aspectos, considera-se o comportamento suicida um somatório de ideias sobre diferentes circunstâncias, planejamento ou a ação do pensamento que resulta em morte, e segundo o Conselho Federal de Medicina (2014), deve-se construir ações de enfrentamento junto a toda equipe na prevenção ao suicídio.

Neste processo de pesquisa, ao questionarmos os profissionais que integram a equipe multidisciplinar sobre a sua concepção de suicídio, em alguns momentos os encontramos sem respostas. Este parece um questionamento simples, afinal, todos sabem o que é o suicídio em nossa sociedade. Entretanto, nossa intenção com esse questionamento foi a de levar a uma reflexão dos profissionais sobre esta demanda, pois em alguns momentos as ações rotineiras podem levar a uma naturalização das demandas e dos problemas vivenciados pelos usuários. Entendemos que com o passar do tempo e com o hábito da prática, muitas coisas podem passar despercebidas pelo atendimento destes profissionais.

Além disso, objetivamos também conhecer a visão dos profissionais sobre o suicídio para assim promover uma reflexão sobre as diferenças entre os profissionais de diferentes especialidades. Embora atuando em equipe multidisciplinar, com objetivos em comum, os profissionais mantêm a individualidade de sua especialidade; assim, o Assistente Social priorizará a observação dos aspectos sociais e familiares, enquanto o Enfermeiro priorizará a resolução das questões mais imediatas de saúde. A união destes saberes e objetivos profissionais conduz a um melhor atendimento ao usuário.

3.2.3 EIXO II - OS PRINCIPAIS FATORES DETERMINANTES QUE LEVAM OS ADOLESCENTES A TENTAREM E/OU CONCRETIZAREM O SUICÍDIO, NA CONCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUE COMPÕEM A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

Identificamos que podem existir diversas causas para a tentativa ou até mesmo a concretização do suicídio entre pessoas de todas as idades, inclusive para os adolescentes. A ideação suicida pode ser motivada por sofrimentos psíquicos, o que não pode jamais ser ignorado, entretanto, temos como foco principal da pesquisa os males causados pela estrutura social capitalista.

A Enfermeira A, em sua vivência no atendimento aos adolescentes, percebe como motivos para a tentativa de suicídio “Medo, insegurança, raiva, uso de drogas, violência”.

Os adolescentes encontram-se em um momento de vida que é repleto de transições. Do mundo infantil ao mundo adulto, com uma série de pressões próprias da sociedade capitalista: a necessidade de definir uma futura profissão, os anseios dos pais sobre seu futuro, a descoberta de sua sexualidade e afetividade, o contato com a competitividade através dos vestibulares, entre outros aspectos. Todos estes e também outros fatores podem desencadear uma série de sentimentos e pensamentos com os quais os adolescentes não conseguem lidar, levado assim a decisões como a de ferir a si mesmo, ou até colocar fim à própria vida.

De acordo com a fala da Enfermeira A, percebemos que estes fatores são perceptíveis na vivência dos adolescentes, que se sentem a todo o tempo inseguros, o que pode levá-los a decisões impulsivas e drásticas.

A Assistente Social C relata sobre os principais motivos que levam os adolescentes à tentarem o suicídio ou provocarem violências contra si mesmos

Muitos mencionam um fator comum, expressam dor e sofrimento. Apresentam questões que os mesmos não conseguem administrar: falta de comunicação no ambiente familiar, bullying, relacionamentos conturbados e conflitos familiares

A Assistente Social B contribui para a reflexão

O adolescente possui dificuldade de expressar seus sentimentos, os adolescentes fazem julgamentos precoces do que supostamente seus familiares iriam fazer diante de uma situação. Os familiares tem dificuldade de enxergar o sofrimento do filho, só se dão conta depois que acontece a tragédia. Um dos principais fatores é a falta de escuta, olhar e perceber que o adolescente está precisando de ajuda. Muitos pais tem como conceito dar casa, comida, educação, saúde e presentes, e não conseguem enxergar o filho. Muitas vezes eles precisam de um abraço, ser ouvidos, ser entendidos. A palavra chave é ‘entendido’, pois eles [os adolescentes] pressupõe que não serão entendidos

Diante da fala dos profissionais, compreendemos que estes adolescentes que chegam à UPH-Saracuruna demonstram a insegurança própria da idade como um fator determinante para a decisão do suicídio e da autoviolência. Além disso, outro fator determinante observado são as relações familiares fragmentadas. Entendemos que esta fragmentação das relações humanas se dá como uma característica da sociedade capitalista pós-moderna, onde o dinheiro, as “coisas”, os bens materiais e consumíveis ganham prioridade face às pessoas e às relações humanas, causando assim distanciamentos e muitas vezes esta dor emocional relatada por muitos adolescentes.

O distanciamento entre as pessoas que é próprio da pós-modernidade, momento que vivemos, causa cada vez mais prejuízos aos indivíduos e às relações sociais. Priorizar o “ter” e não o “ser” causa nas pessoas estes sentimentos de insuficiência, principalmente aos adolescentes, pois é nesta fase da vida que começam a participar e entender o mundo adulto.

Outra característica da pós-modernidade é o avanço das tecnologias, proporcionando assim uma facilidade de comunicação global. Com o avanço das telecomunicações, da internet, redes sociais, aplicativos de celular e etc., as pessoas estão conectadas com o mundo, fazem amigos em todas as partes, compartilham seus gostos e pensamentos. Assim, o aprimoramento das tecnologias fez com que os indivíduos pudessem se comunicar com o mundo, entretanto, estas tecnologias também trazem a frieza de não ter realmente alguém por perto, alguém com quem contar. A amizade é virtual, efêmera, enquanto os problemas do indivíduo são reais e lhe falta alguém que realize uma escuta realmente ativa, que observe seu comportamento real e perceba que há algo errado.

3.2.4 EIXO III - AS PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PELA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NO ATENDIMENTO AOS ADOLESCENTES NA UPH.

Neste eixo abordamos as estratégias que são utilizadas pela equipe multidisciplinar durante os atendimentos referentes à questão do suicídio, um fenômeno complexo que afeta milhares de pessoas. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2000), uma pessoa coloca em execução a sua própria vida a cada 3 segundos. Em nível mundial, a cada 40 segundos uma pessoa comete suicídio.

Diante disto, a questão do suicídio deve ser considerada em sua totalidade, sendo necessário uma equipe multidisciplinar atuando de forma integrada nos atendimentos para que se tenha um processo de intervenção efetivo. O atendimento em equipe multidisciplinar aos adolescentes com ideações suicidas se torna fundamental no sentido de garantir que este indivíduo seja plenamente atendido em suas demandas.

A intersectorialidade é uma ferramenta fundamental para a consolidação do acesso às políticas públicas. Este trabalho deve ser realizado em equipe, sempre possibilitando a troca de informações com o objetivo de considerar o usuário em sua totalidade, fazendo uma análise da realidade social do mesmo e criando meios de enfrentamento para as diversas expressões da questão social apresentadas, evitando assim o atendimento fragmentado e focalizado.

Ao falar sobre o processo de atendimento aos adolescentes, a Assistente Social B esclarece:

O Protocolo para atendimento se dá primeiro pelo Serviço Social como porta de entrada, através da ficha social, inclusão no Programa do Adolescente, acompanhamento de consulta de enfermagem e social, com palestras educativas e preventivas, entrevista social e inclusão no programa de saúde mental, psiquiatria e psicologia.

Assim, compreendemos que o atendimento integral ao usuário, visando a identificação e o acompanhamento de todas as suas demandas deve passar pela atuação competente de uma equipe multidisciplinar que esteja em sintonia com seus objetivos. Desta forma é possível garantir aos usuários um atendimento eficaz que garanta seus direitos sociais e de saúde.

Ainda de acordo com a Assistente Social B, durante os atendimentos com os adolescentes são realizadas

Redes com os aparelhos do município, Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centros Especializados de Assistência Social (CREAS), Conselho Tutelar e Saúde e intercâmbios com a Fundec para os adolescentes do PROSAD, feito pela coordenação de Serviço Social da Saúde

A Enfermeira A relata que as principais estratégias utilizadas são

Principalmente trabalhar com a equipe multidisciplinar, com médicos, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde. Beneficiando e desenvolvendo projetos de vida, diminuindo os fatores de risco com drogas e violências, promovendo ações preventivas

Como abordado em nossa revisão de literatura, é relevante a articulação dos serviços de saúde mental com a Atenção Básica em Saúde, onde cada equipe deve estar composta por médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, contribuindo no enfrentamento das questões de drogas, abuso de álcool, transtornos mentais, sofrimentos psíquicos, assim reduzindo os danos.

Assim, é possível consolidar um trabalho em equipe que seja bem articulado com as demais redes, possibilitando que os usuários recebam atendimentos integrados, buscando

romper com a fragmentação, visto que há uma cultura enraizada em nosso país, de cunho assistencialista.

Observamos que dentre as ações dos profissionais que atuam nesta equipe multidisciplinar, está a parceria para encaminhamento ao Fundec (Fundação de Apoio à Escola Técnica, Ciência, Tecnologia, Esporte, Lazer, Cultura e Políticas Sociais de Duque de Caxias). Esta ação resulta do reconhecimento da necessidade de o adolescente estar inserido no ambiente de aprendizagem, e mostra que a articulação da rede está funcionando neste aspecto. Por outro lado, demonstra também a necessidade que a sociedade impõe sobre os adolescentes de estes escolherem uma profissão, com o objetivo de serem produtivos ao capitalismo e se integrarem à sociedade de consumo.

A Assistente Social C, afirma que:

A equipe multidisciplinar é composta por assistentes sociais, psicólogos, psiquiatras e enfermagem. Os profissionais tem sua atuação voltada aos casos de suicídio ou tentativa. São feitas notificações ao núcleo de violência dos casos, solicitações de atendimento psicológico, avaliação da psiquiatria aos adolescentes atendidos, sendo feitas as articulações e acompanhamentos no Programa do Adolescente. Realizando a inclusão no Programa Saúde Mental, onde a equipe multidisciplinar da unidade realiza troca de saberes sobre as atividades desenvolvidas.

Desta forma é possível alcançar de forma integrada e articulada a efetivação dos direitos dos usuários, proporcionando melhores condições de vida para os adolescentes que tentam o suicídio e não concretizam. E com a troca de saberes entre a equipe, como relatado pela Assistente Social B, possibilita a construção de ações de enfrentamento junto com toda a equipe multidisciplinar frente a questão da prevenção ao suicídio. Ampliando também a comunicação entre as demais políticas sociais, superando os atendimentos fragmentados.

Assim, “a intersetorialidade contribui para a criação e reconhecimento de saberes resultante da integração entre as áreas setoriais”. (Nascimento, 2010, p. 101), possibilitando que as políticas setoriais dialoguem uma com as outras, respeitando as particularidades de cada setor, criando espaços de informações sobre cada um deles.

O trabalho em rede tem como objetivo integrar as políticas sociais, ampliando a comunicação entre os setores, assim, superando as práticas fragmentadas nos atendimentos. É necessário analisar as questões dos indivíduos em sua totalidade, para que todos tenham acesso a seus direitos de forma qualificada.

3.2.5 EIXO IV - OS LIMITES E POSSIBILIDADES VIVENCIADOS PELA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NO ATENDIMENTO AOS ADOLESCENTES QUE TENTARAM E/OU CONCRETIZARAM O SUICÍDIO.

O assistente social enfrenta diversos limites e desafios que dificultam a efetivação dos atendimentos. Dentre eles, torna-se um desafio conseguir realizar um acompanhamento com os familiares ou responsáveis, visto que, o assistente social é um profissional que atua diretamente com as famílias, visando o fortalecimento dos vínculos familiares, fortificando os laços familiares e afetivos.

Durante a entrevista com um dos profissionais da equipe, identificamos este desafio durante os atendimentos na fala da Assistente Social C, que relata ser um dos limites “a resistência da família, não reconhecendo a doença, sendo tratada como frescura”.

A presença de um familiar é relevante, pois assim é possível compreender e conhecer o contexto familiar de cada usuário, prestando orientações e encaminhamentos para as diversas políticas públicas, para que assim possa ter uma intervenção ampliada, atendendo não apenas as demandas do adolescente, mas sim as questões da família, que por vezes é o que está desencadeando as tentativas de suicídio pelos adolescentes.

O Assistente Social deve buscar em seu atendimento identificar as situações de vulnerabilidade: as doenças graves; a ansiedade; crise conjugal e familiar; luto; uso de álcool e outras drogas; a tentativa prévia de suicídio; a doença mental; a impulsividade; a idade, pois constata-se o aumento dos casos de suicídio entre os jovens e os idosos; as relações de gênero, sendo os óbitos por suicídio três vezes maiores entre os homens do que entre as mulheres e as tentativas mais presentes entre as mulheres; doenças clínicas não psiquiátricas; eventos adversos na infância e na adolescência, como abuso sexual e físico, maus tratos; história familiar e genética de suicídio e fatores sociais (CFM, 2014). A identificação destes fatores muitas vezes se torna um desafio à atuação do profissional, seja devido à dificuldade de construir um vínculo com os usuários, ou também devido ao pouco tempo que este profissional dispõe para o atendimento, diante das requisições institucionais e da alta demanda por atendimento.

Outro fator que dificulta a efetivação dos atendimentos é a ausência da intersectorialidade, que é uma ferramenta e mecanismo fundamental para a consolidação do acesso às políticas públicas, sendo um trabalho que deve ser realizado em equipe, possibilitando a troca de informações.

Como relatado na fala da Assistente Social B, “O Serviço Social deve intervir para conseguir encaixar um caso de tentativa de suicídio, mas nem sempre conseguimos devido a uma grande demanda”.

Assim, observamos que o alto número de solicitações de atendimento também se apresenta como um limite na atuação do Assistente Social, pois num contexto de diminuição de investimentos em saúde pública, os profissionais se encontram com excesso de requisições e uma ampla gama de usuários a serem atendidos, nem sempre sendo possível atender de forma qualificada a todos.

Uma possibilidade observada para as ações profissionais é justamente a boa comunicação entres os profissionais da equipe multidisciplinar e sua boa articulação na troca de informações e de ações conjuntas. Além disso, as reuniões com os adolescentes e suas famílias podem ser uma forma de driblar o pouco tempo de atendimento individual, pois por meio das ações com grupos que estejam vivenciando situações semelhantes é possível construir uma intervenção de qualidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo nos permitiu um conhecimento aprofundado sobre a questão do suicídio, tendo em vista os fatores que levam os adolescentes à tentarem e/ou concretizarem o ato. Buscamos por meio desta pesquisa também romper com a concepção de suicídio do senso comum, pois procuramos considerar não só fatores psicológicos e emocionais, mas principalmente os fatores sociais e como estes influenciam os indivíduos, visto que buscamos a priori entender como o suicídio está manifestado em diversas culturas e sociedades.

A partir de toda pesquisa bibliográfica e análise de dados que contribuíram de forma indispensável para este trabalho monográfico, entendemos que a relação contraditória do capitalismo, entre classes dominantes e a classe trabalhadora gera grande impacto sobre a sociedade e sobre os indivíduos particularmente, levando-os muitas vezes a medidas extremas como o suicídio, motivados por sentimentos de inferioridade, fracasso, não pertencimento, entre outros.

De acordo com a teoria Marxista, base fundamental de todo o nosso pensamento, entendemos que o suicídio não é exclusivo da sociedade capitalista, mas, este processo de desigualdade que gera expressões da questão social contribui para que tal ato venha a ser praticado. Contudo, este fenômeno do suicídio deve ser analisado em sua totalidade, visto que, o homem é um ser social e as interações em sociedade influenciam seu modo de vida e suas decisões. Muitas vezes, como conseguimos identificar, ao concluir a análise do perfil dos adolescentes e também nos dados coletados por meio das entrevistas com os profissionais, os fatores sociais são determinantes para a ideação suicida e consequentemente a concretização do ato.

O fenômeno do suicídio é uma questão que vem se intensificando ainda mais, visto os números de suicídios crescentes. Segundo apontamentos da Organização Mundial da Saúde (2000), a cada 3 segundos uma pessoa coloca sua vida em execução. Apesar destes dados, ainda assim o suicídio não é debatido com intensidade e frequência, visto como um tabu em nossa sociedade. Este foi um dos desafios que encontramos para elaborar nossa pesquisa, pois não há um grande número de autores que discutam acerca do assunto, e principalmente autores no âmbito do Serviço Social.

Através dos resultados que obtivemos durante a pesquisa, compreendemos que se torna extremamente relevante discutir sobre o suicídio, entendendo de forma ampla os fatores que contribuem para prática deste ato entre os adolescentes, público que vem sendo muito afetado por este fenômeno.

Os avanços tecnológicos contribuíram positivamente para a sociedade contemporânea devido à sua praticidade. Porém, um aspecto negativo, é que esta tecnologia se coloca como uma arma letal para o público adolescente que fazem uso dos dispositivos midiáticos de comunicação cotidianamente, onde os riscos muitas vezes são ignorados ou até mesmo despercebidos pelos seus responsáveis.

Toda esta análise detalhada nos certifica que as demandas postas ao Serviço Social devem ser compreendidas e atendidas com um olhar para além da imediatividade, buscando a origem da questão, pois entendemos que toda demanda que se apresenta se fundamenta no plano social.

Objetivamos com esta pesquisa fomentar que o assistente social busque novas reflexões e consigam pensar estratégias de intervenção voltadas para a questão do suicídio, acerca de fortalecer também toda equipe de profissionais que atuam frente a esta demanda à incitar novas estratégias de ações mobilizadoras na política de Saúde que venham contribuir para um atendimento qualificado aos adolescentes, visto que, realizamos uma pesquisa voltada para este público-alvo. Somente assim será possível contribuir para a criação de uma sociedade menos excludente, mais democrática e com indivíduos plenos e em consciência de sua emancipação.

Toda esta análise detalhada nos certifica que as demandas postas ao Serviço Social devem ser compreendidas e atendidas com um olhar para além da imediatividade, buscando a origem da questão, neste atual contexto de diminuição e negação das Políticas Públicas, no qual visam resultados rápidos para atingir metas institucionais, caracterizando o assistente social como um tarefeiro, ou seja, um mero executor de ordens institucionais. Dado exposto, reafirma a importância de fortalecer a educação no âmbito da saúde por meio de ações de educação permanente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEPSS. Diretrizes Gerais para o curso de Serviço Social. Rio de Janeiro, 1996.

ANDRADE, Maria Derleide; MAIA, Lúcia de Fátima Rocha Bezerra; SILVA, Ana Lysia Mouta da; SILVA, Ana Paula de Lima; SILVA, Nayara Maciel da. Um Olhar sobre o suicídio: a inserção do Assistente Social no Projeto Apoio à Vida – PRAVIDA. Disponível em <http://uece.br/eventos/seminariosaudecoletiva/anais/trabalhos_completos/263-12819-22072016-223707.doc> Acesso em 4 abril 2019

ANDRADE, Roberta Ferreira Coelho de et al. Rede Socioassistencial e viabilização de direitos: desafios do Serviço Social. Amazonas, 2013. Disponível em <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo3/rede-socioassistencial-e-viabilizacao-de-direitos-desafios-ao-servico-social.pdf>>. Acesso em 20 out. 2018.

APPEL, Nicolle Montardo. O Assistente Social Inserido na Saúde Mental e suas estratégias de intervenção. Disponível em <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo8/oassistentesocialinseridonasaude-mentalesuasestrategiasdeintervencao.pdf>>. Acesso em 01 abril 2019.

ARAÚJO, Leonildo Braz de. Histórico UPH Saracuruna. [mensagem pessoal] Mensagem recebida por: <fabynascimento01@gmail.com> em 22 mar. 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio – Brasília: CFM/ABP, 2014. 52p. Disponível em <https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/suicidio_informado_para_prevenir_abp_2014.pdf>. Acesso em 15 nov.18.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. Políticas Sociais: Fundamentos e História. São Paulo: Cortez; 2011, 9.ed. (biblioteca básica de serviço social; v. 2).

BEZERRA, Juliana. Fases do Capitalismo. Toda Matéria. 2011-2018 Disponível em <<https://www.suapesquisa.com/capitalismo/>>. Acesso em 09 set. 2018.

BISNETO, José Augusto. Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional. São Paulo: Cortez, 2007.

BOTEGA, Neury Jose. Crise Suicida: Avaliação e manejo [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Artmed, 2015. e-PUB

BRASIL. Centro de Referência de Assistência Social-CRAS. 2015. Disponível em <http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/unidades-de-atendimento/cras> Acesso em 19 out. 2018

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p. Disponível em <https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_06.06.2017/art_196_.asp>. Acesso em: 30 nov. 18.

BRASIL, Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 13 julho. 1990. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm> Acesso em 02. maio. 2019

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em 05 set. 2018.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm>. Acesso em 05 set. 2018.

BRASIL. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 8 dez. 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742compilado.htm>. Acesso em 8 out. 2018

BRASIL. Lei nº 10216, 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 da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 6 abril 2001. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em 08 out. 2018.

BRASIL. Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 26 abril 2019. Disponível em <<https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/702254747/lei-13819-19>>. Acesso em 09 mai. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Prevenção do Suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde/ Organização Panamericana de Saúde/ Universidade Estadual de Campinas, 2006.

BRASIL, Projeto de Lei 2007. Disponível em <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/82215>>. Acesso em 08 maio 2019.

BRASIL. Projeto de Lei 2017. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/pr_op_mostrarintegra?codteor=1551320>. Acesso em 24 nov. 18.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil, 2005. Disponível em <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf> acesso em 19 out. 2018.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate, 2003. Disponível em <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-3.pdf>. Acesso em 19 out. 2018.

BREDOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutive. Porto Alegre, 2010. Disponível em <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7384/5785>> Acesso em 16 abril 19

BROWNE, Thomas. Religio Medici, 1643. Disponível em <<http://www.ccel.org/b/browne/religio/cache/religio.pdf>>. Acesso em 06 out. 18

CAVALCANTI, Patrícia Barreto; BATISTA; Kátia Gerlânia Soares; SILVA, Leandro Roque. A estratégia da intersetorialidade como mecanismo de articulação nas ações de saúde e assistência social no município de Cajazeiras-PB. Anais do Seminário Internacional sobre Políticas Públicas, Intersetorialidade e Famílias. Porto Alegre, PUC/RS, v. 1, 2013. Disponível em <<http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/anais/sipinf/edicoes/I/9.pdf>>. Acesso em 14. out. 2018

_____. Centro de Referência Especializado de Assistência Social-CREAS. 2015. Disponível em <<http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/unidades-de-atendimento/creas>> Acesso em 19 out. 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2006000300012&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em 15 de out.18

CFESS. Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2010. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atualizacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf>. Acesso em 15 nov.18.

CANDIDO, Marcos. Pesquisando o suicídio, 2017. Disponível em <<https://revistatrip.uol.com.br/tpm/indice-de-suicidio-entre-mulheres-no-brasil-dayse-miranda-policia-militar-rio-de-janeiro>> Acesso em 15 jun.19.

CARVALHO; Fabiana Aparecida; O Serviço Social e a interdisciplinaridade; Revista Diálogos, vol. 18; n.2;ano 2012. Disponível em <<http://portalrevistas.ucb.br/index.php/RDL/article/viewArticle/3915>> Acesso em 9. out. 2018

CFESS MANIFESTA: Serviço Social na Saúde. Brasília, 8 de junho de 2009. Disponível em <<http://www.cfess.org.br/arquivos/seminariosaude2.pdf>>. Acesso em 19 out. 2018.

CUSTODIO, André Viana; SILVA, Cícero Ricardo Cavalcante da. A intersetorialidade nas políticas sociais públicas. UNISC, 2016 Disponível em <<https://portalrevistas.ucb.br/index.php/RDL/article/view/3915/2392>>. Acesso em 15 de out.2018

CVV- Centro de Valorização da Vida, 2017. Disponível em <<https://www.cvv.org.br/>>. Acesso em 14 out. 2018

DUARTE, M. J. O. Família, famílias: práticas sociais e conversações contemporâneas. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013; 03 ed.

DURKHEIM, Èmile. O suicídio: estudo sociológico. Trad. N. C. Caixeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 2000. 340p. (Publicado originalmente em 1897). Disponível em <<https://edisdisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=2107824>>. Acesso em 24 nov. 18.

EPIDEMIOLOGICO,boletim. Lesões autoprovocadas e suicídio. 2018. Disponível em <<http://riocomsaude.com.br/Publico/MostrarArquivo.aspx?C=j23hiT4%2BU4c%3D>>. Acesso em 15 jun. 2018

GUERRA, Yolanda. O conhecimento crítico na reconstrução das demandas profissionais contemporâneas. A prática profissional do assistente social: teoria, ação, construção de conhecimento. Myrian Veras Baptista, Odária Battini (orgs.). São Paulo: Veras Editora, 2009.

_____. Gestão do Sistema Único de Assistência Social (Suas). 2015. Disponível em <<http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/gestao-do-suas>> Acesso em 19 de out. 2018

HARVEY, David. Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. 17 ed. São Paulo: Loyola, 1992.

HEIDRICH, Andréa Valente. Reforma Psiquiátrica à Brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização. 2007. 205 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Disponível em <<http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/5100/1/000398635-Texto%2BCompleto-0.pdf>>. Acesso em 03 out. 2018.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade. In: CFESS-Conselho Federal de Serviço Social. Atribuições privativas do(a) assistente social. Brasília: Cfess, 2002, p.41

IAMAMOTO, Marilda Villela. Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 26 ed. São Paulo: Cortez, 2015.

INOJOSA, Rose Marie. Sinergia em Políticas e Serviços Públicos: Desenvolvimento Social com Intersetorialidade. Cadernos FUNDAP n.22, p.102-110, 2001.

JENSEN, F. E.; NUTT, A. E. O cérebro adolescente: guia de sobrevivência para criar adolescentes e jovens adultos. Rio de Janeiro: Editora Intrínseca LTDA, 2015.

JUNQUEIRA, Luciano Antônio Prates; INOJOSA, Rosa Marie; KOMATSU, Suely. Descentralização e intersectorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza. XI Concurso de ensayos del clad “el tránsito de la cultura burocrática al modelo de la gerencia pública: perspectivas, posibilidades y limitaciones”. Caracas, 1997. Disponível em <http://nute.ufsc.br/bibliotecas/upload/junqueira_inojosa_komatsu_1997.pdf> Acesso em 11. out. 2018

LUKACS, G. A falsa e a verdadeira ontologia de Hegel. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. São Paulo: Lech, 1979.

MACHADO, Leda Maria Vieira. A incorporação do gênero nas políticas públicas: perspectivas e desafios. São Paulo: Annablume, 1999.

MANRIQUE; Castro, Manoel. História do Serviço Social na América Latina/Manoel Manrique Castro; tradução de José Paulo Netto e Balkys Villalobos. - 12. Ed. – São Paulo. Cortez, 2011

MARX, Karl. O Capital. Disponível em www.gepec.ufscar.br/publicacoes/livros-e-colecoes/marx-e.../o-capital-livro-1.pdf/.../file, 1867. Acesso em: 09 out. 18.

MARX, Karl. Sobre o Suicídio. São Paulo:Boitempo, 2006.

MELO, João Ozório. Tentativa de suicídio é crime para a Lei Militar do EUA. 2013. Disponível em <https://www.conjur.com.br/2013-mai-01/justica-militar-eua-trata-tentativas-suicidio-infracao-criminal>>. Acesso em 14 nov.18.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). Pesquisa Social: Teoria, Método, Criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MIOTO, R. C. Estudos socioeconômicos. In: conselho federal de serviço social – CFESS, associação brasileira de ensino e pesquisa em serviço social – ABEPSS. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. Acesso em 31 março.

_____. 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: 16 junho 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Brasília, novembro de 2015. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em 08 out. 2018.

MOURA, Helene Caroline Eloi; FARIAS, Drielly Tenório Marinho; SILVA, Gabriela de Almeida. A atuação do Serviço Social na Política de Saúde Mental Brasileira: Desafios contemporâneos. In: I Congresso internacional de Política Social e Serviço Social: Desafios Contemporâneos. Paraná, 2015. Disponível em http://www.uel.br/pos/mestradoservicosocial/congresso/anais/Trabalhos/eixo3/oral/4_a_atuacao_do_contemporaneo.pdf>. Acesso em 11 nov. 18.

NASCIMENTO, Francisco Elenilton Rodrigues do; SILVA, Ana Paula de Lima. Suicídio e Família: a atuação profissional do/a assistente social. Teresina, Piauí. 2018. Disponível em <http://www.sinespp.ufpi.br/upload/anais/MzY1.pdf?100532> > Acesso em 15 de abril.2019

NASCIMENTO, Sueli do. Reflexões sobre a intersetorialidade entre as políticas públicas. Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 101, p. 95-120, jan-mar, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n101/06.pdf>> Acesso em 13. out. 2018

NETTO, José Paulo. Capitalismo Monopolista e Serviço Social. São Paulo: Cortez; 2011, 8 ed.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. Economia política: uma introdução a crítica. São Paulo: Cortez; 2012, 8.ed. (biblioteca básica de serviço social; v.1).

OCKÉ-REIS, Carlos Otávio. Desafios da Reforma Sanitária na atual conjuntura histórica. Disponível em <<https://scielosp.org/pdf/sdeb/2017.v41n113/365-371>>. Acesso em 03 nov. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Genebra, 2000. Disponível em <https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf>. Acesso em: 29 nov. 18.

OSÓRIO, Luiz Carlos. Adolescente Hoje. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1959, 2 ed.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antônio. Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>>. Acesso em 08 out. 2018.

PASTORINI, Alejandra. A categoria “questão social” em debate. São Paulo: Cortez; 2004. (Coleções Questões da Nossa Época; v.109)

PATRIOTA, Lúcia Maria. Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica e Formação Profissional. Disponível em <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSESS_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/SAUDE_MENTAL_REFORMA_PSIQUIATRICA_E_FORMACAO_PROFISSIONAL.pdf>. Acesso em 25 set. 2018.

PEDRO, Jullianne Rocha São. O suicídio enquanto um fenômeno sócio-histórico: possíveis atuações e desafios da Psicologia. Disponível em <http://www.editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO_EV071_MD1_SA5_ID1568_30042017192612.pdf>. Acesso em 23 set. 2018.

PERASSO, Valeria. Suicídio assistido: que países permitem ajuda para morrer? Globo.com. 12/09/2015. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/09/150911_suicidio_assistido_rb>. Acesso em 15 nov. 18.

PROTOCOLO ASSISTENCIAL/Prevenção de Risco do Suicídio – Núcleo de Segurança do Paciente do HC-UFTM, Uberaba, 2017.11p. Disponível em <<http://www.ebserh.gov.br/documents/147715/0/SUIC%2B%C3%ACDIO+4.pd>>. Acesso 19 out. 2018.

ROSEVELT, M.S.C O que é suicídio. Editora Brasiliense. SP, Brasil. 1984. Coleção 127 Primeiros Passos.

SANTOS, Josiane Soares. Particularidades da “Questão Social” no capitalismo brasileiro. Disponível em <<http://livros01.livrosgratis.com.br/cp062620.pdf>>. Acesso em 01 out. 2018.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Boletim Epidemiológico, Volume 48, Nº 30, 2017. Suicídio. Saber, agir e prevenir. Disponível em <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>>. Acesso em 08 out. 2018.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS). Avaliação do Risco de suicídio e sua Prevenção. RJ; SMS, 2016. Disponível em <https://subpav.org/download/prot/Guia_Suicidio.pdf>. Acesso em: 21 nov./2018.

SILVA, Anália Barbosa da; SILVA, Diego Tabosa da; SOUZA JUNIOR, Luiz Carlos de. O Serviço Social no Brasil: das origens à renovação ou o “fim” do “início”, 2016. Disponível em <<http://cress-mg.org.br/hotsites/Upload/Pics/ec/ecd5a070-a4a6-4ba1-8e4a-81b016479890.pdf>>. Acesso em 08 nov. 2018.

SILVEIRA JUNIOR, Adilson Aquino. A cultura pós-moderna no Serviço Social em tempos de crise. 2016. Disponível em <periodicos.ufes.br/temporalis/article/download/11835/10105>. Acesso em 23 nov. 2018.

SIMIONATTO, Ivete. Expressões ideoculturais da crise capitalista na atualidade e sua influência teórico-prática. In Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

_____. Sistema Único de Saúde - SUS, Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em <<http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>>. Acesso em 14 de abril.2019

SOUSA, Charles Toniolo de. A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional. Paraná, 2002. Disponível em <<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4025382.pdf>>. Acesso em 30 out. 2018.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistência: diálogos com o marxismo e o Serviço Social. São Paulo: Papel Social; 2016, 1 ed.

APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA



ESCOLA DE CIÊNCIAS APLICADAS

CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

PROJETO DE MONOGRAFIA

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DA UPH
SARACURUNA

- 1) Qual é a sua concepção sobre o suicídio?
- 2) Como se dá o processo de atendimento dos adolescentes pela equipe multidisciplinar?
- 3) Quais os limites e possibilidades vivenciados pela equipe multidisciplinar no atendimento dos adolescentes que tentaram suicídio?
- 4) Quais os principais fatores determinantes, na sua concepção, que levam os adolescentes a tentarem e/ou concretizarem o suicídio?
- 5) Quais as estratégias utilizadas pela equipe multidisciplinar no atendimento aos adolescentes na UPH?

ANEXO I – TRECHO DA LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001

“Art 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

[...]

Art 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer e outros.

§3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no §2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2.

Art 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.”

ANEXO II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(De acordo com as normas da Resolução nº 466, do Conselho Nacional de Saúde de 12/12/2012)

Você está sendo convidado para participar da pesquisa Quais são os principais fatores determinantes que levaram os adolescentes, atendidos na UPH Saracuruna, a tentarem e/ou concretizarem a violência autoprovocada conhecida como suicídio e como se dá o processo de intervenção do assistente social frente a esta demanda institucional. Você foi selecionado Por integrar a equipe multidisciplinar desta unidade de saúde e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição Universidade do Grande Rio Professor José de Souza Herdy – UNIGRANRIO. Os objetivos deste estudo são Identificar os principais fatores determinantes que levaram os adolescentes, atendidos na UPH, a tentarem e/ou concretizarem a violência autoprovocada conhecida como suicídio e como se dá o processo de intervenção do assistente social frente a esta demanda institucional; Definir o perfil dos adolescentes atendidos na UPH Saracuruna; Compreender como se dá o processo de tratamento dos adolescentes na rede socioassistencial; Conhecer os limites e possibilidades para atuação do Serviço Social frente à demanda de suicídio; Identificar os principais fatores determinantes que levam os adolescentes à tentarem e/ou concretizarem o suicídio; Conhecer as estratégias utilizadas pela equipe multidisciplinar no atendimento aos adolescentes na UPH. Sua participação nesta pesquisa consistirá em Concessão de entrevista semi-estruturada. Os riscos relacionados com sua participação são A pesquisa não envolve riscos para seus participantes. Os benefícios relacionados com a sua participação são A contribuição para a pesquisa acadêmica desenvolvida. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação Protegida por meio deste documento. Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com o (a) senhor (a), podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento com os pesquisadores responsáveis Érica Silva de Oliveira (Professora Orientadora), Fabiana

Maria do Nascimento, Virgínia Alverca Martello Coelho e Vivianne Vitória de Melo Bugin Vaz no e-mail erica.silva@unigranrio.edu.br; fabynascimento01@gmail.com; vcoelho@unigranrio.br; viviannebuginvaz@gmail.com ou no telefone (21) 96454-6071; (21) 96492-5447; (21) 98008-2291; (21) 96514-5307.

Pesquisador Responsável – Orientador

Pesquisador Responsável – Aluno

Pesquisador Responsável – Aluno

Pesquisador Responsável – Aluno

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNIGRANRIO, localizada na Rua Prof. José de Souza Herdy, 1160 – CEP 25071-202 TELEFONE (21).2672-7733 – ENDEREÇO ELETRÔNICO: cep@unigranrio.com.br

Rio de Janeiro, ____ de ____ de 20__.

Sujeito da pesquisa

Pai / Mãe ou Responsável Legal

ANEXO III – CARTA DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA



ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

Carta de Solicitação de Autorização de Pesquisa

Duque de Caxias, 10 de Março de 2019.

À (o): UPH-Saracuruna/ Unidade Pré-Hospitalar e Ambulatório.

Sr.(a): Jeferson J. Costa

Prezado (a) Jeferson J. Costa,

Temos a satisfação de apresentar o grupo de alunos, relacionados abaixo, do 8º período do curso de **Serviço Social** que estão em fase de elaboração do projeto de pesquisa da monografia de conclusão de curso, para realizar pesquisa de caráter técnico-científico junto ao Unidade Pré-Hospitalar Saracuruna e Ambulatório. Estas informações visam subsidiar, com a autorização do órgão competente, a monografia de conclusão de curso dos alunos em tela sobre: A atuação do Serviço Social em equipe técnica multidisciplinar no enfrentamento ao suicídio vivenciado pelos adolescentes atendidos.

Solicitamos a autorização desta instituição para realização da referida pesquisa, reiterando que a valiosa colaboração de V. S.A. no sentido de recebê-los, sem dúvida vem demonstrar sua contribuição a esta atividade que constituirá complemento indispensável ao programa de formação profissional que os alunos vêm desenvolvendo nesta Universidade. Caso concorde com a realização da mesma solicito que seja preenchido e assinado o Termo de Autorização de Pesquisa que segue em anexo a esta carta.

Respeitosamente, agradecemos e aproveitamos a oportunidade para demonstrar nossa estima e consideração.

Listagem de Alunos:

Fabiana Maria do Nascimento – Matrícula 2403266

Virgínia Alverca Martello Coelho – Matrícula 2403084

Vivianne Vitória de Melo Bugin Vaz – Matrícula 2403250

Atenciosamente,

*Conte e
Respeito!*
[Assinatura]
Jeferson J. Costa
Diretor Administrativo
UPH- SARACURUNA
Mat. 37.609-4

[Assinatura]
Érica Silva de Oliveira *CKESS, FGSG / Fº Região*
Prof. da disciplina de Seminário de Monografia I e II

Barra da Tijuca | Carioca Shopping | Campos dos Goytacazes | Duque de Caxias
Lapa | Macaé | Magé | Santa Cruz da Serra | São João de Meriti | Silva Jardim

0800 282 0007 | www.unigranrio.br

ANEXO IV – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA



ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Eu, Jeferson J. Costa abaixo assinado, responsável pela(o), Unidade Pré-Hospitalar Saracuruna, autorizo a realização do estudo: Quais os principais fatores determinantes que levaram os adolescentes, atendidos na UPH Saracuruna, a tentarem e/ou concretizarem a violência autoprovocada conhecida como suicídio e como se dá o processo de intervenção do assistente social frente a esta demanda institucional? a ser conduzido pelos pesquisadores abaixo relacionados. Atesto que fui informado pelo responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento.

Da mesma forma, autorizo a divulgação dos resultados da pesquisa através de meios eletrônicos, impressos ou em eventos científicos, sempre mediante prévio conhecimento dos resultados obtidos com a investigação.

Duque de Caxias, 27 de Outubro de 2019.

Jeferson J. Costa
Diretor Administrativo
UPH - SARACURUNA
Mat. 37.609-4

Assinatura e carimbo do responsável institucional

LISTA NOMINAL DOS PESQUISADORES:

Fabiana Maria do Nascimento – Matrícula 2403266
Virgínia Alverca Martello Coelho – Matrícula 2403084
Vivianne Vitória de Melo Bugin Vaz – Matrícula 2403250

Barra da Tijuca | Carioca Shopping | Campos dos Goytacazes | Duque de Caxias
Lapa | Macaé | Magé | Santa Cruz da Serra | São João de Meriti | Silva Jardim

0800 282 0007 | www.unigranrio.br