

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

Igor Sastro Nunes

**SABERES DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO SOBRE
O SUICÍDIO**

Santa Maria, RS
2019

Igor Sastro Nunes

**SABERES DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO SOBRE
O SUICÍDIO**

Trabalho de conclusão apresentado ao
Curso de Serviço Social, da Universidade
Federal de Santa Maria (UFSM, RS),
como requisito parcial para obtenção de
título de **Bacharel em Serviço Social**.

Orientadora: Profa. Dra. Fernanda Nunes da Rosa Mangini

Santa Maria, RS
2019

Igor Sastro Nunes

**SABERES DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO SOBRE
O SUICÍDIO**

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado ao Curso de Graduação em
Serviço Social, da Universidade Federal
de Santa Maria (UFSM, RS), como
requisito parcial para a obtenção de título
de **Bacharel em Serviço Social**.

Aprovado em 05 de dezembro de 2019.

Fernanda Nunes da Rosa Mangini, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Laura Regina da Silva Câmara Maurício Fonseca, Dra. (UFSM)

Dorian Mônica Arpini, Dra. (UFSM)

Santa Maria, RS
2019

RESUMO

SABERES DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO SOBRE O SUICÍDIO

AUTOR: Igor Sastro Nunes

ORIENTADORA: Profa. Dra. Fernanda Nunes da Rosa Mangini

A partir da pesquisa feita dos processos de trabalho dos assistentes sociais em instituições de saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial e alas de internações psiquiátricas de hospitais gerais, foi problematizado quais referenciais teóricos são balizadores para o atendimento de usuários que tentaram suicídio ou têm ideação suicida. A pesquisa também se propõe a discutir o suicídio a partir de diferentes perspectivas teóricas que compõem os saberes da área social; entre elas destaca-se a perspectiva marxista e a perspectiva da Psicanálise. A pesquisa está estruturada em duas grandes etapas: a primeira etapa será das entrevistas semiestruturadas, e da análise do material coletado à luz dos contributos da perspectiva crítica marxista. A segunda etapa, compreende a pesquisa documental e bibliográfica relacionada às temáticas do objeto de intervenção dos assistentes sociais, sujeitos da pesquisa. Trata-se de um estudo de caso do tipo bibliográfico-documental, que toma como ponto de partida os conhecimentos, as habilidades e as experiências dos assistentes sociais da área da saúde mental. A pesquisa tem como norte as ações profissionais do assistente social desenvolvidas no âmbito da saúde mental, especialmente, na sua dimensão socioassistencial, isto é, naquela desenvolvida diretamente com o usuário.

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

ABSTRACT

KNOWLEDGE OF THE SOCIAL WORKER IN MENTAL HEALTH: A STUDY ON SUICIDE

AUTHOR: Igor Sastro Nunes

ADVISOR: Profa. Dra. Fernanda Nunes da Rosa Mangini

Based on the research done on the work processes of social workers in mental health institutions, such as psychosocial care centers and wards psychiatric hospitalization of general hospitals, it was problematized which theoretical references are guidelines for the care of users who have attempted suicide or have suicidal ideation. The research also proposes to discuss suicide from different theoretical perspectives that make up the knowledge of the social area; among them stands out Marxist perspective and the perspective of psychoanalysis. The research is structured in two main stages: The first stage will be the semi-structured interviews, and the analysis of the material collected in the light of contributions from the Marxist critical perspective. The second stage comprises documentary and bibliographical research related to the themes of the object of intervention of social workers, subjects of the research. This is a case study of the bibliographic-documentary type, which takes as its starting point the knowledge, skills and experiences of social workers in the area of mental health. The research has as its north the professional actions of the social worker developed in the context of mental health, especially in its social-care dimension, that is, in that developed directly with the user.

Keywords: Social Work - Mental Health - Suicide

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.2 OBJETIVOS	20
1.3 METODOLOGIA	20
1.4 REFERENCIAL TEÓRICO	23
1.5 ESTRUTURA DO TRABALHO	26
2 FUNDAMENTOS DO SUICÍDIO	28
2.1 Epidemiologia do suicídio/ aspectos epidemiológicos do suicídio	29
2.2 O suicídio em perspectiva histórica	34
2.3 Os estudos das ciências sociais e humanas	37
2.3.1 O suicídio e a psicanálise	42
2.3.2 O suicídio como expressão da Questão social e a contribuição do Serviço Social	48
3 OS SABERES INTERVENTIVOS DO ASSISTENTE SOCIAL E O SUICÍDIO	57
3.1 O Manejo Profissional do Suicídio	61
3.2 Os saberes dos assistentes sociais sujeitos da pesquisa	64
3.2.1 Saberes e práticas	66
3.2.2 Formação profissional	79
3.2.3 Trabalho profissional e condições de trabalho no campo da saúde mental ..	82
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
REFERÊNCIAS	88
APÊNDICE	94

AGRADECIMENTOS

Meu TCC não é só meu, é uma construção coletiva de saberes e pessoas que passaram por mim e deixaram seus rastros.

Agradeço primeiramente a minha mãe, Rosângela, que fez de mim quem eu sou, que me construiu com a resiliência necessária para suportar os golpes que a vida nos dá, obrigado mãe, meu amor por ti não cabe nessas palavras, essa vitória é tua também.

Ao meu padrasto Vanderlei que me apoiou como um pai apoia um filho.

Aos meus irmãos e compadres Denis, Fernando e João, por terem me dado o apoio necessário para seguir meu caminho durante o processo de graduação.

As minhas cunhadas e comadres Aline, Dariela e Silvia, pelo incentivo e apoio.

Aos meus tios, Edes e Joalcir por terem cuidado de mim e incentivado os meus estudos.

Aos meus afilhados Maria Helena, Mário, Francisco, Davi e Alice, que me ensinaram o que é amor genuíno e que me fazem ter esperança em um mundo mais justo, o dindo Igor ama vocês, daqui até o infinito.

A minha amiga e irmã Maryana Zubiaurre, que me ensinou que lar é a onde existe amor e que amizade sólidas o tempo não apaga.

A minha amiga e colega Lauren, pela parceira dentro e fora de aula, em momentos escuros, onde o sonho de ser assistente social parecia distante.

A minha colega e a amiga Tatiane, por ter sido muitas vezes um pedacinho do meu lar, obrigado por cuidar de mim.

A minha orientadora e mestre Fernanda Mangini, por ter despertado em mim o sonho e o desejo de ser um pesquisador, obrigado por ter acreditado em mim e me dado o privilégio de aprender e trabalhar contigo.

A minha gatinha Salém, que foi minha companheira durante as madrugadas de leitura e construção desse trabalho.

A Universidade Federal de Santa Maria, que me possibilitou um ensino público, gratuito e de qualidade, mesmo sofrendo golpes daqueles que não aceitam os filhos da classe trabalhadora em uma universidade.

Aos espaços sócio-ocupacionais que participei como bolsista e estagiário, que me construíram como um profissional humanizado e capacitado. A Associação de

Familiares, Amigos e Bipolares de Santa Maria & Espaço Nise da Silveira em nome de Martha Noal e Denizar Silva, obrigado por me introduzirem dentro do cuidado humanizado. Ao Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil O Equilibrista de Santa Maria, em nome de todos os profissionais do serviço e adolescentes do grupo de Acompanhamento Terapêutico, obrigado por me acolherem, acreditarem no meu trabalho e incentivarem o meu crescimento.

A Eduardo Mourão Vasconcellos, que impulsionou o assistente social e militante pela reforma psiquiátrica que existe dentro de mim.

Aos milhares de jovens que têm seus direitos retirados, suas subjetividades diminuídas e ao qual o desejo de morte parece ser o único caminho. Ele não é.

“Há no meu temperamento essa fúria. Quando eu quero uma coisa, eu insisto. Todo o dia, sem falta, eu levantava cedo, pegava o ônibus e ia trabalhar em Engenho de Dentro. Todo dia, todo dia.... Nada me tirava daquele caminho. A palavra recuar não faz parte do meu dicionário” (Nise da Silveira).

1 INTRODUÇÃO

Desde o surgimento do serviço social como profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho, a área da saúde sempre foi um campo vasto de contratação para a atuação desse profissional. Os assistentes sociais no início da sua atuação na área da saúde eram situados como a porta de entrada e de saída dos hospitais, e ocupavam um lugar de subalternidade em relação aos médicos e a direção da instituição. Segundo Vasconcelos (2000), as primeiras práticas dos assistentes sociais se deram nos Centros de Orientação Infantil e Centro de Orientação Juvenil (COI/COJ) no ano de 1946.

Na década de 1990, houve um aumento no número de contratação de assistentes sociais na saúde mental, pois com a institucionalização e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), através da aprovação da Lei nº 8.080/90, a área da saúde se apresenta como o maior campo de atuação profissional do serviço social. Nessa década, vários serviços de saúde mental são criados e fortalecidos a partir da política de saúde mental com a Lei 10.216 de 2001. Bisneto (2007) aponta que a criação de serviços substitutivos demandou um número maior de assistentes sociais do que os hospitais psiquiátricos: Essa onda de contratação se assemelha à onda de 1970 com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social, que contratou uma quantia extensa de assistentes sociais: “O movimento de Reforma Sanitária, que se deu paralelamente ao movimento de Reforma Psiquiátrica também levou a uma ampliação no número de assistentes sociais no campo da saúde” (BISNETO, 2007, p. 38).

Essa ampliação da contratação de assistentes sociais na saúde e, principalmente, na saúde mental, trouxe desafios para a construção e afirmação do espaço profissional do assistente social. Por um lado, os princípios ético-políticos da profissão estavam em consonância com o Movimento de Reforma Psiquiátrica e Sanitária, o que confere um novo estatuto ao serviço social, especialmente ela adoção do conceito ampliado de saúde e da preocupação com o social. Em contrapartida, a profissão passa a se inserir em equipes multiprofissionais, e temas que até então eram seus passavam a ser compartilhados com toda a equipe multiprofissional, impondo um posicionamento qualificado da área, no âmbito da discussão interdisciplinar da saúde (MIOTO; NOGUEIRA, 2006, p. 274).

Mesmo com a grade curricular da maioria dos cursos de graduação de serviço social serem pouco construídas com temáticas de saúde e, principalmente, de saúde mental, Bisneto (2007) nos traz que o Movimento da Reconceituação¹ e o debate do serviço social contemporâneo, no Brasil, deixou de lado a temática da saúde mental e autores como Foucault e Goffman, apesar de ter existido um movimento denominado freudo-marxismo, o qual entendia que a Psicanálise continuaria a desempenhar um papel central na tentativa de renovação do materialismo herdado de Marx (1818-1883). Autores como esses trabalhavam a questão da saúde mental, junto à estrutura da sociedade, indo muito mais além das questões psicologizantes que envolvem a saúde mental, trabalhando questões da natureza social, econômica e de poder estrutural, matérias que assistentes sociais poderiam se apropriar.

O Movimento de Reconceituação teve um papel central na constituição atual da profissão. Iniciado em meados nos anos de 1960, foi responsável por dar um *status* acadêmico ao serviço social, aproximando-o da teoria social crítica e da Universidade. Embora, essa aproximação tenha ocorrido de forma lenta e gradual, o saldo desse movimento foi de elevar o patamar da profissão à dimensão investigativa, afirmando a importância de uma intervenção alicerçada na teoria. Assim, o Movimento de Reconceituação rompeu com abordagens psicologizantes dos primórdios da profissão, ao demarcar nitidamente a inserção dos sujeitos em seu contexto social.

Essa visão historicamente e socialmente situada permitiu um crescimento acadêmico-cognitivo da área, porém, deixou lacunas ao supervalorizar a dimensão política da profissão. Coutinho (1991) apresenta o pensamento de que a profissão de serviço social ao longo de seu avanço trouxe uma mudança, de certa forma necessária para a sua consolidação como um saber, entretanto essa mudança ficou apenas no saber generalista ou apenas na visão social das coisas. Nesse sentido, ficou aquém dos saberes específicos, assim tendo uma prática não tão efetiva. O teórico também aponta a necessidade desses saberes não se desviarem, mas sim, serem ligados ao referencial teórico do serviço social, se não acabaria descaracterizando a identidade profissional assistente social.

¹ O Movimento de Reconceituação buscou romper com as práticas conservadoras do serviço social tradicional e construir uma nova identidade profissional ligada às demandas da classe trabalhadora.

Pauta-se também a crítica à formação em serviço social, que em seu processo de aprendizagem tem matérias como história ou economia. Teorias essas essenciais para o entendimento da sociedade e para a prática profissional, porém ao abordar esses assuntos foi deixado de lado o acesso aos mecanismos técnicos fundamentais para o exercício da profissão (COUTINHO, 1991).

O Movimento de Reconceituação propiciou inúmeros avanços teóricos, em que se pensou um novo modelo de atuação, porém, deixando lacunas na instrumentalização do fazer profissional. Para Buriolla (2011) o movimento de Reconceituação propiciou um avanço gigantesco na parte teórico-metodológica, acabou deixando de lado o fazer profissional, não pensando na prática e no agir interventivo da profissão.

Auxiliando no processo de entendimento dessa ideia, Junqueira (1980) afirma que o método histórico dialético como instrumento de análise da realidade é muito efetivo e auxiliou no processo de cientificação e do compromisso ideológico do projeto ético político² do serviço social, não instrumentaliza para o fazer profissional, apontando para a desfragmentação nos currículos de serviço social, deixando a prática profissional de lado.

No campo da saúde mental, esse movimento acarretou em consequências profundas na formação de profissionais de serviço social, o que Eduardo Mourão de Vasconcellos (2002) nos apresenta como um recalçamento das dimensões de subjetividade, sexualidade e emotividade, mesmo que o movimento de Reconceituação tenha apresentado uma melhor capacidade de análise de conjuntura e com uma orientação ético-política mais sólida. As práticas em saúde mental se construíram com pouco suporte teórico, baseadas em senso comum ou até em experiências particulares de vida desses profissionais, tendo um resultado na qualidade da sua intervenção junto aos usuários e familiares e a credibilidade junto às instituições que os assistentes sociais estavam inseridos.

Esse recalçamento apontado pelo autor implica em uma dificuldade no fazer profissional ligado às questões mais subjetivas nos atendimentos junto aos usuários, em conjunto com uma negação para lidar com as demandas que envolviam sentimentos, emoções e sexualidade. Questões essas que estão

² O Projeto Ético Político (PEP) apresenta a auto-imagem da profissão, elegendo os valores que a legitimam socialmente. No PEP do serviço social se propõe a construção de uma nova ordem social, sem exploração ou dominação de classe, etnia e gênero.

interligadas com a questão social e os espaços sócio-ocupacionais, nos quais os assistentes sociais se inserem.

Um resultado desse processo de recalçamento é a maneira com que alguns assistentes sociais lidavam com a falta do conhecimento, segundo Vasconcellos [...] “Os profissionais vêm buscando de forma individual complementar sua formação em outros campos profissionais, notadamente em instituições de psicoterapia” [...] (VASCONCELLOS, 2002, p. 210). Assim, podemos perceber que um dos resultados da falta de debate sobre a saúde mental no processo de Reconceituação causou a necessidade de os assistentes sociais procurarem arcabouço teórico e instrumental em outras áreas. Muitas vezes essas áreas abordavam a saúde mental de forma psicologizante e de maneira que não condizia com o projeto ético-político da profissão, afastando esses profissionais do processo ético-político da pós-reconceituação, dessa maneira as práticas perdem a característica do serviço social.

Nesse caminhar além do esquecimento do debate do exercício profissional e da saúde mental dentro da área do serviço social, outro ponto importantíssimo deixado de lado pela categoria como já pontuado, foi o da subjetividade. Assim, Bisneto (2007) levanta a questão de a categoria da subjetividade remeter a processos de psicologização da relações sociais, que a profissão reconceituada desejava evitar, e com razão, de forma a afastar a psiquiatrização e psicologização da questão social que era adotada na pré-Reconceituação como referencial teórico-metodológico.

Nicácio (2006, p. 6 apud VASCONCELOS, 2000, p. 198) coloca que essa recusa que houve pela profissão teve implicações diretas na formação de assistentes sociais, como a carência de referencial teórico. A falta de pesquisas e de produção de conhecimento nesse campo colocam limites à intervenção profissional dos assistentes sociais, tanto na relação com os usuários quanto na construção de seu espaço profissional no âmbito das equipes multiprofissionais.

Existe uma perspectiva de que basta a afirmação dos princípios ético-políticos para que a intervenção ocorra. Em que pese a importância do horizonte ético-político, é preciso ampliar as conexões com as dimensões teórico-metodológica e técnico-operativa da profissão. Assim promovendo uma prática efetiva e completa que consiga na sua totalidade compreender e intervir na

realidade dos usuários, assim, diante da exigência das necessidades da população atendida e seus familiares.

Santos (2013) articula justamente o debate que se vem construindo ao longo desse trabalho, que é a necessidade do debate, reflexão e construção de instrumentais, ou seja, do fazer profissional junto a necessidade da população usuária:

Por formar um conjunto dialeticamente articulado com as técnicas, os instrumentos são constantemente aprimorados por elas, diante da exigência de adequação das transformações da realidade, visando o atendimento das mais diversificadas necessidades sociais[...] (SANTOS, 2013.p 27).

Outra dificuldade de trabalhar com a questão da subjetividade dentro da prática do assistente social é chamada por Nicácio (2006) de a depreciação da prática, quando não existe uma reflexão do fazer profissional, ou seja, quando o profissional não reflete sobre os seus processos de trabalho, tornando o fazer empobrecido conceitual e teoricamente:

E na medida em que são deixadas na sombra, sem se tornarem objeto de reflexão sistemática, o assistente social se vê na situação de enfrentá-las intuitivamente, baseado no **senso comum** (NICÁCIO, 2006, P 12, GRIFO NOSSO).

Grassi (2007) por outro lado despreza o campo prático e se utiliza apenas do aspecto teórico

El teoricismo, por su parte, es la confusión de las formulaciones teóricas con la realidad, que lleva a buscar (y hallar) en ellas, todas las respuestas posibles para todas las situaciones, hechos, comportamientos o cambios sociales (GRASSI, 2007, p.32).

Podemos entender então o teoricismo como um saber criado longe da prática, sem um processo de reflexão do fazer, teoricismo esse que de certa forma se instaurou dentro do serviço social em algumas áreas após a Reconceituação, criando lacunas nos saberes dos profissionais.

Essas lacunas supostamente ainda não foram preenchidas dentro dos processos de trabalho dos assistentes sociais junto a pessoas que tentaram suicídio ou tem ideação suicida. Um levantamento da produção do serviço social

nesse campo resultou em apenas dois artigos que teriam como tema principal o suicídio, o que permite inferir que há pouca produção acadêmica de assistentes sociais dentro desta área, em comparação com as demais nas quais a formação foi mais direcionada como por exemplo, as áreas da assistência social e habitação.

Esse levantamento mostra a importância de investir em áreas ainda pouco exploradas pela profissão, o intuito de oferecer subsídios aos assistentes sociais para que não ocorra o que Nicácio (2006) chama de “depreciação da prática”, isto é, os assistentes sociais até podem estar atuando junto aos usuários que têm seu sofrimento psíquico ligado diretamente ao suicídio, porém os mesmos não estão refletindo sobre a sua prática e os tipos de saberes usados durante as suas ações.

Há ainda a procura de materiais de outras áreas, nem sempre em sintonia com as referências principais da área. No caso do suicídio, podemos citar livros da área de psiquiatria, entre outros dispositivos de políticas.

Iamamoto (2011) exemplifica muito bem essa ideia, quando aponta a questão dos estudos voltados à área da família, que no passado teve pouco investimento que levou os profissionais a procurarem alternativas alicerçadas em forte teor conservador e psicologizante, abrindo caminho para abordagens sistêmicas e psicossociais.

Com a ampla contratação de assistentes sociais dentro da área de saúde mental, as possibilidades de trabalho não só se apresentariam diretamente com o usuário que tem ideação suicida ou tentou suicídio, mas também a atuação em projetos de prevenção de suicídio, já que o *Manual de Prevenção do Suicídio: Um Manual para Profissionais da Saúde em Atenção Primária* (2000) aponta como um dos papéis mais importantes dos profissionais na atuação com esses usuários a identificação, prevenção e encaminhamento para a rede sócio-assistencial de situações de pessoas em vulnerabilidade social, instrumentais do assistente social.

Assim, situa-se a importância desta pesquisa, visto que a área de saúde mental é uma das áreas que mais contratou assistentes sociais nos últimos anos e carece de referencial teórico produzido por assistentes sociais, o que pode colocar em risco o projeto ético-político da profissão, já que a ausência de sistematização desse fazer profissional pode ceder lugar ao senso comum e a perda de espaços

profissionais historicamente conquistados pelo serviço social. Iamamoto (1992) apresenta que:

[...] por um lado, tem se apresentado como uma das preocupações centrais que vem presidindo a estruturação do ensino desde os seus primórdios, por outro, apesar de ampla e reincidentemente debatido, pouco se tem avançado no amadurecimento de propostas que representam um salto substantivo no processo de qualificação teórico e técnico-política de profissionais (IAMAMOTO, 1992, p. 193).

Assim, faz-se necessário perguntar pelos balizadores para a prática profissional do assistente social junto ao usuário que tentou suicídio ou tem ideação suicida, já que muitos dos debates da área da saúde mental e da subjetividade foram deixados de lado pela categoria, ao longo de sua construção, sem perder de vista a questão social. Nesse sentido, necessita-se ampliar os debates da saúde mental e, principalmente, do suicídio dentro da área de serviço social, visto que o suicídio tem como uma de suas determinações sociais e históricas as desigualdades sociais, das transformações societárias e precisa ser compreendido como uma expressiva faceta da questão social, tornando-se, então, um elemento fundamental para a leitura da realidade social, das relações dialéticas entre indivíduo e sociedade.

Em uma perspectiva mundial, o suicídio apresenta-se, atualmente, como uma grave questão de saúde pública. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), 800 mil pessoas por ano cometem suicídio, o que significa uma morte a cada 35 segundos no mundo. O Brasil é o oitavo país em número absoluto de suicídios, registrando, em média, 11 mil casos por ano, configurando 1 morte por dia (OMS, 2014).

Esses números podem ser ainda mais alarmantes quando se considera a subnotificação dos óbitos por suicídio. O número de casos de suicídio encontra-se camuflado entre registros de homicídios, acidentes e até mesmo a não notificação do ato. Mesmo com essas dificuldades de subnotificação e notificação, os dados a que se tem acesso já mostram a amplitude e a complexidade do tema que historicamente é tratado como tabu ou assunto maldito.

O suicídio pode ser definido como um ato decidido executado pelo próprio ser, de forma consciente ou inconsciente e intencional, usando um meio ou forma que o sujeito acredita ser letal. Também fazem parte do que habitualmente

chamamos de comportamento suicida: os pensamentos, os planos e a tentativa de suicídio. Comportamentos suicidas não fatais se caracterizam desde a ideação suicida com os pensamentos que fomentam o suicídio, acompanhados de planejamento ou não.

Em vista o presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) é parte integrante da pesquisa “Saberes do assistente social: um estudo sobre o serviço social na saúde mental” tendo como hipótese a fragilidade do referencial teórico dos profissionais de serviço social ao intervir em situações que são direcionadas a usuários com ideação suicida e/ou tentativa de suicídio. Parte do questionamento dos fundamentos teóricos que sustentam a intervenção do assistente social nesse campo, buscando propor alternativas e construções que auxiliem este profissional a efetuar as mediações entre as diferentes dimensões da profissão.

A importância do TCC também se constrói na perspectiva de desenvolver e dar visibilidade às produções feitas por assistente sociais sobre a temática principal, considerando que existe pouca produção na área do suicídio feita por assistentes sociais. Essa pesquisa visa investigar os saberes do assistente social nesse campo, entendendo que ao longo do exercício da profissão vão se criando saberes. Assim, “o saber construído nas situações de trabalho, em espaço e tempo específico, no exercício de uma ocupação profissional, com o passar do tempo vai se revelando um novo saber, podendo modificar, inclusive o ‘saber trabalhar’” (FERNANDES, 2016, p. 94)

O apontamento de Fernandes (2016) concretiza uma ideia já estabelecida entre algumas categorias profissionais, a de que se aprende na prática, um saber baseado em um empirismo criado no fazer profissional do dia a dia dentro do campo de atuação. Esse tipo de saber é construído subjetivamente pelos profissionais, muitas vezes, até como mecanismos de enfrentamento às lacunas que foram deixadas em sua formação, sendo assim, a autora também trabalha com a ideia de que o desejo profissional de saber vai além das questões particulares, mas também de algo coletivo, pensando nas demandas dos usuários. A problemática em cima dessa construção de saber empírico é que muitas vezes ele é construído em cima de um senso comum, ou de algum tipo de crença religiosa ou cultural que não permite de fato analisar o acontecimento (FERNANDES, 2016).

No campo da saúde mental, essa problemática é ainda mais relevante, pois a ausência de fundamentos profissionais consistentes na questão do suicídio pode impactar nas ações profissionais, criando uma ideia errônea sobre o que é o usuário que tem ideação suicida ou tentou suicídio. Botega e Werlang (2004) alertam para os casos de profissionais de saúde que possuem uma visão moralista, condenando os usuários por suas ideias e atos suicidas. É importante atentar para questões culturais e religiosas que podem interferir no fazer profissional e conduzir à visões estigmatizantes, por exemplo, por alguns seguidores do cristianismo, que em sua maioria veem o suicídio como um pecado, um crime contra si mesmo e contra Deus.

Identificar e caracterizar os saberes dos assistentes sociais se faz necessário na área da saúde mental e, especificamente, na temática do suicídio por dois motivos, primeiro pela hipótese que se cria dentro dessa pesquisa, da falta de produção acadêmica de assistentes sociais sobre a temática do suicídio, o que auxiliaria na reflexão da prática e na construção de políticas públicas, dentro da área de saúde mental, no enfoque do suicídio. Segundo, que as caracterizações desses saberes auxiliam os profissionais do serviço social e de outras áreas que atuam na saúde mental a atuar junto a essa temática.

No espaço sócio-ocupacional da saúde mental, em que o assistente social atua, ele trabalha com as expressões da questão social que se manifestam a partir da exclusão da pessoa com transtorno mental do sistema produtivo e do convívio social pelo estigma social que passou a fazer parte da sua identidade (ROSA, 2008). Em consonância, Cerqueira (1982) afirma que a questão social representa o conjunto de problemas políticos, sociais e econômicos que o surgimento da classe operária impôs no mundo durante a constituição do capitalismo, implicando, portanto, na contraditória relação entre capital e trabalho.

Assim, esse trabalho visa compreender o suicídio em suas relações com o objeto de trabalho do assistente social, a questão social e suas inúmeras expressões na atualidade. Os objetivos alcançados são a identificação e caracterização dos saberes envolvidos na ação profissional do assistente social, envolvendo a temática do suicídio através da pesquisa com os profissionais de serviços de saúde mental do município de Santa Maria, construindo novos saberes dentro da área de serviço social, que envolvam a temática do suicídio, fazendo ligação com a questão social.

Os principais resultados obtidos foram a construção de novos conhecimentos que possam contribuir para dar visibilidade e qualificar as ações profissionais dos assistentes sociais no atendimento a usuários que tentaram suicídio ou têm ideação suicida. A partir do mapeamento dos instrumentais, métodos e referencial teórico usados por esses profissionais no seu cotidiano de atendimento às pessoas em sofrimento psíquico, buscou-se construir uma proposta teórico-prática sensível as dificuldades e contribuições desses profissionais em franca articulação com o tripé constitutivo da profissão.

Espera-se que os resultados dessa pesquisa auxiliem em novos estudos dentro da área do serviço social e nas demais áreas que atuam dentro da saúde mental bem como possa contribuir para uma melhor intervenção nos espaços de trabalho dos assistentes sociais e demais profissionais da área da saúde. Para Marx (1888), na XXI Tese sobre Feuerbach, não é necessário apenas conhecer o mundo, mas também achar meios e maneiras de transformá-lo, assim, essa pesquisa também tem o intuito de mudança da realidade social junto à essa temática do suicídio, entendendo a necessidade do debate junto à categoria de assistentes sociais.

1.2 OBJETIVOS

O presente trabalho teve como meta os seguintes objetivos:

- a) Identificar e caracterizar os saberes envolvidos na ação profissional do assistente social envolvendo a temática do suicídio;
- b) Descrever e analisar o movimento de apropriação e reconstrução do saber conceitual-proposicional dos assistentes sociais;
- c) Compreender e aprofundar os nexos com a questão social.

1.3 METODOLOGIA

O presente estudo é de caráter qualitativo e busca responder questões particulares sobre a intervenção dentro da área e estudar o saber, as habilidades e a experiência destes profissionais em relação a temática do suicídio.

Esta pesquisa se caracteriza como um estudo de caso, que trabalha com as técnicas de coletas de dados, levantamento de documentos, observação e a

entrevista de forma associada à interpretação desses materiais. Assim, o estudo de caso permite uma maior possibilidade de amplitude e tangibilidade. A etapa inicial da pesquisa consistiu na coleta de dados, tendo como técnicas norteadoras as técnicas de observação, entrevista e análise de documentos.

O estudo foi realizado dentro dos serviços de saúde mental, do município de Santa Maria, tendo como sujeitos participantes os assistentes sociais. Os serviços que foram parte da pesquisa constituem a rede de atenção psicossocial e os hospitais gerais, que têm ala de internação psiquiátrica do município de Santa Maria, entrevistando três assistentes sociais do sexo feminino e um assistente social do sexo masculino.

As entrevistas foram gravadas para fins de transcrição e análise, o registro da coleta de dados foi feito de forma escrita e serviu como forma de análise após a coleta terminar. As entrevistas foram realizadas após a apresentação do projeto ao entrevistado, tirando qualquer dúvida que viesse a aparecer, garantido a tranquilidade do processo da entrevista. A modalidade de entrevista se apresentou de forma semiestruturada, com perguntas prontas, porém o entrevistado pôde discorrer livremente sobre a temática.

A entrevista constitui-se como um instrumento flexível, constantemente presente nas pesquisas educacionais, pois:

O pesquisador, pretendendo aprofundar-se sobre um fenômeno ou questão específica, organiza um roteiro de pontos a serem contemplado durante a entrevista, podendo, de acordo com o desenvolvimento da entrevista, alterar a ordem dos mesmos e, inclusive, formular questões não previstas inicialmente (FIORENTINI; LORENZATO, 2009, p. 121).

A primeira parte da aplicação do projeto foi na escolha dos assistentes sociais que participaram da pesquisa. A seleção dos mesmos obedeceu aos critérios de:

- Ser assistente social;
- Trabalhar ou ter trabalhado em serviço de saúde mental;
- Ter interesse e disponibilidade de participar da pesquisa.

Como requisito indispensável ao desenvolvimento do estudo de caso, foi realizada a revisão bibliográfica que de acordo com Gil (2009), é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos.

A revisão bibliográfica foi realizada dentro da temática escolhida, suicídio, a partir da área das ciências sociais e humanas e na área específica de serviço social, dando preferência para teses, dissertações, artigos e livros feitos por assistentes sociais ou livros da área de saúde mental, que tenham capítulos escritos por assistentes sociais.

O levantamento e a análise das entrevistas foram realizados durante toda a fase de coleta de dados.

O número de entrevistas ficou a cargo da disponibilidade e interesse dos profissionais que se configurou por identificar e caracterizar os saberes, práticas, instrumentais e bibliografia envolvidos na ação profissional dos assistentes sociais no atendimento às pessoas que tentaram o suicídio ou tem ideação suicida, tendo em vista os limites estabelecidos para a execução do cronograma de pesquisa. A realização das entrevistas aconteceu no local de trabalho do assistente social, não sendo possível, foi realizada de acordo com a preferência do assistente social sujeito da pesquisa.

A etapa final da pesquisa foi a análise e interpretação dos dados, que ocorreu após a observação e a coleta documental, por meio da qual foi possível fazer o cruzamento dos dados obtidos pelas diferentes técnicas de pesquisa, com o intuito de iniciar a análise, que também serviu para a organização dos objetivos, principalmente, na segunda e terceira etapa que foram concentrados na etapa de pesquisa.

A pesquisa também se construiu de forma a questionar quais são os balizadores usados no atendimento a usuários que tentaram suicídio ou têm ideação suicida, com o objetivo de reflexão e teorização a partir das experiências vividas e analisadas pelo pesquisador, junto ao profissional de serviço social na área de saúde mental, tendo como base a bibliografia estudada para a construção da temática, o que nos liga ao estudo dos saberes e das habilidades dos profissionais do serviço social dentro da área de saúde mental ao atender usuários que tentaram suicídio ou tem ideação suicida. Nesse método:

O propósito do pesquisador não é o de testar uma teoria, mas sim de entender uma determinada situação, como e por que os participantes agem dessa maneira e por que essa situação se desenvolve daquele modo. A teoria que emerge dos dados revela o comportamento das pessoas em situações específicas. Não pode, portanto, ser entendida como representativa de uma realidade objetiva, externa aos sujeitos. É, a

rigor, uma reconstrução da experiência. O pesquisador, em conjunto com os sujeitos da pesquisa, reconta suas experiências por meio de uma teoria. Esta teoria, no entanto, tem uma amplitude restrita. É uma teoria substantiva, específica para determinado grupo ou situação, que não pode, portanto, ser generalizada. Não pode ser encarada como uma verdade absoluta, mas como a explicação de uma realidade tornada real pelos sujeitos da pesquisa. (GIL, 2009, p. 97).

O projeto de pesquisa está registrado junto ao comitê de ética, com o número de processo 2.645.948 e CAAE 72186317.3.0000.5346.

1.4 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste trabalho, o suicídio é compreendido como um fenômeno multidimensional, ou seja, não existe apenas um fator que impulse a pessoa a cometer ou ter ideação suicida, mas sim um conjunto de processos psicológicos, biológicos e sociais. O referencial de fundo da pesquisa é o método marxista histórico dialético, auxiliando junto as suas contribuições para a análise do caráter histórico e processual dos fenômenos e de seus movimentos de afirmação, negação e superação, sobretudo, das interconexões entre singularidade, particularidade e totalidade.

Marx (2008) em *Sobre o suicídio* definiu o suicídio como um sintoma da desorganização social e das lutas de classes a partir de relatos e casos de suicídios. Segundo Marx (2008), o que seria também a causa de um suicídio, é a questão da melancolia ligada aos maus tratos e a injustiça como fatores principais, seja ela de pais ou maridos ou qualquer um que detenha uma relação de dependência, sempre sendo importante enxergar as vítimas do suicídio de acordo com a sociedade em que se veem inseridas.

Marx não vê os suicídios como ações individuais, como derivações de uma “natureza” humana ou apenas uma mera ação de determinado indivíduo. As escolhas das pessoas, nos casos concretos analisados, são vistas a partir da totalidade social na qual se encontram inseridas.

Em contraponto com o pensamento que busca se desconstruir na sociedade contemporânea de que o suicídio é um “assunto maldito” ou muitas vezes colocado como tabu dentro dos espaços de trabalho, Marx (2006) traz uma perspectiva totalmente diferente.

Antes de tudo, é um absurdo considerar antinatural um comportamento que se consuma com tanta frequência; o suicídio não é, de modo algum, antinatural, pois diariamente somos suas testemunhas. O que é contra a natureza não acontece. Ao contrário, está na natureza de nossa sociedade gerar muitos suicídios, ao passo que* os tártaros não se suicidam. As sociedades não geram, todas, portanto, os mesmos produtos; é o que precisamos ter em mente para trabalharmos na reforma de nossa sociedade e permitir-lhe que se eleve a um patamar mais alto (MARX, 2006, p. 25).

Outra linha teórica que explica a questão do suicídio é a Psicanálise linha teórica usada principalmente por psicólogos e psiquiatras e por assistentes sociais no passado pelo serviço social de caso, porém essencial para o entendimento da construção do ser humano e da subjetividade.

Em seu artigo Luto e melancolia (1917), Freud apresentou o suicídio como uma forma de autopunição, um desejo de morte dirigido a outrem, que se vira contra o próprio sujeito. Nesse caso, o suicídio seria o ato de matar a si mesmo para não matar o outro. Assim, ele confirmou as três tendências suicidas definidas pela psicopatologia: desejo de morrer, desejo de ser morto, desejo de matar. O suicídio seria consequência não de uma neurose ou psicose, mas de uma melancolia ou um distúrbio narcísico grave: não um ato de loucura, mas a atualização da pulsão de morte através de uma passagem ao ato.

Cassorla (2004) apresenta a pessoa que tem uma ideação suicida como alguém que vive em um dilema, entre morrer e viver, o que define essa morte é a força desse desejo ou a força investida para a efetivação do ato. O autor também traz a diferença entre o suicídio inconsciente e consciente. O termo tentativa de suicídio ambivalente é apresentada por Cassorla (2004) como o suicídio consciente no qual há a intenção de morrer, por mais confusa que seja, a intenção é realmente a de morrer.

Já o suicídio inconsciente pode ser ligado diretamente com a melancolia, como expõe a teoria freudiana. Trata-se da perda de um objeto inconsciente, logo assim, o sujeito não é capaz de localizar o objeto que já não mais o pertence e acaba se identificando com a perda. Também suspeita-se de um desejo inconsciente de não morrer naquelas pessoas que tentam suicídio e, muitas vezes, o ato não é efetivado, segundo Werlang e Botega (2004).

Werlang e Botega (2004), alertam sobre o fato de que 20% a 50% das pessoas que acabam se matando, já haviam tentado o suicídio antes. Portanto,

segundo os autores, a existência de uma tentativa de suicídio mostra a probabilidade de que um suicídio venha realmente a ocorrer.

Para Cassorla (2004), o primeiro estágio do suicídio seria a verbalização desse pensamento como algo possível de acontecer, o segundo seria o ato que acontece virtualmente, ou seja, no sentido da ideia, a terceira categoria seria a ameaça do ato suicida, em que o usuário anuncia a sua ação e a quarta seria o gesto suicida. A quinta seria ambivalente na qual a pessoa está indecisa entre a vida e a morte e está consciente da sua indecisão. A sexta categoria traz a tentativa de diferentes formas, é chamada pelo autor de tentativa de suicídio deliberada onde se percebe que de fato existe a intenção de se suicidar. A sétima colocação é o suicídio propriamente dito chamado de exitoso ou completo.

O ato em si chamado de exitoso não é constituído apenas por uma causa, mas sim de uma complexa rede de condições, essas condições são tanto biológicas, quanto psíquicas e sociais, que aqui chamaremos de condições biopsicossocial. Assim quebrando o senso comum de que suicídio é causado apenas por uma condição específica como, por exemplo, um término de relacionamento ou alguma crise econômica e sim como um fenômeno multidimensional incapaz de ser explicado apenas por uma causa. Assim, será toda a história do sujeito e os cuidados que ele terá ou não que resultará no ato efetivo do suicídio ou não (CASSORLA, 2004).

Alguns dados sobre o suicídio e as ações que o envolvem são de extrema importância para o entendimento e aprofundamento desse acontecimento multidimensional, sendo assim Werlang e Botega (2004) apresentam dados resumidos de Clark e Fawcet, segundo os quais que aproximadamente 60% das pessoas mortas por suicídio nunca o haviam tentado antes. Logo, os que morrem por suicídio, 50% a 60% nunca consultaram com um profissional de saúde mental. Dois terços do que cometem suicídio comunicaram claramente essa intenção, na semana anterior, a parentes próximos ou amigos. Colegas de trabalho e profissionais de saúde menos frequentemente ouvem essas comunicações. Metade dos que morrem do suicídio foram a uma consulta médica em algum período de seis meses que antecederam a morte, e 80% foram a um médico no mês anterior ao suicídio. No entanto, ainda permanece correto que 50% dos que se suicidam nunca foram a um profissional de saúde mental. Assim, é interessante pensar sobre a importância de profissionais de saúde em geral estarem

consciente dos diferentes perfis clínicos e aptos a questionarem ativamente sobre sintomas mentais associados ao elevado risco de suicídio.

Os dados apresentados pelos autores reforçam a importância dos profissionais inseridos dentro do campo da saúde saberem identificar fatores de riscos e sintomas apresentados pelos usuários que chegam com demandas de suicídio mas também outras que envolvam saúde mental. Assim, faz-se necessário ampliar não somente para os usuários que tentaram suicídio ou tem ideação suicida, mas também para os seus familiares, que segundo Werlang e Botega (2004), também se encontram em um grupo de risco, seja por mecanismos psicológicos de identificação que podem ocorrer fazendo com que surja o desejo de morte pelos familiares, seja por uma predisposição genética.

1.5 ESTRUTURA DO TRABALHO

A construção desta pesquisa teve seu início no mês de maio de 2019 e sua fase final no mês de outubro do mesmo ano. Em um primeiro momento, foram realizadas leituras sobre a temática do suicídio e a ligação do mesmo com a prática profissional do assistente social. Em seguida, se iniciou a construção do projeto do trabalho, tendo como norte as questões construídas para as entrevistas, com os profissionais de amplos serviços de saúde mental que atendam a demanda de suicídio do município de Santa Maria.

As entrevistas tiveram como foco o estudo da prática profissional do assistente social, junto a usuários que tentaram suicídio ou verbalizam o desejo de morte, a fim de entender os instrumentais e saberes utilizados por estes profissionais no cotidiano da sua prática profissional. Ao final da entrevista, os dados colhidos na transcrição serviram como subsídio na construção do trabalho em conjunto com a bibliografia da área.

No segundo momento, se fez necessário fundamentar a importância e a ideia do que é o suicídio, iniciando por dados epidemiológicos, que demonstram a noção de que o suicídio é uma questão de saúde pública e necessita de um olhar aprofundado e uma leitura de múltiplos saberes. Também, se fez necessário abordar as construções históricas da ideia do desejo de morte na sociedade e as construções desses saberes, identificando a forma como o suicídio foi moldado ao longo da história.

Dando continuidade à construção do trabalho, se direcionou para análise da leitura das ciências sociais sobre a temática do suicídio, sempre conectando com o serviço social e as expressões da questão social. A busca pelo entendimento da área das humanas sobre o tema partindo dos escritos de Durkheim (1858-1917) sobre os suicidas, apontando os tipos de classificação criadas pelo autor para entender esse fenômeno, que é concebido como algo ligado ao social.

Outro autor abordado para compreender o suicídio é Marx, que utiliza escritos de casos para trabalhar o tema, de forma a conseguir fazer uma leitura ampla da sociedade capitalista, da luta de classes e dos diferentes tipos de opressão que, segundo o autor, estão ligados diretamente com ações do suicídio. Ao final desse segundo momento foi abordada a psicanálise, como um saber utilizado não só para o entendimento do suicídio, mas também como forma de manejo para lidar com o suicida. De Freud (1856-1939) à Lacan (1901-1981), a psicanálise trata o desejo de morte ligado a inúmeros fatores como o inconsciente e as pulsões.

Assim, após a abordagem do que é o suicídio, dos impactos que o mesmo tem, dentro da sociedade, e como ele é interpretado por diversas áreas dos saberes, são trabalhadas as possíveis interações do suicídio com as expressões da questão social, da forma como se apresentam nas últimas décadas, particularmente, no Brasil. Assim, buscou-se construir a ligação do suicídio com o serviço social e as expressões da questão social, com a finalidade de entender o papel do assistente social dentro dessa demanda, que é emergente dentro da sociedade capitalista que estamos inseridos.

Por fim, o trabalho é direcionado a entender o papel do assistente social no atendimento às pessoas que tentaram o suicídio ou têm o desejo de morte, buscando identificar a partir da pesquisa e da bibliografia da área, quais são os instrumentais, saberes e ações usadas pelos profissionais assistentes sociais com a finalidade de uma análise do fazer profissional e de impulsionar novos saberes que possam auxiliar esses profissionais dentro do seu campo sócio-ocupacional. Essa busca visa promover um melhor atendimento aos usuários que sofrem com a demanda da ideação suicida.

2 FUNDAMENTOS DO SUICÍDIO

Segundo os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), o suicídio foi responsável por 800.000 mortes em 2016 (WHO, 2018), já sendo considerado há alguns anos pela mesma organização como uma questão de saúde pública entendendo a dimensão de que o Brasil está entre os dez países que registram os maiores números absolutos de suicídios, segundo dados compilados pela OMS (VÄRNIK, 2012; WHO, 2014). Em 2016, dados da OMS mostram que homens se matam 75% mais que mulheres, somando mortes de adolescentes e adultos. Ainda em 2016, o Brasil contabilizou 6,5 das mortes por suicídio em cada 100 mil habitantes (WHO, 2018). De acordo com a OMS, por exemplo, é previsto que no ano de 2020 cerca de 1,53 milhões de pessoas no mundo morrerão por suicídio, ocorrendo em média um incidente a cada vinte segundos (MACENTE; ZANDONADE, 2011)

As causas de suicídio em sua maioria são mais complexas que acontecimentos recentes da vida do sujeito como algumas expressões da questão social como perda do emprego ou termino de relacionamentos alguns transtornos mentais como a bipolaridade, depressão e dependência de álcool e outras drogas podem estar associados a pensamentos suicidas e tentativas. (BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2002).

Alguns dos determinantes causadores de ideação suicida e de tentativas exitosas ou não, estão ligados às estruturas ambientais e sociais da pessoa, ou seja, o meio em que ela vive e interage também tem influência no seu estado psíquico. Esses aspectos externos contribuem para um desfecho que é a somatória de causas estressoras que pode levar a um pensamento de alívio imaginar a execução do ato.

A ideia deste sub item é trazer perspectivas de autores da área das ciências sociais e humanas para reflexão do que é suicídio em diferentes perspectivas teóricas dentro de uma mesma área do saber, entendendo o suicídio como um fenômeno complexo e atemporal que pode ser interpretado dentro de uma mesma área de inúmeras formas diferentes ao longo do tempo.

Em consonância, Cerqueira (1982) afirma que a questão social representa o conjunto de problemas políticos, sociais e econômicos que o surgimento da classe operária impôs no mundo durante a constituição do capitalismo, implicando, portanto, na contraditória relação entre capital e trabalho.

2.1 Epidemiologia do suicídio/ aspectos epidemiológicos do suicídio

Segundo a organização mundial da saúde (OMS, 2014) estima-se que, anualmente, mais de 800 mil pessoas morrem por suicídio e, a cada adulto que se suicida, pelo menos outros 20 atentam contra a própria vida, assim, o suicídio representa 1,4% de todas as mortes em todo o mundo. O Brasil é o oitavo no mundo em números de suicídios, o que demanda dados epidemiológicos para a formulação e efetivação de políticas de prevenção do suicídio e promoção a vida.

Atualmente, existe a dificuldade da formulação desses dados epidemiológicos que se apresenta por inúmeros motivos. Um desses motivos é que os dados existentes são construídos a partir dos atestados de óbito, o que Cassorla (1992) apresenta como um dado não tão confiável. A família e a sociedade em geral, muitas vezes, alteram a causa da morte, falsificando os documentos, já que historicamente o sofrimento psíquico é entendido pela sociedade como algo que deva ser endemonizado ou trancafiado ao esquecimento.

Outro problema que o autor aponta é que em vários casos o suicídio é confundido com acidentes, principalmente acidentes automobilísticos

Estudos norte-americanos sugerem que $\frac{1}{4}$ dos acidentes automobilísticos teria alguma intenção de suicídio e que 50% dos suicídios reais seriam rotulados como acidentes. Envenenamentos acidentais, principalmente em crianças e acidentes com tóxicos (CASSORLA, 1992).

Minayo (2005) também aponta os problemas no que tange à questão da notificação das tentativas de suicídio:

A maioria das ocorrências não chega ao conhecimento das autoridades de saúde. E quando chegam às unidades de assistência, os registros elaborados nas emergências hospitalares ou nos prontos-socorros costumam assinalar apenas a causa secundária, ou seja, a lesão ou o trauma decorrente das tentativas que exigiram cuidados médicos, o que torna as informações pouco confiáveis (MINAYO, 2005. p. 209).

Botega et al (2004), compreende que o uso de dados estatísticos para a criação de um perfil epidemiológico que envolva o suicídio se torna difícil pela questão da cobertura e validação desses dados. Isso prejudica não só a criação desse perfil epidemiológico, mas também o trabalho de prevenção em suicídio, já que se torna difícil identificar as causas e as intencionalidades.

Porém, os dados tabulados até hoje auxiliam na tentativa de criar o perfil epidemiológico da pessoa em sofrimento que tem ideação suicida ou chega ao ato final. Segundo do Botega et.al.(2004) e Cassorla (1984) apontam que o Brasil tem baixos índices de suicídio comparados com países da Europa, Botega et.al.(2004) utilizando a classificação de Diekstra e Gulbinat para categorizar alguns países, apresentam que o Brasil tem um índice muito baixo de suicídio chegando a 5 óbitos a cada 100 mil habitantes, sempre pontuando que esses dados são retirados a partir de dados epidemiológicos, o que depende de registros confiáveis das tentativas de suicídio.

Autores como Botega et al (2004) e Cassorla (1984) nos apresentam algumas informações que possibilitam a construção de um perfil epidemiológico em volta da questão do suicídio, no qual as taxas de suicídio são maiores entre o sexo masculino, segundo dados da OMS. As taxas específicas de mortalidade por suicídio no Brasil, em 2008, eram de 7,7 óbitos/100 mil homens para o sexo masculino e 2,0 óbitos/100 mil mulheres para o sexo feminino. Botega (2009) traz a perspectiva de que ao mesmo tempo que as tentativas de suicídio nas mulheres, se comparada as dos homens, são expressivamente maiores. Entre os aspectos sociodemográficos e clínicos associados à ideação e as tentativas de suicídio, estudos internacionais destacam, de modo geral: o sexo feminino.

Esses dados para uma melhor compreensão e análise social devem ser lidos com uma perspectiva de gênero, pois talvez às mulheres que tentam se suicidar (consciente ou inconscientemente) não conseguem devido ao papel delas dentro de nossa sociedade que as coloca como cuidadoras e zeladoras de suas famílias e das pessoas que a cercam, talvez esses papéis de mãe, esposa, filha, avó impeçam essas mulheres de efetuar o que Lacan (1967) chama de o único ato bem-sucedido do homem.

Já os idosos, segundo os autores, têm preferência por métodos de suicídio como a intoxicação de medicamentos, o que pode ser ligado ao fácil acesso da população idosa aos medicamentos em geral, devido ao índice de problemas de saúde da sua faixa etária.

Os meios letais usados para o suicídio variam de diversas formas, desde a questão da facilidade do acesso a determinados objetos, cultura, gênero e faixa etária. Segundo Botega (2014), no Brasil, as pessoas se matam mais dentro de casa, sendo 51% do total de suicídios, seguido por um alto índice dentro de hospitais que fica na margem dos 26%.

Os meios mais utilizados são:

[...]Enforcamento (47%), armas de fogo (19%) e envenenamento (14%). Entre os homens predominam enforcamento (58%), arma de fogo (17%) e envenenamento por pesticidas (5%). Entre as mulheres, enforcamento (49%), seguido de fumaça/fogo (9%), precipitação de altura (6%), arma de fogo (6%) e envenenamento por pesticidas (BOTEGA, 2017).

Estudando os dados epidemiológicos, Botega et.al. (2004) e Cassorla (1984) nos mostram que se a sociedade não trabalha para auxiliar o indivíduo que tentou suicídio o ato se repetirá até ter êxito. Cassorla (1984), apresenta dados que apontam que 13% dos que tentaram suicídio tiveram êxito entre 1 a 12 anos após a primeira tentativa e que 5% das pessoas que tentaram tem êxito em causar a sua própria morte em até 5 anos

Existe de certa forma uma dificuldade que envolve os dados epidemiológicos é a questão da mídia e a divulgação desses dados, a maneira de divulgação dos casos de suicídios pode acarretar em novas tentativas. A influência da mídia³ nas taxas de suicídio vem de longa data, com chamados suicídios “por imitação ou por contágio”, que estariam supostamente relacionados à veiculação de notícias de suicídio. Diante disso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) interviu na forma de veiculação da mídia nos casos de suicídios, condenando o sensacionalismo e a banalização, o qual pode gerar aumento de suicídios, de forma que no início dos anos 2000 criou um manual com a

³ Uma leitura importante a ser considerada dentro desse debate é o livro de (1774), intitulado “Os sofrimentos do jovem Werther” de Johann Wolfgang von Goethe. Quando lançado na Europa, o livro inspirou uma leva de jovens leitores, que passaram a se vestir como o protagonista. Atribui-se ao livro a responsabilidade por uma onda de suicídios ocorridos na época.

intencionalidade de criar e orientar o debate sobre o suicídio e a mídia. Esse material contém informações sobre o impacto da veiculação dos dados epidemiológicos do suicídio, algumas fontes de dados confiáveis e às precauções do uso dos mesmos.

Segundo a Organização Mundial da Saúde os seguintes tópicos devem guiar a apresentação de dados epidemiológicos de suicídio em uma cobertura midiática:

- as estatísticas devem ser interpretadas cuidadosamente e corretamente;
- fontes de informação confiáveis e autênticas devem ser usadas; • comentários improvisados devem ser feitos cuidadosamente, a despeito das pressões de tempo;
- generalizações baseadas em fragmentos de situações requerem atenção particular;
- expressões como “epidemia de suicídio” e “o lugar com a mais alta taxa de suicídio do mundo” devem ser evitadas;
- deve-se abandonar teses que explicam o comportamento suicida como uma resposta às mudanças culturais ou à degradação da sociedade (OMS, 2000).

Entretanto, muitas vezes, a mídia se opõe as recomendações da OMS (2000), a qual recomenda: “Não publicar fotografias do falecido ou cartas suicidas”; “Não informar detalhes específicos do método utilizado” “Não fornecer explicações simplistas”; “Não glorificar o suicídio ou fazer sensacionalismo sobre o caso”; “Não atribuir culpas”. Logo, os meios de comunicação podem ser considerados fatores de risco, devido ao sensacionalismo do suicídio.

Muitas reportagens abordando suicídio são sobre famosos que tiraram a própria vida, propiciando o enaltecimento da tragédia. O suicídio do vocalista da banda “Charlie Brown Jr” foi noticiado em diversos sites, em meio a especulações de brigas entre os integrantes da banda. O guitarrista dessa banda também se matou meses depois, igualmente noticiados em grande proporção.

Após suicídio do consagrado ator Robin Williams, aumentou 10% o número de pessoas que tiraram a própria vida, reforçando teses sobre o impacto da exposição de suicídios de personalidades. Atenta-se que não falar sobre suicídio pode ser tão devastador quanto falar de maneira inadequada. Portanto, devido a sua grande influência, a mídia pode desenvolver importantes contribuições no campo da saúde mental, podendo desempenhar atividades de prevenção do

suicídio, fomentando Políticas Públicas, sobretudo, pelo importante papel que exerce na construção da opinião pública.

Compreendendo a dificuldade de estudar os dados epidemiológicos que envolvem o suicídio, a forma de construção desse mesmo perfil e o resultados do mesmo, podemos vencer a ideia de que existe um grupo de risco específico e, igualmente, que apenas parte da população teria uma tendência a tentativa de suicídio, pois nenhum indivíduo em nossa sociedade está livre de ter em algum momento de sua vida um sofrimento psíquico que possa evoluir para pensamentos suicidas.

Se faz necessário o entendimento que a busca por esses dados serve para adquirir maneiras de entender estes atos e criar políticas de prevenção do suicídio e valorização da vida e não para catalogar grupos de pessoas. Botega et al (2004) nos apresenta que mais de 90% das pessoas que tentaram o suicídio apresentavam um transtorno mental que propiciou o ato.

A fim de validar esse dado os referidos autores fizeram uma revisão sistemática da literatura passando por 31 artigos do ano de 1959 a 2001. Os resultados dessas pesquisas mostram que em 98% dos casos estudados as pessoas que tentaram o suicídio estavam em sofrimento psíquico e 47% já tinham passado por alguma internação psiquiátrica. No estudo feito, os três primeiros colocados nas tentativas de suicídio são os transtornos de humor, que encabeçam as tentativas somando 20% do estudo, em segundo lugar, o usuário com esquizofrenia aparece com 19,9% das tentativas e, por último, os transtornos de personalidade com 15,2 das tentativas Botega et.al.(2004).

O Manual de Prevenção do Suicídio: Um Manual para Profissionais da Saúde em Atenção Primária (2000) complementa esse debate quando nos mostra que:

- [...] a maioria das pessoas que cometeu suicídio tem um transtorno mental diagnosticável. Segundo, suicídio e comportamento suicida são mais frequentes em pacientes psiquiátricos. Esses são os grupos de diagnósticos em ordem decrescente de risco de:
- depressão (todas as formas);
 - transtorno de personalidade (antissocial e borderline com traços de impulsividade, agressividade e frequentes alterações do humor);
 - alcoolismo (e/ou abuso de substância em adolescentes);
 - esquizofrenia;
 - transtorno mental orgânico.

Bertolote & Fleischmann (2002) apontam que a situação do suicídio agrava quando mais de um sofrimento é associado ao outro, como por exemplo, a depressão e o uso de álcool.

Se faz necessário dentro do assunto das causas do suicídio o recorte sobre a disposição genética de algumas doenças, segundo o Guia Prático de Matriciamento em saúde mental, lançado em 2011, pelo Ministério da Saúde um estudo realizado em 2010 sobre crianças que tem ambos os pais esquizofrênicos tem 27% a mais de chance de desenvolver esse sofrimento psíquico, a mesma pesquisa mostra que quando o sofrimento é sobre o transtorno bipolar as chances são de 25%, a porcentagem baixa para 7% quando apenas um pai tem o sofrimento.

2.2 O suicídio em perspectiva histórica

O suicídio é um fenômeno estudado por diversas áreas da ciência, perpassando por diversos saberes na tentativa de entender como esse fenômeno se constrói em nossa sociedade.

Entendido como um fenômeno complexo, ou seja, que não é causado apenas por um único movimento, sim por um cenário de interações entre os elementos ambientais, sociais, fisiológicos, genéticos, biológicos e psicológicos, o suicídio é chamado dentro da área de saúde mental como um fenômeno biopsicossocial, que não se pode ser explicado apenas por um único saber, ou apenas por uma ciência. Assim, é necessário trabalhar as análises de realidade em cima dessa temática por uma lógica multiprofissional e de múltiplos saberes.

O suicídio é uma ação que se caracteriza por perpassar toda a história da humanidade e a cada época se apresenta e é culturalmente interpretado de formas diferentes. Segundo Minayo (2005), existe uma lacuna de registros sobre essa temática na história, podendo ser resultado do mal-estar histórico que a temática causa. Na antiguidade, estava presente em livros sagrados como a Bíblia e o Alcorão. No antigo testamento, personagens como Rei Saul, Abimalec, Sansão, Eleazar são referenciados dentro da história com atos suicidas e em certos casos tal atitude sendo colocada como heroica. Nas passagens da Bíblia, os casos de suicídio aparentemente não eram condenados, entretanto, a partir do

século VI o ato passa a ser considerado pela Igreja como um pecado mortal, um ato monstruoso, sendo colocado como um ato de rebelião contra o criador (BERTOLOTE, 2012).

Na Grécia Antiga, o indivíduo que desejava se matar deveria pedir autorização ao Senado, apresentando os motivos pelos quais acreditava ser legais para defender sua causa, e, se o pedido fosse aceito, o suicídio era considerado um ato legítimo e poderia ser efetuado sem qualquer tipo de retaliação. (DURKHEIM, 2000).

Em parte da Idade Média, a opinião social sobre o suicídio dependia da classe social que o suicida pertencia, assim, existindo uma diferença entre tentativa de nobres e camponeses. O suicídio de nobres em sua maioria era visto como um ato de coragem e honra, como por exemplo, quando se perdia uma batalha ou em situações de loucura. Já os camponeses quando executavam o ato suicida eram vistos como preguiçosos, que fugiam da sua responsabilidade com a nobreza e com a estrutura existente na época, em algumas ocasiões, o ato suicida dos camponeses era ligado com o demoníaco (MINAYO, 2005).

A partir do século V as Igrejas Católicas começam a trazer perspectivas diferenciadas sobre o ato suicida:

É principalmente a partir de Agostinho de Hipona (séc. V), também chamado por alguns de Santo Agostinho, que a morte de si passa a ter uma conotação pecaminosa. Posteriormente, ainda na Idade Média, passa a ser compreendida como crime, porque lesava os interesses da Coroa: aqueles que se matavam tinham seus bens confiscados pela Coroa, em detrimento de suas famílias, e os cadáveres eram penalizados. Ao final da Idade Média, com a separação entre a Coroa e a Igreja, o poder médico passa a ocupar um lugar privilegiado no controle da sociedade, de maneira que, a partir de então, são os “médicos” que definem a negatividade da morte voluntária, deslocando o fenômeno do pecado à patologia e qualificando-o como loucura (BERENCHTEIN NETTO, 2013, p. 16).

Durante o Cristianismo a condenação do suicídio aumentou progressivamente, segundo Minayo (2005, p. 217):

Nos quatro primeiros séculos do cristianismo, pode-se dizer que houve um longo período de ambiguidade interpretativa. A partir de então, o discurso da Igreja Católica se tornou totalmente contrário a esse ato, e os suicidas passaram a sofrer um processo de interdição absoluta. O discurso de Santo Agostinho, por exemplo, os condena terminantemente dizendo que ninguém tem o direito de espontaneamente se entregar à

morte sob o pretexto de escapar aos tormentos passageiros, sob pena de se mergulhar nos tormentos eternos. Segundo esse teólogo, o suicídio contraria o sexto mandamento da Lei de Deus: “Não matarás” e por isso é um ato condenável e criminoso (MINAYO, 2005, p. 217).

A autora traz uma interessante observação de que o suicídio perpassou por inúmeras áreas até os dias atuais: “[...] o fenômeno do suicídio sempre, desde os gregos, foi colocado na pauta dos problemas filosóficos e invadiram o campo da literatura antes de compor o repertório das indagações da medicina e da psicologia” (MINAYO, 2005, p. 219).

No início do século XVII, a medicina se insere no debate sobre suicídio, trazendo a ideia de que o ato se configura por uma doença somática ligada à depressão e à melancolia, dando início ao debate que se iniciou o século XVIII. Logo com a chegada do século XIX, a temática do suicídio foi ganhando a sua laicização se desprendendo-se da tutela das religiões e da moral, começou a ser vista como um fato social por mais que as religiões seguissem trabalhando em cima da ideia de moralizar o ato suicida, moralização que segue até os dias de hoje (MINAYO, 2005).

A partir do século XX, o suicídio é visto pela ótica da doença mental e começa a ser observado por áreas da saúde como a psicologia e a psiquiatria que tentam buscar uma explicação, formas de manejo e até mesmo uma cura para o suicídio.

O debate atual sobre a temática foca nas formas de criar dados epidemiológicos exatos e seguros a fim de criar políticas públicas que promovam a valorização da vida e a prevenção do suicídio. Outro debate atual do tema do suicídio é a eutanásia que foi idealizada por Francis Bacon, em meados de 1923, como uma forma de enfrentar às doenças incuráveis. Essa ideia divide opiniões bem polarizadas no mundo inteiro sendo que, em 1987, a Associação Médica Mundial, considerou o procedimento eticamente inadequado (GOLDIM, 2004).

No Brasil é inexistente dentro da legislação alguma lei que regulamente o ato da eutanásia, mas em 2012 o Deputado José Sarney propôs reformular o Código Penal Atual, assim tramitando no Congresso Nacional o Projeto de Lei nº 236/2012 que propõe em seu artigo 122: Matar, por piedade ou compaixão, paciente em estado terminal, imputável e maior, a seu pedido, para abreviar-lhe sofrimento físico insuportável em razão de doença grave. O projeto está

tramitando até os dias de hoje, dividindo opiniões da população por abordar o tema mais complexo existente, a morte.

Assim, é possível entender que o olhar que o homem tem do mundo implica nas ações do mesmo, podendo pensar que a ideia do suicídio se concentra no contexto histórico em que é aplicada.

2.3. Os estudos das ciências sociais e humanas

Inúmeros autores dentro da área das ciências humanas e sociais discutiram o suicídio por diferentes perspectivas, alguns pela ótica social de grupo, outros pela individual, financeira, de opressões, entre outras

Sêneca o define como “um ato de heroísmo”, Goethe (1749-1832) como “um ato próprio da natureza humana e que em cada época, precisa ser repensado”, Kant (1724-1804) como “a destruição arbitrária e premeditada que o homem faz da sua natureza animal”, Rousseau (1712-1778) como “uma violação ao dever de ser útil ao próprio homem e aos outros”, Nietzsche (1844-1900) como “admitir a morte no tempo certo e com liberdade”, Sartre (1905-1980) como “uma fuga ou um fracasso”, Shopenhauer (1788-1860) como “positivação máxima da vontade humana” (SILVA, 1992 apud SHIKIDA, 2006).

Émile Durkheim é um dos poucos autores do campo das ciências sociais e humanas que se debruça sobre o assunto, cuja contribuição original e inédita permanece sendo uma importante referência para os estudos sociais até os dias de hoje. O referido autor nos apresenta uma perspectiva diferenciada ao olhar o suicídio por uma lógica social.

Os estudos empíricos de Durkheim foram baseados em cima de dados de seis países, entre eles a França, Prússia, Inglaterra, Baviera, Dinamarca, Saxônia, os dados foram analisados entre o ano de 1841 a 1872, partindo do ponto de que:

Cada sociedade tem, por tanto, em cada momento da sua história, uma predisposição definida para o suicídio. Mede-se a intensidade relativa dessa tendência tomando-se a relação entre números globais de morte voluntárias e a população de todas as idades e de ambos os sexos. Designaremos esse dado numérico por taxa de mortalidade-suicídio a sociedade considerada. Calculada, em geral, proporcionalmente a um milhão ou cem mil habitantes (DURKHEIM, 2000, p. 19).

Para Durkheim (2000), o fenômeno da autodestruição é fruto de um conflito entre o indivíduo e a sociedade, logo assim trata o suicídio não como uma causa individual, mas como uma causa social. Para ele, o suicídio deve ser entendido como toda a morte que é resultado de forma direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e que ela teria consciência de que a morte seria o resultado (DURKHEIM, 2000).

O autor aponta que o homem é uma parcela social e ele se constitui a partir do contato com o meio em que vive, ou seja, a sociedade. É através do meio em que vive que conhece as regras e os comportamentos aceitos ou não socialmente.

Ao corresponder esses comportamentos ou expectativas esperadas, a pessoa alcança uma satisfação pessoal que lhe proporciona bem-estar e equilíbrio. Em contraponto, a quebra de vínculos e a ruptura de laços sociais ocasionam um desequilíbrio entre as partes, e o suicídio é consequência dessa desordem.

O indivíduo é dominado por uma realidade moral que o ultrapassa: é a realidade coletiva. Ao vermos que cada povo tem uma taxa de suicídios que lhe é pessoal, que essa taxa é mais constante do que a da moralidade geral, que, se ela evolui, é segundo um coeficiente de aceleração próprio a cada sociedade, que as variações pelas quais ela passa-nos diferentes momentos do dia, do mês, do ano não faz mais do que reproduzir o ritmo da vida social (DURKHEIM, 2000, p. 06).

Nesse sentido, na visão de Durkheim (2000), o suicídio é definido como um fenômeno social, reflexo da necessidade do indivíduo em corresponder às normas, expectativas e ações impostas pela sociedade em que vive. O desespero do homem diante da situação de não conseguir responder a tais pedidos faz com que ele perca o desejo de viver em sociedade.

É a relação entre indivíduo e as normas que o levam ao suicídio; tratam-se de fenômenos individuais que respondem às causas sociais, a “correntes suicidógenas” de distinto tipo que estão presentes na sociedade. Assim sendo, esse ato extremo, exasperado, de aparente individualismo que é o suicídio pode ser tema da sociologia (DURKHEIM, 2000, p. 26).

O autor em sua obra nos apresenta três tipos de suicídio, o egoísta, o altruísta e o anômico. O suicídio egoísta se apresenta pela necessidade e a vontade da autodestruição ligados aos desejos individuais que são incapacitados

de serem realizados e o rompimento das relações sociais com o meio. No suicídio altruísta trata-se de morrer por uma causa a se orgulhar, uma forma de se conseguir uma honra para si, os laços sociais criados pela pessoa são tão intensos que quando não conseguem corresponder às normas sociais estabelecidas pelo coletivo, a pessoa acaba sacrificando a própria vida, a exemplo dos soldados japoneses que lutaram na Segunda Guerra Mundial e que ficaram conhecidos como camicases, outro exemplo mais contemporâneo são os atos terroristas praticados por fanáticos religiosos e extremistas políticos.

Por fim, o ato anômico segundo o autor é causado por anomalias na sociedade, uma perturbação na ordem social de algum grupo devido à ausência ou ruptura de uma regra ou processo que causa um equilíbrio. Um exemplo bem conhecido de anomalias é às crises cíclicas do capital, como a grande crise econômica conhecida como a Grande Depressão de 1929 que causou uma grande onda de suicídio, segundo o autor tem uma influência significativa no aumento nas taxas de suicídio (DURKHEIM, 2000). A importância dos estudos de Durkheim sobre o suicídio para a nossa sociedade é indiscutível, o autor abriu reflexões e trouxe perspectivas científicas sobre o tema do suicídio, possibilitando avanços na área.

Outro teórico que traz uma construção social do que é suicídio e como ele se desenvolve em nossa sociedade é Karl Marx (1818-1883) que, em 1846, apresentou um artigo intitulado “Sobre o Suicídio”; construído a partir de casos traduzidos para o alemão do capítulo *Du Suicide et des ses causes* das memórias de Jacques Peuchet, um diretor dos Arquivos da Polícia Francesa durante o período da Restauração. Esse artigo retrata alguns dos casos de suicídio que Jacques registrou no período em que lá trabalhou.

Marx com o uso do próprio método de análise de realidade analisou os casos. Esse autor chama o método de o materialismo histórico-dialético que parte de uma concepção de que as ideias, as relações sociais e a consciência existentes dependem de determinadas formas. Sua teoria afirma que não são as ideias e a consciência que controlam o homem, mas o homem é quem determina e constrói suas ideias e sua consciência na produção de sua existência (MARX, 1993).

O método criado por Marx é uma unidade no qual não existe uma teoria que não é associada com a prática, é uma unidade indissociável. É na prática que o

homem deve mostrar a sua verdade e a do seu pensamento, razão essa que faz com que a prática seja considerada para a dialética de Marx como um critério de verdade, logo essa prática deve ser orientada pela teoria de forma clara e com propósito, ou seja, uma práxis. Ao contrário de Durkheim que trabalhava com a ideia de neutralidade na pesquisa, Marx afirmava que era preciso ter uma posição crítica sobre a realidade.

Assim, em suas análises, Marx apresenta várias concepções de poder autoritário que supostamente contribuíram para os atos de suicídio, concepções essas que são reforçadas e colocadas pela sociedade capitalista.

No primeiro caso apresentado pelo autor, Marx (2006) traz a história de uma moça que dormiu na casa de seu noivo antes do casamento, assim sendo humilhada por sua família e pessoas de seu convívio social, não suportando a humilhação a moça se matou. Sobre esse primeiro caso de suicídio, Marx diz que:

As pessoas mais covardes, as mais incapazes de se contrapor, tornam-se intolerantes assim que podem lançar mão de sua autoridade absoluta de pessoas mais velhas. O mau uso dessa autoridade é igualmente uma compensação grosseira para o servilismo e a subordinação aos quais essas pessoas estão submetidas, de bom ou de mau grado, na sociedade burguesa (MARX, 2006b, p. 32).

No segundo caso, Marx (2006) apresenta a situação de um casal no qual o homem participante da burguesia após um tempo passou a sofrer de uma doença que lhe causava feridas no rosto e também fez com que seu corpo se se deforma. Atingido pela doença, com ciúme e vergonha, o homem trancafiou a sua esposa, fazendo com que a mesma fosse atingida por uma tristeza profunda e já descrente da vida e de seu amor, a moça conseguiu fugir de sua casa, correu até o rio e se jogou da ponte.

Em ambos os casos a reflexão de Marx sobre o suicídio aborda a questão da não superação das relações de servidão, que agora aparecem na sociedade burguesa de outra forma, dando forma ao machismo e às crenças que envolvem essa opressão. Ao fim todos os casos, Marx traz a reflexão de que:

Que tipo de sociedade é esta, em que se encontra a mais profunda solidão no seio de tantos milhões; em que se pode ser tomado por um desejo implacável de matar a si mesmo, sem que ninguém possa prevê-lo? Tal sociedade não é uma sociedade; ela é, como diz, Rousseau, uma selva, habitada por feras selvagens (MARX, 2006b, p. 28).

A intenção de Marx ao publicar esses escritos, era a de apontar as contradições da vida moderna, não focando apenas nas questões econômicas, no conflito de classes entre burguesia e proletariado, mas também de qualquer círculo no qual houvesse alguma expressão de opressão. Assim, Marx tentou demonstrar que os problemas ligados ao suicídio não estão em um ou outro caso de forma focal, mas sim, na sociedade capitalista e em suas relações sociais de poder e opressão. Marx procurou demonstrar que apenas com uma transformação radical da sociedade, envolvendo a superação do modo de produção capitalista, suas instituições e suas relações sociais, seria possível dar fim ao suicídio e a outros problemas que permeiam a sociedade.

A pluralidade de personagens que Marx nos apresenta por meio dos relatos demonstram que por mais que o suicídio tenha em uma de suas causas a crise do capital, o ato é praticado em todas as classes. Assim, é possível perceber a partir dos casos que o suicídio não pode ser reduzido apenas por aspectos psicológicos, deve ter a sua compreensão também pela ótica dos determinantes sociais, por fim, traz a reflexão de que “o suicídio não é mais do que um entre os mil e um sintomas da luta social geral” (MARX, 2006, p. 29).

Mesmo sendo um tema clássico das ciências sociais e humanas, dentro da área da sociologia, o debate sobre o suicídio tem se restringido em análises dos pensamentos de Durkheim aos contextos modernos. Acredita-se que isso se deve à complexidade epistemológica do tema, que exige uma ótica multidisciplinar e interdisciplinar para que se entenda o suicídio de uma forma completa.

As várias disciplinas que estudam e tentam entender a temática, acabam por reduzir o assunto a sua própria visão e fazê-lo se encaixar em suas categorias, como se a temática pertencesse apenas a sua linha teórica. Chesnais (1981) diz que cada especialidade tende a se tornar um tipo de religião ao se fechar em sua própria verdade e dogmas de pensamentos. Entretanto, ao contrário, deste pensamento os fatos mostram que a autodestruição e a autoagressão humana são resultantes de uma combinação de elementos.

O suicídio é simultaneamente histórico, cultural e individual, expressando-se nos indivíduos em uma lógica biopsicossocial, assim, tendo interferências interiores e exteriores.

2.3.1 O suicídio e a psicanálise

A Psicanálise se faz presente nessa pesquisa não como uma tentativa de retroceder ao pensamento de que o serviço social deva psicologizar o seu fazer e o seu atendimento junto aos usuários, mas sim, em uma tentativa de entender de forma ampla e de múltiplos saberes a questão do suicídio e o seu manejo, tendo como escolha a Psicanálise, linha usada por alguns psicólogos e psiquiatras como forma de instrumento em seus atendimentos.

A Psicanálise acredita que talvez exista uma dificuldade de se falar sobre suicídio porque a temática está presente no íntimo de cada humano onde Freud nos apresenta pela primeira vez em seu artigo “Além do Princípio do Prazer” (1920) denominando esse desejo ligado à morte como pulsão de morte, assim a mesma seria responsável por incentivar às questões como a agressividade, autodestruição e culpa. A pulsão de morte é o inverso a pulsão de vida, porém às duas seriam necessárias para o funcionamento do indivíduo como um ser.

[...] não temos mais que levar em conta a enigmática determinação do organismo (tão difícil de encaixar em qualquer contexto) de manter sua própria existência frente a qualquer obstáculo. O que nos resta é o fato de que o organismo deseja morrer apenas do seu próprio modo. Assim, originalmente, esses guardiões da vida eram também lacaios da morte. Daí surgir à situação paradoxal de que o organismo vivo luta com toda a sua energia contra os fatos (perigos, na verdade) que poderiam auxiliá-lo atingir mais rapidamente seu objetivo de vida, por uma espécie de curto circuito (FREUD, 1920/1996, p. 49).

A pulsão de vida, é responsável pelas pulsões de auto conservação (ego) e pulsões sexuais (libido), sendo a primeira responsável pela questão da sobrevivência como a alimentação e proteção e a segunda tem relação com a preservação da espécie (JORGE, 2005).

Segundo Cassorla (2017), as pessoas com uma menor intensidade de pulsão de vida ou mais direcionadas à pulsão de morte, podem se colocar em situações duvidosas, como por exemplo, sofrer acidentes automobilísticos em estradas em perfeito estado, ficar doentes mesmo bem nutridos ou colocar-se em risco em situações perigosas, algumas dessas situações de forma inconsciente, outras não.

Desse modo, diante da impossibilidade de atender as demandas de uma sociedade que tem como ideal a felicidade, acaba se tornando impensável que a

morte possa no âmago de cada sujeito aparecer como uma alternativa. Porém, há um paradoxo, pois segundo Freud:

[...] é impossível imaginar nossa própria morte e, sempre que tentamos fazê-lo, podemos perceber que ainda estamos presentes como espectadores. Por isso, a escola psicanalítica pôde aventurar-se a afirmar que no fundo ninguém crê na sua própria morte, ou, dizendo a mesma coisa de outra maneira, que no inconsciente cada um de nós está convencido de sua própria imortalidade (FREUD, 1915, p. 299).

Para entender os rumos que a Psicanálise toma para trabalhar a temática do suicídio é necessário mais uma vez citar Cassorla (1991, p. 22) quando nos apresenta a ideia de que “[...] o suicida não quer morrer - na verdade ele não sabe o que é a morte. Aliás, ninguém sabe. O que ele deseja é fugir do sofrimento”. Assim, para a Psicanálise o sujeito não busca a sua morte de fato, mas a morte da dor, da angústia e do sofrimento que está em seu ser de forma insuportável. Segundo Freud:

A humanidade não escolhe o suicídio porque a lei do seu ser desaprova a via direta para o seu fim. A vida tem que completar o seu ciclo de existência. Em todo ser normal, a pulsão de vida é forte o bastante para contrabalançar a pulsão de morte, embora no final resulte mais forte. Podemos entreter a fantasia de que a Morte nos vem por nossa própria vontade. Seria mais possível que pudéssemos vencer a Morte, não fosse por seu aliado dentro de nós. Neste sentido acrescentou Freud com um sorriso, pode ser justificado dizer que toda a morte é suicídio disfarçado. (FREUD, 1926, p.184).

O psicanalista Charlic (2002) nos apresenta um ponto de reflexão de Freud, em sua passagem de 1910, por meio da qual Freud traz duas ideias sobre a temática do suicídio que não são excludentes entre si. “De um lado, a renúncia do eu à vida poderia ser provocada por uma decepção da libido devido a causas externas; de outro lado, a renúncia poderia provir de causas internas, de motivos próprios ao eu” (Freud, 1910/1969, p. 209). Assim, podemos entender que a ideia que insere Freud nos pensamentos sobre o suicídio são de que aspectos internos e externos podem ser causadores dessa tendência à autodestruição.

Freud retoma a perspectiva do suicídio em Luto e Melancolia (1917 [1915]/1996a), trazendo às diferenças entre o luto e a melancolia, “no luto, é o mundo que se torna pobre e vazio; na melancolia, é o próprio eu” (FREUD, 1917

[1915]/1996a, p. 278). Esse eu, sendo desmerecido, se tornando miserável e passivo de uma punição, punição esta que pode ser a morte.

Outra perspectiva psicanalítica sobre o suicídio é a de Jacques Lacan, psicanalista que se propôs a reinserir a Psicanálise no debate com a ciência chegando na ideia que o inconsciente se estrutura como uma linguagem, em que o ato suicida se apresenta como uma resposta de algo que não foi dito, assim, em uma perspectiva central, a ideia é de que tudo o que não é verbalizado vira sintoma. O autor denomina o suicídio como o único ato humano bem-sucedido.

Segundo Lacan (2005), o ato se apresenta por três momentos principais, o primeiro se refere a linguagem, sobre como o que acaba se tornando impossível de ser expressado pela fala acaba se tornando uma ação. O segundo é ligado a característica, após o ato acontecer não há como voltar atrás, a pessoa não será mais a mesma. O terceiro e último, o sujeito não é capaz de se reconhecer no ato, o sujeito do inconsciente não se faz presente no ato.

Lacan (2005) nos apresenta o termo *act out*, que é o oposto da passagem ao ato, já que o *act out* é um ato dirigido ao outro que se faz em forma de uma prática a espera de uma interpretação do outro, em que o ato é sempre dirigido ao outro.

O *acting out* é ligado ao suicídio enquanto tentativa, logo que “para a Psicanálise todo ato suicida é um *acting out* [...] O suicídio constrói-se como um momento onde o indivíduo ‘está fora de si’, e graças à cisão pode atacar a si mesmo”. (DIAS, 1991, p. 91).

O sujeito busca por meio da tentativa de suicídio se mostrar ao Outro, um exemplo, é quando o sujeito tenta o suicídio por meio de cortes, porém faz isso perto de alguém que possa encontrá-lo e salvá-lo, mostrando que em sua totalidade não desejava a sua própria morte. Esse ato vem no lugar da necessidade de uma fala que não é verbalizada, desse modo:

[..] pode ser entendida como um apelo ao Outro, por um sujeito que inundado em seu sofrimento particular, cria a cena, se inclui nela e, atuando, põe em risco a própria vida. Nesses casos o sujeito acredita querer matar-se, ainda que a cena montada denuncie “aos espectadores” o desejo inconsciente do malogro do seu ato (CARVALHO, 2014, p.141).

Logo assim, entende-se o porquê o *acting out* é diferente da passagem ao ato já que a passagem ao ato não se dirige a ninguém e nem busca uma interpretação, porém ambas buscam cessar a angústia que há no eu.

Essa angústia surge quando o que Lacan nomeou de causa do desejo some e quando este objeto some, não há causa e não há falta, por isso Lacan (2005) irá nos dizer que há falta na falta. Entende-se que é a falta que faz com que a pessoa tenha desejos, e quando esses desejos somem por existir a falta da falta surge a angústia, assim o *acting out* e a passagem ao ato aparecem como uma alternativa de saída da angústia, que se expressa pelas autoagressões.

A Psicanálise tem como ferramenta principal a escuta e a fala, assim se propondo a ouvir esse paciente, como é chamado dentro dos consultórios. Porém, dentro do serviço público e dentro do serviço social chamamos quem acessa o serviço de usuário, por entendermos esse sujeito como alguém que detém o poder sobre seu processo de cuidado, seja ele qual for tirando esse sujeito de um lugar passivo ao tratamento e o colocando como alguém que acessa e usa aquele serviço e tratamento e tem escolha e decisão sobre o mesmo.

Assim, o psicanalista, tirando-o apenas do lugar de suicida, para um lugar aonde o mesmo entenda a falta de gozo pela vida, visando uma ressignificação dessa dor, trabalhando alternativas para além da morte. Compreendendo que esse sujeito que desiste da vida tem uma história, muitas vezes silenciada por inúmeros acontecimentos, assim, colocar esse sujeito em movimento se apresenta uma grande possibilidade de conduzi-lo ao desejo a vida.

A escuta analítica que a Psicanálise se propõem a fazer, traz a possibilidade de que o usuário represente de forma crítica e construtiva suas construções passadas e trabalhe seus sentimentos e emoções, de forma com que crie um novo significado para a sua vida.

Pensando o manejo com o suicida a partir da perspectiva psicanalítica Fukumitsu (2014, p. 271) nos apresenta que “o manejo com aqueles que pensam no suicídio requer respeito, disponibilidade, trabalho constante com dores, tolerância às frustrações e trabalho interdisciplinar”. Portanto, independente da linha teórica, o cuidado da pessoa que pensa em suicídio não pode ficar isolado em um único saber.

Fukumitsu (2014) também trabalha com a perspectiva que a morte é soberana, independente dos nossos esforços a mesma se concretizará, o papel

de quem atende alguém com desejo de morte não se faz em evitar a mesma, mas sim, promover e ampliar o desejo de vida.

A autora também reforça a necessidade de ser respeitada a vontade de morte do outro, assim o manejo é ligado a forma como o profissional que atende percebe o suicídio:

Se o profissional acredita que o suicídio seja um fenômeno que deva ser explicado, provavelmente direcionará sua atenção para as causas (precipitantes). Em contrapartida, o comportamento suicida é um fenômeno multifatorial, pelo qual devem ser acolhidos tanto os fatores de risco (predisponentes) quanto suas causas (precipitantes). Sendo assim, o ato suicida abrange o viés individual, social e cultural (FUKUMITSU, 2014, p.271).

Falar em manejo dentro da Psicanálise se torna quase impossível, já que diferente de algumas linhas teóricas, a psicanálise não segue um manual pronto, mas percebe o sujeito como único dentro de sua estrutura. Mas existem dois pontos interessantes que veremos de forma breve, dentro do manejo dos atendimentos psicanalíticos que se fazem pertinentes ao atendimento junto a pessoas que tentaram suicídio ou tem ideação.

O primeiro é a transferência, que não se faz presente apenas nas psicoterapias, fenômeno que está presente em todas às relações sociais. A transferência basicamente se resume na repetição e atualização das nossas relações com os novos encontros, tendo como ponta pé inicial a relação com os nossos pais. Segundo Freud:

[...] O paciente não recorda coisa alguma do que esqueceu e reprimiu, mas expressa-o pela atuação ou atua-o (acts it out). Ele o reproduz não como lembrança, mas como ação; repete-o, sem, naturalmente, saber que o está repetindo. Por exemplo, o paciente não diz que recorda que costumava ser desafiador em relação à autoridade; em vez disso, comporta-se dessa maneira para com o médico. [...] Não se recorda de ter-se envergonhado intensamente de certas atividades sexuais e de ter tido medo de elas serem descobertas; mas demonstra achar-se envergonhado do tratamento que agora empreendeu e tenta escondê-lo de todos. E assim por diante. Antes de mais nada, o paciente começará seu tratamento por uma repetição deste tipo (1914a/1996, p. 165-6).

Para Lacan (2005), a transferência se articula em torno do Sujeito Suposto Saber, termo cunhado por ele e inexistente nos escritos de Freud que é o convite

ao paciente para dizer tudo em desordem, sem reter nada. O Sujeito Suposto Saber, diz Miller (1988), é uma consequência direta desse procedimento.

Logo assim, o processo de transferência é importante porque nos permite entender de que lugar o sujeito fala, que bagagens o mesmo carrega vinda das demais relações e vivências. Essa ferramenta se faz necessária no atendimento ao usuário suicida, entender às relações do mesmo com os outros e com o mundo pode auxiliar no processo de entendimento do porquê do desejo de morte.

Outra perspectiva sobre a abordagem psicanalítica que se faz necessário pontuar ao pensar o manejo com pessoas que tentaram suicídio ou tem esse desejo, é a fala. Como pontuado anteriormente, tudo o que não é falado acaba se tornando sintoma. Assim, há necessidade da fala como algo de extrema importância no processo de cuidado da pessoa em sofrimento psíquico proveniente de ideações suicidas.

Lacan nos faz compreender que a fala, por mais que venha fragmentada, ou por meio de “códigos” ou “senhas” ela tem o seu falar e o seu sentido, logo, cabe a pessoa que atende o ser que fala, compreender o elemento, significar o que repousa nesse falar (LACAN, 1998).

Mesmo que não comunique nada, o discurso representa existência da comunicação; mesmo que negue a evidência, ele afirma que a fala constitui a verdade; mesmo que se destine a enganar, ele especula com a fé no testemunho (LACAN.1998, p. 253).

Lacan, trabalha a ideia que o entendimento do eu, às respostas do inconsciente se dão pela fala, fala essa que quando tem como temática o suicídio é vedado e silenciado em forma de tabu em nossa sociedade. Pela lógica da psicanálise, que segue na contramão da lógica da nossa sociedade, a ferramenta construída no falar é necessária. Dentro do espaço psicanalítico nada é proibido, nada é silenciado e esse espaço de fala livre, chamada dentro da psicanálise de associação livre, se constrói como o caminho para a busca do entendimento da situação de quem precisa ser cuidado.

2.3.2 O suicídio como expressão da Questão social e a contribuição do Serviço Social

O conceito de questão social não é unívoco, porém, os aportes analíticos de Netto (2006) e de Iamamoto (1997) são hegemônicos na profissão. Em que pese às divergências teórico-conceituais, o conceito é uma das bases de justificação da profissão de assistente social, constituindo objeto ou matéria-prima da profissão. Neste sentido, aborda-se o conceito e as possíveis mediações entre o suicídio e a questão social, que desvelam o modo de conceber e interpretar esse fenômeno pela profissão.

As expressões da questão social são frutos das desigualdades sociais da sociedade capitalista, não apenas das desigualdades econômicas, mas também de poder que foram se construindo ao longo do tempo junto ao capital econômico das classes dominantes como um impulsionador da discriminação e da exclusão social. Assim, o objeto ou a matéria-prima do trabalho do serviço social se encontra no âmbito da questão social, pois é nela que se faz emergir a necessidade da intervenção profissional do assistente social em suas múltiplas determinações.

Os assistentes sociais trabalham com a questão social nas suas mais variadas expressões quotidianas, tais como os indivíduos as experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública, etc. Questão social que sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resistem se opõem. É nesta tensão entre produção da desigualdade e produção da rebeldia e da resistência, que trabalham os assistentes sociais, situados nesse terreno movido por interesses sociais distintos, aos quais não é possível abstrair ou deles fugir porque tecem a vida em sociedade. (...) a questão social, cujas múltiplas expressões são o objeto do trabalho cotidiano do assistente social” (IAMAMOTO, 1997, p. 14).

José Paulo Netto (2006) faz um repasse histórico importante para entendermos a construção da questão social em um texto que aparece como apêndice, na 3ª edição do seu livro “Capitalismo Monopolista e Serviço Social”. Netto (2006) aponta que o termo “questão social” teve seu primeiro uso em meados do século XIX por críticos políticos e filósofos. Esse termo surge para abordar o que o autor chama de “O fenômeno mais evidente da história da Europa Ocidental”, que foi chamado de pauperismo, causado pelo primeiro impacto da

industrialização. Esse fenômeno teve como efeito principal o empobrecimento massivo da população.

Segundo o autor, foi um fenômeno jamais visto, com efeitos inéditos de desigualdade, que passava longe da polaridade conhecida entre as classes pobres e as dominantes, tratando-se de um evento de pobreza radical. Netto (2006) aponta:

Pela primeira vez na história registrada, a pobreza crescia na razão direta registrada em que aumentava a capacidade de se reproduzir riquezas [...] Se, nas formas de sociedade procedentes da sociedade burguesa, a pobreza estava ligada a um quadro geral de escassez (Quadro em larguíssima medida determinado pelo nível de desenvolvimento das forças produtivas materiais e sociais) agora ela se mostrava conectada em um quadro geral tendente a reduzir com força a situação de escassez. (NETTO, 2006, p.12.).

A partir da metade do século XIX, o termo questão social é usado pelos pensadores conservadores, a revolução de 1848 que ao finalizar o ciclo progressista da burguesia, impediu o entendimento claro do nexos que existe entre os campos da sociedade e da economia.

A revolução de 1848 também demarcou a existência de um interesse antagônico entre as classes, assim os trabalhadores ascenderam nos pensamentos políticos, entendendo que a questão social está ligada diretamente à opressão da classe burguesa. “A partir daí o pensamento revolucionário, passou a identificar na expressão questão social uma tergiversação conservadora, e a só empregá-la indicando este traço mistificador” (NETTO, 2006, p.156). Porém, o autor aponta que apenas em 1867 quando Marx lança o primeiro volume de “O Capital” se obteve de fato um entendimento teórico do que é a questão social através da explicação do que é reprodução do capital, não podendo ficar apenas ligada pauperismo.

A ideia sustentada por Netto (2006) que a questão social é apresentada de forma diferente conforme a época e a apresentação do capital. A forma como o capital se expressa em determinada época, faz com que a questão social se apresente de forma diferente, logo assim, tendo suas expressões modeladas conforme o movimento do capitalismo.

A dinâmica societária específica dessa ordem não só põe e repõe os corolários da exploração que a constitui medularmente: A cada novo estágio de seu desenvolvimento, ela instaura expressões, sócio humanas diferenciadas e mais complexas, correspondentes a intensificação da exploração que é a sua razão de ser (NETTO, 2006, p.160).

Para entender a ligação do suicídio com o objeto de trabalho do assistente social é necessário compreender como e porque as expressões da questão social estão ligadas ao suicídio. Assim, precisamos entender o trabalho do assistente social junto ao espaço sócio-ocupacional da saúde mental no qual o assistente social trabalha com as expressões da questão social que se manifestam a partir da exclusão da pessoa com transtorno mental do sistema produtivo e do convívio social pelo estigma social que passou a fazer parte da sua identidade (ROSA, 2008).

Ao discutir a questão social não podemos apenas entender a mesma como um reconhecimento da pobreza ou da miséria, mas sim, como entrave que existe nas sociedades modernas com o intuito de desvelar a contradição permanente entre a lógica do mercado e a dinâmica societária. Netto (2001) traz essa ideia quando alega que a questão social está relacionada à efetivação e consolidação do modo de produção capitalista que tem em sua essência a acumulação do capital. Essa acumulação provém dos meios de produção, gerando o conflito entre a classe burguesa que oprime e a classe trabalhadora que é oprimida.

Quando Yamamoto (1997) afirma que as expressões da questão social também representam rebeldia, a autora aponta a pressão da classe trabalhadora que faz um contraponto ao capital, manifestando suas resistências. A classe trabalhadora quando organizada, pressiona e obriga o Estado a assumir as demandas dessa classe suprindo as necessidades que provém dessas expressões.

Segundo Netto (2012, p. 2) “crises, não só as financeiras, fazem, também necessariamente, parte da dinâmica capitalista - não existe capitalismo sem crise. São próprias deste sistema as crises cíclicas”. Assim, em Como apontam inúmeras bibliografias, o suicídio aumenta em períodos de crise econômica. Entendendo o objeto de trabalho do serviço social sendo o conflito capital x trabalho que tem como resultado as expressões da questão social, se torna importante a discussão de algumas particularidades dentro do modo de produção

do capital que auxiliaram no processo de adoecimento do trabalhador, levando ao suicídio.

Ao longo do tempo, o capitalismo desenvolveu suas forças produtivas. Ao final do século XIX, com o monopólio da concentração de grandes capitais baseados na produção industrial e na remodelação dos bancos, que começam a trabalhar com o controle de crédito e prestação de empréstimos, o modo de produção capitalista alcança seu domínio global, estendendo o mais elevado alcance de poder de acumulação do capital (NETTO; BRAZ, 2010).

O modo de produção do capital baseado no modelo fordista-keynesiano acompanhou os 30 anos que ficaram conhecidos como os gloriosos anos do capitalismo no pós-Segunda Guerra, porém começou a dar sinais de seu esgotamento na década de 1970, quando se desencadeia outra crise econômica em nível mundial. De acordo com Netto & Braz:

[...] a taxa de lucro, rapidamente, começou a declinar: entre 1968 e 1973, ela cai na Alemanha Ocidental, de 16,3 para 14,2%, na Grã-Bretanha, de 11,9 para 11,2%, na Itália, de 14,2 para 12,1%, nos Estados Unidos, de 18,2 para 17,1% e no Japão, de 26,2 para 20,3%. Também o crescimento econômico se reduziu: nenhum país capitalista central conseguiu manter as taxas do período anterior. Entre 1971 e 1973, dois detonadores [...] anunciaram que a ilusão do "capitalismo democrático" chegava ao fim: o colapso do ordenamento financeiro mundial, com decisão norte-americana de desvincular o dólar do ouro [...] e o choque do petróleo, com a alta dos preços determinada pela Organização dos Países Exportadores de Petróleo/OPEP. (NETTO & BRAZ, 2012, p.225).

Para Harvey (2003) nem o fordismo e nem o keynesianismo foram capazes lidar com as contradições do capital, obrigando o mundo do trabalho e a própria forma como o sistema acumulava o capital a mudar para encontrar mecanismos para o capital se reerguer da grande crise.

A forma como o capital se movimentou para sair da crise segundo Harvey (2003) foi a criação de uma nova forma de acumulação do capital denominada de acumulação flexível. Segundo Antunes (2003), a acumulação flexível é um novo modelo de acumulação baseado no Toyotismo, que traz como carro chefe a flexibilidade e a desregulamentação dos processos de trabalho. O cronometro e a produção em massa que eram ferramentas do fordismo são substituídos por flexibilização da produção e pela especialização flexível (ANTUNES, 2003).

A acumulação flexível [...] se apoia na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. Caracteriza-se pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional. A acumulação flexível envolve rápidas mudanças dos padrões de desenvolvimento desigual tanto entre os setores como entre as regiões geográficas, criando por exemplo um vasto movimento no emprego no chamado setor de serviços, bem como conjuntos 4 industriais completamente novos em regiões até então subdesenvolvidas [...] (HARVEY, 2003, p. 140).

A classe trabalhadora teve uma perda de grande parte dos direitos conquistados. Na análise de Harvey (2003), a acumulação flexível trouxe altos níveis de desemprego estrutural, pois essa possibilidade de flexibilização e mobilização do trabalho permite aos patrões um maior controle sobre o trabalho, gerando mais pressão e repressão aos trabalhadores.

Com essa mudança de estrutura os trabalhadores precisaram se adequar aos novos processos organizacionais de trabalho. Conforme Netto e Braz (2010), surgiu a necessidade de os trabalhadores serem polivalentes e terem uma alta qualificação para desempenhar as diversas atividades no campo de trabalho. Porém, um movimento inverso também ocorre nos setores que são atingidos pela desqualificação, pois a mão de obra exigida se torna menos capacitada, o que torna possível o capital substituir essa mão de obra a qualquer momento.

O capital em sua necessidade de vencer a crise e na forma da flexibilização, controla os processos de trabalho de uma maneira diferente do que acontecia no fordismo/taylorismo, os patrões incentivam a participação dos trabalhadores nos processos de produção das empresas, colocando-os como colaboradores e associados, na perversa tentativa de implantar no imaginário do proletariado que o mesmo detém poder, lucro e espaço dentro da empresa. Os autores ressaltam que “todas as transformações implementadas pelo capital têm como objetivo reverter a queda da taxa de lucro e criar condições renovadas para exploração da força de trabalho” (NETTO; BRAZ, 2010, p. 218).

Carmo (2013) traz que a falta de capacidade de se ter outra motivação na vida além de se manter vivo, e não ter os meios para realizar esse fim, ou ter dificuldade de acessar esses meios cria um terreno extremamente fértil para o adoecimento. Produz uma falta de estabilidade de emprego maior que os demais países.

A hipótese aqui sustentada de que a flexibilidade e a precariedade do regime de trabalho no Brasil se reproduzem mais intensivamente sob as condições instauradas no “fordismo à brasileira”, conformando uma particularidade decisiva na caracterização do desemprego como expressão da “questão social” no Brasil (SANTOS, 2012, p. 134).

O movimento dos trabalhadores nesse contexto foi enfraquecido, não tendo possibilidade de organização de sua autonomia, onde o corporativismo embasou a legislação trabalhista, garantindo poucos direitos, diferente do fordismo clássico aonde se tinha um diálogo maior com o sindicalismo (SANTOS, 2012). No período da ditadura esse enfraquecimento foi maior, as greves foram proibidas, desestabilizando o movimento dos trabalhadores.

A partir dos anos 1970, Santos (2012) aponta que as taxas de rotatividade aumentaram em relação aos anos 1960 como resultado da realidade do mercado de trabalho brasileiro, mesmo com os direitos e deveres dos empregados e patrões que não garantiam estabilidade. Assim, o desemprego no Brasil aumenta com base na grande onda de informalidade, segundo Santos (2012), a rotatividade faz com que fique mais difícil de fazer essa leitura da realidade do desemprego, como uma das expressões centrais da questão social.

Nos anos 1990, o Brasil recebe uma carga de mudança por meio da nova divisão internacional do trabalho que determina a super exploração da força de trabalho, tendo como norte a imposição de baixos salários, alto ritmo de produção e jornadas de trabalho prolongadas. Esses processos se intensificaram por meio da desorganização do movimento operário e sindical (ANTUNES, 2015).

Segundo Antunes (2015), esse “avanço” da flexibilização do trabalho tem como resultado uma terceirização do trabalho que tem produzido altos índices de acidentes no âmbito de trabalho e óbitos, além de altos índices de adoecimento psíquico, cuja expressão mais contundente é o suicídio no local de trabalho. Antunes (2015) traz a perspectiva de que o processo de flexibilização também auxiliou na ruptura da organização e solidariedade dos trabalhadores, sendo esse um dos panos de fundo do adoecimento da classe trabalhadora, segundo o autor os índices de suicídio dentro desses espaços eram menores no período que antecede aos anos 1980.

É essa quebra dos laços de solidariedade e, por conseguinte, da capacidade do acionamento das estratégias coletivas de defesa entre os trabalhadores que se encontra na base do aumento dos processos de adoecimento psíquico e de sua expressão mais contundente: o suicídio no local de trabalho (ANTUNES, 2015, p. 09).

O jovem Marx (1983) debate a questão do processo de alienação que causa uma fragmentação do ser humano, um certo distanciamento do mundo real, das coisas que ele criava e também de si mesmo. A alienação transforma o homem em “um animal desnaturalizado” fazendo com que o mesmo não se perceba mais como ser humano. Marx traz a concepção de Feuerbach quando aponta que a característica do ser humano é a capacidade de se relacionar de forma consciente com a sua espécie, ou seja, a capacidade de se relacionar com o seu igual.

Mas qual a diferença essencial entre o homem e o animal? [...] é a consciência – mas consciência no sentido rigoroso; [...] Consciência no sentido rigoroso existe quando, para um ser, é o objeto o seu gênero, a sua equidade. De fato, é o animal objeto para si mesmo como indivíduo – por isso tem ele sentimento de si mesmo – mas não como gênero – por isso falta-lhe a consciência [...]. Mas somente um ser para o qual o seu próprio gênero, a sua equidade torna-se objeto, pode ter por objeto outras coisas ou seres de acordo com a natureza essencial deles (FEUERBACH, 2009, p. 35).

O suicídio é visto por Antunes (2015) como o reflexo da danificação do trabalho sob a lógica da flexibilização, que tem como consequências mais diretas a terceirização, o desemprego, a pressão por resultados, a constante insegurança e instabilidade laboral, a instauração da competição no local de trabalho, fortalecida pela perda dos laços de solidariedade entre os trabalhadores, entre outros. Assim, o suicídio e os demais sofrimentos psíquicos são respostas às más condições de trabalho e o controle perverso dos patrões sobre a vida e a subjetividade dos trabalhadores.

Por um longo tempo, nos estudos dos sofrimentos psíquicos, o social é distanciado das causas do sofrimento psíquico. Bisneto (2007) afirma que as psicologias dinâmicas venceram a ideia de que sofrimentos psíquicos provém unicamente de questões biológicas, porém ainda existe um distanciamento das estruturas sociais que também influenciam no processo de adoecimento. O diálogo entre estrutura de sociedade, capital e patologia segundo Bisneto (2007),

se iniciou pela esquerda marxista com o movimento freudo-marxista, apontando os fenômenos repressores fomentados no âmbito da família e da sociedade, assim eram potencializadores de psicopatologias. Esse respaldo foi encontrado na base do capitalismo, da exploração de classes.

O processo de alienação produz o adoecimento dentro do sistema capitalista quando o trabalhador já não se reconhece mais dentro do seu próprio processo de trabalho, não se percebendo mais como um sujeito de direitos, como um ser útil a sociedade, acaba por se encaixar em uma lógica produtivista, na qual precisa produzir para sobreviver. Para Cassorla (2017) a sociedade está sendo morta por uma parte dela mesma, isto é, uma parte da sociedade mata às potencialidades de outra parte, como faz o suicida, poderíamos então entender que a burguesia em nome do processo de acumulação capitalista mata as potencialidades dos trabalhadores.

Bisneto (2007) faz uma reflexão sobre a saúde mental e o trabalho do assistente social que deve se tornar o norte principal sobre a aplicação dos saberes do assistente social no campo da loucura. O referido autor trabalha na perspectiva de que quando se pauta a saúde mental é necessário também olhar pela ótica do social para a sua amplitude de saber, logo assim, o serviço social tem com o que contribuir, se os serviços que atendem os usuários de saúde mental abrem-se para o social, o serviço social tem uma prática a exercer, logo assim, nos processos de saúde mental na contemporaneidade, não se produz saúde mental sem o serviço social.

Esse autor aponta que a forma da monopolização da ordem econômica auxilia nos processos de adoecimento psíquico por meio da alienação do trabalho, relações sociais e de perda de vínculos. O fantasma que assombra os trabalhadores na contemporaneidade de forma que os mesmos se sentem sobrecarregados e em um extremo processo de dúvida sobre a sua situação no mercado de trabalho é o desemprego:

Quem não está desempregado, está com medo de ser demitido. E os empregados com contrato de trabalho estável, têm que suportar uma grande sobrecarga de trabalho e a sua manipulação econômica por conta de interesses poderosos da ordem globalizadora, monopolista, financista e neoliberal (BISNETO, 2007, p.182).

Segundo Bisneto (2007), essa dúvida que flutua sobre o trabalhador tanto empregado quanto desempregado acaba sendo um produtor dos quadros de depressão, porém, o processo capitalista nega esse adoecimento por meio do trabalho ou falta dele, colocando como resposta apenas os fatores biológicos. Além da depressão outras manifestações de sofrimento psíquico também podem ser citadas, como o estresse, a síndrome de *burnout*, o consumo de drogas lícitas e ilícitas, como os psicofármacos, entre outros transtornos de humor, que justamente nas últimas décadas aparecem com bastante intensidades nos quadros de saúde.

As expressões da questão social entre gatilhos motivadores dos pensamentos suicidas, visto que muitos desses pensamentos provem de um sentimento ligado à situação financeira. Segundo o Manual para Profissionais da Saúde em Atenção Primária: Prevenção do Suicídio da Organização mundial da Saúde (OMS, 2007) a maioria dos que cometem suicídio passaram por acontecimentos estressantes nos três meses anteriores ao suicídio, como problemas financeiros e no trabalho. Esse manual usa como exemplos a perda do emprego, a aposentadoria, dificuldades financeiras, além de rápidas mudanças políticas e econômicas na sociedade como acontecimentos estressantes.

Assim, como a grande depressão de 1930, para Cassorla (2017), em épocas de depressões econômicas, o índice de suicídio tende a aumentar, podendo ser por um pensamento consciente ou inconsciente. Com o avanço e a continuidade do recesso financeiro, crises familiares, desemprego, uso abusivo de álcool e outras drogas, todos exemplos de expressão da questão social, acabam resultando em ideações e tentativas de suicídio. Jungeilges e Kirchgassner (2002) e Huang (1996), usando dados de corte transversal incorporaram variáveis do grau de desigualdade social em relação ao suicídio para 30 países (referente a 1975) e para 42 países (referente a 1990), respectivamente, encontraram dado de significância estatística entre taxas de suicídio e renda/crescimento econômico. Seguindo a mesma ideia, Rodríguez-Andrés e Fischer (2008), ao examinarem os determinantes institucionais do suicídio em um painel de cantões da Suíça, encontraram apenas a variável desemprego como fator correlacionado ao suicídio.

3 OS SABERES INTERVENTIVOS DO ASSISTENTE SOCIAL E O SUICÍDIO

Este último capítulo se propõe a construir uma reflexão sobre a prática profissional do assistente social na saúde mental focando na temática do suicídio. Parte de um diálogo com as bibliografias da área e aborda a pesquisa feita com assistentes sociais que atuam dentro de serviços de saúde mental do município de Santa Maria, na busca não apenas do entendimento da prática, mas também da construção de saberes, manejos e instrumentais que auxiliem os demais profissionais do serviço social, isto é, no registro e na reflexão da memória do fazer e do como fazer profissional.

Essa busca pressupõe a compreensão dos processos de trabalho do assistente social no âmbito da saúde mental. Para o melhor entendimento da prática profissional, é preciso entender o porquê e para que a profissão se encontra naquele determinado campo sócio-ocupacional, visto que o projeto ético político da profissão vem de encontro com os princípios do movimento da reforma sanitária brasileira e a reforma psiquiátrica, o qual podemos destacar:

- 1) a liberdade como valor basilar, inscrito na palavra de ordem do movimento da luta antimanicomial “a liberdade é terapêutica”, impondo o cuidado comunitário, em contraponto a modelos segregadores/excludentes que se calcaram na presunção da periculosidade e incapacidade para forjar uma modalidade de tratamento que desabilitou a pessoa com transtorno mental para o convívio social, gerando vários tipos de violação de direitos humanos e conseqüentemente uma dívida histórica do Estado para com esse segmento;
- 2) a defesa intransigente dos direitos humanos;
- 3) a luta pela eliminação de todas as formas de preconceito, na perspectiva de contribuir para construção de outra relação entre a sociedade e o louco/loucura, mudando o imaginário social; e
- 4) empenho na garantia da qualidade dos serviços prestados, haja vista o crescente desinvestimento do Estado em gastos sociais e precarização das relações de trabalho (ROSA et al, 2012, p.30).

Na saúde mental, o serviço social se insere após a emergência do modo de produção capitalista associar a ideia da loucura com a improdutividade, logo que a sociedade percebe o louco como alguém impossibilitado de vender a sua força de trabalho. “Os loucos agora não são mais ‘possuídos’, mas ‘improdutivos’ e ‘vagabundos’, portanto, uma ameaça social e um problema moral” (VIETTA, KODATO; FURLAN, 2001, p.100). Naquela época, os assistentes sociais trabalhavam sob pressupostos do positivismo, da religião e também do

higienismo, visando um ajustamento do indivíduo aos padrões de moralidade e normalidade das relações sociais vigentes.

A presença do profissional de serviço social se faz necessária ao entendimento de que para além da exclusão das pessoas que sofrem algum tipo de sofrimento psíquico, existe a necessidade de suprir outras demandas que esses usuários têm, demandas que são provenientes da sociedade capitalista. Leme (2013) nos lembra que a questão social, objeto de trabalho do assistente social, está em todos os lugares e pode se expressar de diferentes maneiras, trazendo muitas vezes dificuldades para a equipe multiprofissional que não tem o assistente social como componente.

Para Bisneto (2007), o serviço social se insere de forma efetiva na saúde mental a partir de 1960, sendo que as primeiras instituições a terem Assistentes Sociais foram os Centros de Orientação Infantil e os Centros de Orientação Juvenil (COI/COJ). Vasconcelos (2002) diz que a realidade dessa inserção era de poucos profissionais do serviço social e feito de forma subalternizada, acrítica e com a lógica assistencialista.

O movimento da reforma psiquiátrica se torna o principal impulsionador das práticas do assistente social na saúde mental, pois o mesmo traz como pauta principal a discussão sobre a busca pela garantia de direitos das pessoas em sofrimento psíquico. Bisneto (2007) nomeia de instituições “renovadoras” as que buscam trabalhar a autonomia e os direitos dos usuários de saúde mental, pontuando que essas instituições, a exemplo dos CAPS apresentam mais possibilidades na sua ação profissional, o que resulta em uma melhor intervenção nas questões referentes ao usuário. O autor descreve três perspectivas de objetivos para a atuação do serviço social nas instituições de saúde mental.

O primeiro objetivo se constitui na atuação direta junto as problemáticas que os usuários em sofrimento psíquico vivenciam, abordando algumas expressões da questão social como, violência, desemprego, rompimento nos vínculos familiares. O segundo objetivo busca a reinserção desses pacientes na sociedade de forma ampla, Bisneto (2007) diz que para essa ação é necessário que o assistente social se especialize em processos psicossociais dentro do objetivo do serviço social. O terceiro objetivo se torna um benefício da ação profissional para a instituição, como, “[...] ajuda na minimização dos custos, na

medida em que administra a entrada e saída dos pacientes em bases favoráveis para a direção dos hospitais [...]” (BISNETO, 2007, p.57).

Um dos maiores problemas enfrentados pelos assistentes sociais que estão no campo da saúde mental é identificar e trabalhar em cima das diversas expressões da questão social que existem dentro do campo, o suicídio por exemplo, como já debatido, é um adoecimento multifatorial, podendo ter sido motivado por causas biológicas, como também pela falta de emprego sintomática do sistema capitalista.

Heller (1989) trabalha a perspectiva de que as novas mudanças das demandas nas políticas públicas, em especial no âmbito da subjetividade, criam impasses que nem sempre a formação generalista do assistente social o prepara para resolver. Em contraponto, Leme (2013), aponta para o debate da falta do pensamento político dentro dos campos psi, onde os mesmos focam apenas nas questões clínicas dos sujeitos, deixando o lado político de lado. É dentro desse campo político do usuário que o assistente social atua, por meio das políticas públicas e de práticas que visem a garantia do direito e a emancipação social do usuário por meio da sua formação que o habilita para olhar os processos sociais.

Dentro da saúde, outro campo pouco discutido dentro da prática profissional e que atende à demanda do suicídio são os serviços de urgência e emergência. Esses serviços servem como porta de entrada, muitas vezes, o primeiro contato com a rede de atenção psicossocial do usuário, sendo o assistente social responsável pelo acolhimento e encaminhamento desse usuário, para tanto, é necessário um grande conhecimento da rede de atenção psicossocial e do território do usuário.

Segundo o estudo de Stavizki Junior e Viccari (2018), a atuação do assistente social em serviços de urgência e emergência junto a pessoas que tiveram ideação suicida se constrói de forma pragmática, focado no fluxo de atendimento para a efetivar o acolhimento, planejamento, encaminhamento e o monitoramento do caso.

Stavizki Junior e Viccari (2018) pontuam que o assistente social tem um arsenal de instrumentos que o possibilita atuar em diversas expressões da questão social que se apresentam dentro da área da saúde, segundo os autores:

A intervenção do Assistente Social deve focar no cuidado e nas possibilidades de apoio em seu núcleo familiar. Suas técnicas devem auxiliar no manejo deste jovem, vinculando-o com a equipe do Serviço de Emergência ou preparando-o para o acolhimento em outros serviços, como o CAPSIA, por exemplo. Além disso, este profissional é capaz de identificar e intervir em situações de violência, abandono, negligência, abuso, maus tratos, *bullying*, exploração, ou qualquer violação de direito sofrida pelo paciente, que são as principais causas de tentativas de suicídio na adolescência (STAVIZKI JUNIOR; VICCARI, 2018, p.126).

Stavizki Junior e Viccari (2018) apresentam que após a inclusão dos assistentes sociais dentro da equipe multiprofissional, os casos de suicídio foram acolhidos de forma muito mais abrangente abordando todas as questões que envolvem o ato, ampliando as possibilidades de cuidado dentro e fora do serviço.

O assistente social também deve intervir junto aos demais profissionais do serviço, pautando a quebra de estigma, o preconceito e a desinformação dos trabalhadores sobre a demanda do suicídio. É dever do assistente social atentar-se a práticas profissionais inadequadas junto aos usuários, criando espaços de debate e reflexão sobre o fazer profissional e os direitos dos usuários.

A partir de todo esse debate, foi pensado o ponto principal desta escrita, a pesquisa com os profissionais de serviço social que atuam em espaços de saúde mental e atendem demandas que envolvem o suicídio. Essa pesquisa teve como objetivo identificar os saberes envolvidos nessas ações, não somente para entender de forma reflexiva a prática profissional a fim de fazer uma análise crítica, mas também com o intuito de criar instrumentos para auxiliar outros trabalhadores tanto do serviço social quanto das demais áreas que atendem usuários que tem ideação suicida.

Nesse sentido, a segunda parte deste capítulo aborda as entrevistas feitas durante a pesquisa com profissionais do serviço social de diversos serviços de saúde mental que atendem pessoas que tentaram suicídio ou tem ideação suicida, fazendo uma análise das transcrições das gravações de áudio dos profissionais entrevistados e das bibliografias da área como forma de refletir a prática profissional, analisar os saberes envolvidos na tentativa de construir ferramentas e saberes para uma melhor atuação do assistente social junto a temática principal.

3.1 O Manejo Profissional do Suicídio

Ao longo da pesquisa foi de fácil acesso encontrar diversos artigos, livros e textos que debatessem as diversas causas que podem ser ligadas ao suicídio ou como o mesmo foi explicado ao longo da história, o cenário se torna diferente, quando a pesquisa é direcionada para matérias sobre o manejo profissional ligado à situação que envolve o suicídio, o material é escasso, voltado hegemonicamente para a área da psiquiatria, com algumas situações dentro da área da psicologia, mesmo o suicídio sendo um evento que demanda cuidado de diversas áreas do saber.

Em sua maioria, o material encontrado são produções da área de psiquiatria, escritas pelo médico psiquiatra Neury Botega ou em matérias que têm como base as pesquisas sobre manejo do mesmo, dessa forma discutiremos aqui o capítulo Avaliação e Manejo do paciente do livro *Comportamento Suicida*, de Blanca Guevara Werlang e Neury José Botega, com a intencionalidade de discutir os manejos de forma ampla e multiprofissional, não focando no manejo especializado em psiquiatria.

Botega e Werlang (2004) identificam que o suicídio é apenas um comportamento, não sendo o próprio diagnóstico, que cada caso deve ser analisado, acolhido e ouvido de forma única. Também é necessário que os profissionais que acolhem essa demanda de forma direta realizem uma revisão de atitudes e temores ligados ao comportamento suicida, os quais podem ser decisivos para uma boa vinculação com o usuário.

O vínculo nessas situações tem um papel muitas vezes decisivo, já que o mesmo garante uma construção de confiança ou não do usuário junto ao profissional, confiança essa que vai garantir que o usuário se sinta seguro dentro daquele espaço para falar sobre seus problemas e sentimentos. Entendendo que em muitas situações o usuário pode se demonstrar hostil, inseguro, agressivo e impaciente devido a sua desorganização, é necessário respeitar o usuário tanto nesse processo de chegada e acolhida nos serviços quanto no ato de relatar sua história. Assim, não é apropriado que o profissional julgue as situações ou a forma que levou o usuário a tentar o suicídio, como se o usuário tivesse esse tipo de ação porque queria chamar a atenção ou está tentando manipular algo ou alguém. Botega e Werlang (2004).

Segundo os autores, algumas informações que são equivocadas precisam ser desconstruídas pelos profissionais antes do atendimento, as ideias que falar sobre suicídio aumenta o risco de tentativa, que o usuário apenas ameaça a tentativa de suicídio para manipular e a ideia de quem tenta o suicídio e não consegue é porque não queria mesmo, são ideias que segundo Botega e Werlang (2004) não devem mais permear os atendimentos em saúde mental a usuários que tentaram ou têm ideação suicida.

Os técnicos dos serviços que atendem a demanda suicida, devem estar atentos para as mais variadas expressões e sinalizações do desejo do não viver, como:

[...] identificar sujeitos cansados de viver sem parecer cômicos do que estão fugindo ou pessoas que acham a morte atraente, ou, ainda, indivíduos que estão usando ação auto inflingida instrumentalmente para resolver problemas de vida (BOTEGA; WERLANG, 2004, p. 124).

Os estágios do desenvolvimento da tentativa de suicídio se iniciam segundo Botega e Werlang (2004) pela imaginação ou pela contemplação da ideia suicida, quando o sujeito começa a flertar com a ideia da morte. O próximo estágio se constrói quando o sujeito desenvolve um plano dessa morte sendo esse plano construído no real ou de forma virtual. O plano de suicídio pode levar ao ato final, sendo um dos sinais de alta intencionalidade de morte, além da comunicação prévia de que iria se matar, mensagem ou carta de adeus, planejamento detalhado e precauções para que esse planejamento não fosse descoberto, entre outros.

Botega e Werlang (2004) trabalham que para além da compreensão da motivação do suicídio sobre a lógica do campo psi, é preciso compreender os aspectos históricos do usuário. O assistente social pode ser uma peça chave nesse momento, já que o profissional de serviço social tem os instrumentais necessários para trabalhar a história de vida e historicidade do usuário, “reconhecendo os fatores predisponentes não-imediatos” (BOTEGA; WERLANG, 2004, p. 126). Esse processo de reconhecer e conhecer a história do usuário auxilia no entendimento dos motivos que levaram esse sujeito ao pensamento de morte. Sendo necessário identificar os desejos de vida do usuário que se

sobrepõem aos de morte, ação estratégica que possibilita o cuidado e a prevenção do suicídio.

Botega e Werlang (2004) trazem a entrevista como plano principal ao primeiro contato com o sujeito, aqui trataremos essa entrevista, como o primeiro acolhimento, entendendo que o estudo aqui feito trabalha com a lógica da clínica ampliada e dentro das possibilidades de manejo do assistente social e não sobre a lógica psiquiátrica de avaliação e entrevista. Nesse acolhimento, segundo os autores, várias informações aparecerão e precisarão ser trabalhadas como os fatores risco, métodos, intencionalidade, eventos de vida, identificação de algum sofrimento psíquico, rede de apoio e familiar, possibilidades dentro do território.

Os autores Botega e Werlang (2004) apontam de forma a orientar os profissionais em seu primeiro contato com o usuário que tentou suicídio ou tem ideia algumas perguntas que auxiliam nesse processo de entender, acolher, escutar e manejar o usuário com pensamentos de morte, algumas dessas perguntas deveriam ou já fazem parte do cotidiano de atendimento profissional do assistente social, entendendo como perguntas que auxiliam no entendimento da totalidade do usuário, discutiremos alguma dessas perguntas para melhor compreensão.

A primeira pergunta refere-se às motivações do usuário para o suicídio, na intencionalidade de entender a motivação do desejo de morte. Esse desejo pode ser desencadeado por situações como desemprego, violência familiar, algum direito social violado ou ligado à alguma expressão da questão social que possa estar impulsionando esse desejo de morte. É preciso que o assistente social esteja atualizado dos fatores de riscos sociodemográficos para poder estar alerta quando o perfil do usuário se encaixa nesses fatores e de que forma eles influenciam, como a religião, estado civil, questão econômica e de trabalho. Outros fatores de risco são importantes, como perda recente de pais na infância, história familiar de doença como alcoolismo, suicídio e desorganização familiar. Logo em seguida, é possível identificar em que circunstâncias o suicídio ocorreu, possibilitando compreender de que forma esse sujeito se organiza.

A terceira pergunta refere-se aos recursos do usuário para enfrentar seus problemas, o assistente social nessa pergunta deve entender quais as redes de proteção dentro e fora do território o usuário tem como apoio, o que supõe identificar quais serviços e políticas o usuário circula ou pode circular para

enfrentar essa demanda. O assistente social pode ser muito útil nessa parte, auxiliando o usuário a vislumbrar as possibilidades existentes no seu cotidiano para que o mesmo possa entender que o suicídio não é a última opção, Botega e Werlang (2004) destacam que o suicídio é motivado principalmente pela noção de diminuição ou falta de opções vislumbradas pelo usuário.

A quarta pergunta está relacionada à rede de apoio social de amigos ou parentes, que pessoas próximas esse usuário tem como suporte, como se organiza sua estrutura familiar, supondo que, muitas vezes, é a desorganização desse suporte familiar que intenciona o pensamento de morte.

Os autores, também trazem a necessidade da entrevista ser empática, do profissional conseguir entender ao máximo a situação que está a sua frente, tendo a pessoa que acolhe um certo manejo intuitivo para poder direcionar o encaminhamento da mesma, entendo quando é necessário falar ou apenas ouvir aquele que muitas vezes só precisa ser ouvido.

3.2. Os saberes dos assistentes sociais sujeitos da pesquisa

As profissionais majoritariamente ao receber o convite de participação da pesquisa demonstraram medo ou receio de falar sobre a sua prática profissional, como se a mesma estivesse sendo colocada em cheque ou passando por algum tipo de avaliação, mesmo sendo deixado claro que a pesquisa tinha outro propósito e era apenas para fins acadêmicos. Esse medo pode ser relacionado à dificuldade que se tem de falar sobre a prática profissional ou o medo de não saber responder as perguntas por motivos de não saber atuar em certas situações que se apresentam dentro dos espaços sócio-ocupacionais de atuação.

Por questões de sigilo envolvendo a pesquisa, chamaremos as profissionais entrevistadas de Sol, Luz, Ar e Terra. Todas as profissionais entrevistadas serão colocadas no feminino, por entender a importância da visibilidade das mulheres no processo de trabalho dentro da área de serviço social e também para não identificar o único homem assistente social entrevistado.

O ponto mais latente apresentado na construção das entrevistas foi a dificuldade de as profissionais falarem sobre o seu fazer profissional, como se fosse algo sintomático da falta de reflexão do seu fazer cotidiano. Podemos pensar que o exercício da profissão depende dos esquemas operacionais que a

profissional é capaz de formular antes de agir, pensar nos saberes que envolvem o fazer, antes mesmo do fazer, de modo a recontextualizar, adaptar e combinar saberes que antecipam a ação.

A dificuldade apresentada, talvez seja um indicativo da falta de espaços para reflexão da prática dentro dos próprios serviços. É preciso construir espaços de reflexão da prática profissional além dos espaços acadêmicos que trabalham com uma lógica horizontal de professor e aluno, esquecendo de ouvir o trabalhador atuante dentro do campo, que muitas vezes produz um saber sem ter noção dessa produção. Mangini (2015) traz que esse problema geralmente acontece por uma dificuldade de ligar a teoria aprendida nos cursos de serviço social com a prática cotidiana do seu fazer profissional, segundo a autora a solução dessa questão se daria por meio de “esclarecimento da relação teoria/prática e por um nivelamento das interconexões entre as três dimensões – teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativo” (MANGINI, 2015, p. 28).

A partir da observação e das respostas das entrevistadas, a pergunta que aparentava ser mais difícil em termos de compreensão e resposta foi a pergunta referente aos conceitos ou categorias que a profissional mais utiliza em seu trabalho. As entrevistadas no intuito de entender a pergunta sobre a lógica do fazer na temática do suicídio, tinham como respostas outras perguntas como, “me explica melhor isso, porque eu acho que isso é as palavras chaves que eu já disse”. (LUA, 2019, p. 07).

Algumas profissionais responderam confundindo categoria e conceitos profissionais com instrumentais da profissão, mesmo anteriormente já tendo sido efetuada uma pergunta sobre os instrumentais utilizados. “Eu acho que o serviço social ele tem uns instrumentais muito ricos, que é essa capacidade da gente sair do nosso espaço e ir até o outro e estar” (SOL, 2019, p. 09) ou “Eu utilizo contato com a família, a entrevista social do usuário ou tanto com o familiar ou quem possa dar o suporte [...]”, (SOL, 2019, p. 09). Alguns desses instrumentais também podem ser analisados do ponto de vista conceitual, embora haja uma ênfase nos instrumentais.

Assim, de forma para melhor organizar os dados, debater e criar uma reflexão como caminho à construção da análise sobre o material coletado nas entrevistas, os dados são organizados por eixos temáticos. Esses eixos estão ligados às perguntas realizadas aos profissionais de serviço social que

participaram da pesquisa, à frequência com que determinadas temáticas apareceram nas entrevistas e aos objetivos da pesquisa.

3.2.1 Saberes e práticas

O primeiro eixo trabalhado é o dos saberes e práticas, que envolvem o saber-fazer profissional do assistente social em seu cotidiano, junto a usuários que tentaram ou tem ideação suicida, entendendo que essa construção de saberes e práticas parte tanto da formação acadêmica quanto da experiência decorrente do fazer cotidiano como uma forma de efetivar e validar essas práticas que são construídas no dia-a-dia do campo de trabalho, a partir da necessidade de sanar as demandas dos usuários.

A prática profissional do assistente social na saúde mental se insere na relação capital x trabalho, por meio das políticas sociais se configurando nas expressões da questão social que permeiam o usuário de saúde mental, na busca pela efetivação dos seus direitos e a quebra de estigma.

Tomar a “questão social” como problemática configuradora de uma totalidade social é remetê-la concretamente a relação capital/trabalho – o que significa, liminarmente, colocar em xeque a ordem burguesa. Enquanto intervenção do Estado burguês no capitalismo monopolista, a política social deve constituir-se necessariamente em políticas sociais: as seqüelas da “questão social” são recortadas como problemáticas particulares (o desemprego, a fome, a carência habitacional, o acidente de trabalho, a falta de escolas, a incapacidade física etc.) e assim enfrentadas (NETTO, 1992, p. 28).

Entre as questões estruturantes estão os conceitos e categorias utilizadas pelas profissionais. Nas entrevistas, as categorias e conceitos mais citados, na maioria das vezes de forma indireta, isto é, no contexto da fala das profissionais foram família, rede de apoio, território, cuidado ampliado, trabalho em rede, empoderamento e mediação.

De forma unânime as assistentes sociais desenvolvem sua prática profissional não só com os usuários de saúde mental, mas também com a família desses sujeitos. Historicamente, o serviço social tem sua prática atrelada à família, trabalhando as relações que permeiam o cuidado, o usuário e a família, na busca de uma reinserção social mais efetiva. Em todas as entrevistas, as profissionais

pontuaram a família como principal ponto de apoio de suas práticas. Segundo a profissional Sol (2019), a família é um dos balizadores da prática profissional.

Desde o século XX, principalmente com influência das teorias freudianas, que destacam a importância das relações familiares sobre o psiquismo dos sujeitos (ROSA, 2003), a família se torna um dos focos do cuidado das pessoas em sofrimento psíquico, nesse movimento a nova forma de perceber a saúde mental também se aplica em novas formas de perceber essa família, pois com a desinstitucionalização das pessoas em sofrimento psíquico, a família passa a ser objeto de estudo dentro do campo da saúde mental, surgindo diferentes visões sobre ela, conforme sua relação com o usuário.

Algumas visões são de importante destaque, pois também se constroem na fala dos trabalhadores: como a ideia da família como mais um recurso, como uma estratégia de intervenção (SANT'ANA; FONTOURA, 1996 apud ROSA, 2003); a família como um lugar de possível convivência e modo de reinserção social da pessoa em sofrimento psíquico (MIRANDA, 1999 apud ROSA, 2003); a família como parte de um processo de adoecimento que também necessita de assistência, suporte social e cuidado (MOTTA, 1997 apud ROSA, 2003); a família também passa a ser vista como um sujeito de ação política e coletiva, construtora de cidadania e crítica dos serviços de saúde, tendo voz por meio do controle social (SANT'ANA; FONTOURA, 1996; PEREIRA, 1997 apud ROSA, 2003) e a família como provedora de cuidado, mas de forma isolada, sempre com o auxílio dos serviços de saúde quando necessário. (VASCONCELOS, 1992 apud ROSA, 2003).

A interdisciplinaridade e os saberes multiprofissionais foram identificados também na fala das assistentes sociais como recurso para a prática junto às famílias, como a psicologia do desenvolvimento e a psicologia sistêmica que aparecem como forma de entender a dinâmica familiar no momento da leitura de realidade:

Até da adolescência mais por causa da ruptura do imaginário infantil e chega na adolescência tem os conflitos e até o próprio desenvolvimento humano na adolescência gera vários questionamentos, vários sofrimentos, vario conflitos familiares, porque é um momento que deixa de ser uma criança ou um bebê querido amado, que todo mundo quer por perto e é engraçadinha para ser um ser pensante que começa a conflitar com a ideias preconizadas pela família. (SOL, 2019, p. 01).

Apesar de todos os saberes identificados e debatidos, em alguns momentos, seja de forma espontânea ou por meio de provocação por parte do entrevistador, as assistentes sociais afirmaram que em alguns momentos na prática profissional não sabiam o que fazer com a situação apresentada no seu cotidiano de trabalho, assim, tendo que colocar o direcionamento da situação para a equipe multiprofissional do serviço como forma de apoio ou encaminhamento dentro do próprio serviço.

Em relação aos referenciais teóricos mapeados, a partir das entrevistas com as assistentes sociais, além da concretude dos apontamentos como nome de autores, também se identificou referenciais, a partir dos próprios discursos e termos usados durante as entrevistas. Trabalhar em cima dos referenciais usados pelas profissionais em suas práticas possibilita uma reflexão sobre as possibilidades de balizadores que podem ser utilizados no cotidiano de trabalho do assistente social, que atua com pessoas em sofrimento psíquico e entender quais núcleos de saberes os assistentes sociais vêm tendo como apoio ao trabalhar com a demanda do suicídio.

Historicamente, após o movimento de Reconceituação, dentro da área de serviço social, o mesmo vem lutando contra qualquer tipo de processo de psicologização das expressões da questão social. Segundo o documento produzido pelo Conselho Federal de serviço social (CFESS) (2010) as práticas terapêuticas ligadas ao serviço social no Brasil ainda teriam um viés conservador, dispondo sobre a vedação da realização de terapias associadas ao título e/ou ao exercício profissional do assistente social.

Porém, é possível trabalhar em uma lógica multiprofissional, como preconiza o SUS, se utilizando de saberes múltiplos, inclusive de áreas psi, sem utilizar esses saberes de forma conservadora, psicologizando as expressões da questão social ou até mesmo infringindo o código de ética e o projeto ético-político da profissão.

Por outro lado, seria uma análise frágil da realidade e leitura superficial do processo de trabalho, se dentro do campo da saúde não percebêssemos que por mais que as práticas do assistente social não tenham uma índole terapêutica, as mesmas não efetuem o que Rosa (2012) chama de efeito catártico, como por exemplo, quando é efetuado uma escuta qualificada, entendendo que os

profissionais formados em serviço social são capacitados para ouvir e direcionar o que foi ouvido, criando uma proposta de o que é do serviço social fica com o serviço social, o que não é, será devidamente encaminhado.

Catalogar os autores e referenciais teóricos, apresentados pelos profissionais, durante a pesquisa, nos auxilia a entender quais são e de que forma auxiliam na prática profissional, dentro da área da saúde mental, já que muitos deles não vêm da raiz teórica do serviço social, mas sim, de outras áreas que servem como apoio.

Antes de iniciar o debate sobre os referenciais usados pelos trabalhadores, é necessário pontuar que os profissionais apontaram alguns autores e livros que abordam a temática do suicídio, nenhum específico da área do serviço social. É notório em nossa área a dificuldade dos profissionais encontrarem essas referências. A disponibilidade dessas referências dentro da área auxiliaria a falar sobre o fazer desses profissionais, dificuldade que aumenta quando a questão é a escrita do fazer, já que se produz muito sobre o campo teórico do serviço social, mas pouco sobre a prática.

Em levantamento bibliográfico nos principais sites de produção em serviço social e áreas multiprofissionais encontramos apenas um artigo que tinha como tema o suicídio, sendo escrito apenas por assistente sociais. Assim, nos exige um processo de reflexão sobre os subsídios que o núcleo oferece para os profissionais balizarem suas práticas, possibilitando um delineamento mais concreto dos processos de trabalho, das abordagens e dos procedimentos da intervenção. Se dentro da área não se produz sobre essas práticas, esse movimento, ou a falta dele, faz com que os assistentes sociais busquem subsídios em outras áreas do conhecimento.

Referenciais teóricos envolvendo a psicologia e a psicanálise apareceram de diversas maneiras, ao longo da fala das profissionais entrevistadas, em determinados momentos não fica claro se tratam-se de referenciais teóricos ou saberes construídos a partir da experiência com os usuários e os demais profissionais do serviço, visto também que em diversas faculdades do Brasil, dentro da grade curricular do serviço social existem disciplinas e matérias optativas de psicologia social, psicologia do desenvolvimento, que os assistentes sociais podem se utilizar desses matérias teóricos como fonte de saber para as suas práticas no cotidiano profissional.

A psicanálise já foi usada como instrumento psicologizante por assistentes sociais no passado da profissão. Em alguns países, como os Estados Unidos, a vertente psicanalítica ainda segue presente dentro das práticas do serviço social. Nesta pesquisa, os assistentes sociais se utilizam de referenciais teóricos da psicanálise como uma forma de entender processos do adoecimento e da subjetividade humana, em nenhum momento foi identificado que os profissionais se utilizavam dos termos ou desses saberes com uma intencionalidade de psicologizar os usuários ou tinham a psicanálise como base do seu fazer profissional.

A presença da psicanálise pôde ser identificada na seguinte fala: “[...] A partir do momento que ela consegue falar do seu sofrimento, eu acho que já diminui [...]” (SOL, 2019, p. 04). Essa leitura está embasada em Lacan (2005), que traz a perspectiva do falar, que tudo que não é verbalizado acaba se tornando sintoma. A percepção de que falar diminui o sofrimento qualifica o que temos no serviço social como escuta sensível durante o processo de acolhimento, entendendo que o sintoma em si não é o foco do assistente social, mas sim identificar o que causa o sofrimento de modo a garantir que a causa desse sofrimento seja sanada dentro das possibilidades dos processos de trabalho do assistente social no campo das políticas sociais e na garantia dos direitos.

Na fala de Vento (2019) o conceito de contratransferência aparece ao explicar “Eu acho que enquanto trabalhador de saúde mental a gente tem que ser um bom ouvinte, a gente tem que saber escutar o usuário e ser tolerante porque há casos que têm uma contratransferência, mas saber escutar sem ficar julgando [...]” (VENTO, 2019, p. 03). Os termos “histeria” e “fantasia”, termos usados na psicanálise, também aparecem nos relatos dos profissionais como forma de explicar a situação.

No documento elaborado pelo Conselho Federal de serviço social (2012), intitulado “Parâmetros da prática do assistente social na saúde”, aponta-se quatro eixos de ação do assistente social que se caracterizam como processos sócio-assistenciais: “Ações de atendimento direto aos usuários; Ações de mobilização, participação e controle social; Ações de investigação, planejamento e gestão; Ações de assessoria, qualificação e formação profissional” (CFESS, 2010, p. 14).

Termos como acolhimento, escuta qualificada, vínculo, segundo Rosa (2010) podem ser identificados como estranhos para alguns

profissionais/pesquisadores pioneiros do serviço social, a exemplo de Ana Elizabeth Mota. Ramos (2018), por exemplo, entende que tais conceitos são provenientes do campo da psicologia social e não podem ser imediatamente transferidos para o serviço social. Porém, tais termos fazem parte da clínica ampliada, preconizada tanto na Política Nacional de Humanização (2004) quanto na lei 8.080/1990 (BRASIL, 1990), que estabelece os princípios do Sistema Único de Saúde.

Assim, é necessário debater com qual intencionalidade e potencialidade o serviço social vem direcionando essa clínica ampliada junto ao projeto ético-político da área, a fim de potencializar a identidade profissional do assistente social que atua na área da saúde, direcionando para as competências do serviço social.

Em relação aos procedimentos, como pode analisar primeiramente na fala de Terra (2019, p. 01), o acolhimento se apresenta como a primeira forma de manejo:

A gente sempre faz um acolhimento inicial, que é através de uma ficha que a gente construiu, usando muito a bibliografia do Neury Botega, que a gente colocou passos para identificar o grau de risco, então a partir dessa entrevista, desse acolhimento, a gente começa a desenvolver o que a gente vai acionar de recursos [...]”. (TERRA, 2019, p. 01).

A escuta e a fala em forma de acolhimento se apresentam como instrumental mais potente dos assistentes sociais, junto aos usuários que trazem a demanda do suicídio, se apresentando de variadas formas, desde a intencionalidade de entender a realidade de formada totalitária, até acolhimentos que focam apenas na questão socioeconômica, conforme Vento (2019, p. 01), “eu deixo bem livre para a pessoa falar o que ela tiver, meu interesse é mais ver o contexto social dela, se tem alguma questão de vulnerabilidade social, essa parte que a gente vai analisar mais”

Para Terra (2019, p. 02), “Primeiro os dados de identificação até para a gente referenciar a pessoa, dados socioeconômicos que é atribuição do serviço social”. Nessa direção também aponta Lua (2019, p. 06), “[...] conversa franca, olho a olho, manter a calma e conversar não técnico, para mim, eu sei que to sendo técnico, mas tentar passar para essa pessoa como se tu tivesse sendo um

amigo dela, um parceiro dela [...]”. Igualmente, aponta Sol (2019, p. 02). “[...] perceber esse sofrimento, tudo vem através do nosso maior instrumento que é ouvir, a nossa ferramenta de trabalho é a audição[...]”

Esses instrumentais de ouvir e acolher podem ser ligados ao debate que Botega e Werlang (2004) desenvolvem ao abordar a ideia da entrevista. Dentro da área do serviço social e da clínica ampliada o acolhimento se torna de extrema importância por permitir entender o contexto de vida do usuário, como o mesmo se organiza em seu cotidiano. Assim, a ideia que deve ser construída é de um acolhimento sem julgamentos, criando um espaço seguro onde o usuário possa trazer a sua demanda.

Outro ponto dentro do referencial teórico da psicanálise, que foi identificado e abordado durante as entrevistas, foi a questão da subjetividade, termo complexo de ser ter uma definição direta e objetiva, mas pode-se entender como a construção das experiências particulares do sujeito na relação com o mundo externo, tanto de forma passiva quanto ativa, assim é necessário entendermos que cada pessoa é única em seu modo de pensar, viver, agir e falar, logo, cada sujeito tem sua experiência de vida de forma única, e essa particularidade que nos constrói, para Freud (1893/1964) a subjetividade é constituída pelo consciente e pelo inconsciente.

De forma mínima podemos entender a psicanálise como um saber, que trabalha no campo do inconsciente, no processo de entender a subjetividade, o desejo e o sofrimento do outro, dando instrumento para compreender coisas que não estão visíveis ao olho, mas que muitas vezes se apresentam na fala.

Entender o subjetivo do usuário é desvendar muitas vezes o que não está visível aos olhos. Segundo Sol (2019, p. 08) “[...] O sofrimento às vezes não é aparente, mas existem alguns que são e a gente pode fazer algo por eles, pode ser na nossa sutileza de escuta ou observação que a gente pode estar prevenindo ou auxiliando [...]”.

A crítica feita contra os processos de psicologização, na área de serviço social com a qual concordamos, não pode ser também barreira para entendermos e trabalharmos toda a dimensão subjetiva na sua conexão com as expressões da questão social, articulação que pode ser profícua para a leitura de realidade e a proposição de estratégias de intervenção pelo assistente social. Bisneto (2007) aponta que a alienação do trabalhador também se dá pela subjetividade que é

subjacente ao capitalismo, produzindo uma falsa consciência de classe. Segundo o autor:

O Assistente Social em sua atuação e organizações institucional de Saúde Mental precisa estar ciente das dificuldades em promover a cidadania ou de fazer reabilitação psicossocial dentro dos limites da ordem burguesa. Mas, se seu campo de intervenção dentro dos estabelecimentos é limitado, seu campo de análise deve ser amplo e abranger a dinâmica da sociedade capitalista em sua totalidade histórica e social (BISNETO, 2007, p.186).

O referido autor também considera que a “ressocialização” se torna difícil, por mais que existem diversas práticas, se os indivíduos não se perceberem ou se apropriarem das suas relações, que eles participam e criam enquanto seres de uma sociedade.

Pontos sobre psicologia sistêmica e psicologia do desenvolvimento foram apresentados durante o discurso, a necessidade de entender os processos de vida e de construção do sujeito não somente no âmbito social e familiar, mas também no campo do desenvolvimento psíquico e biológico mostra-se em certas situações necessárias para entender o sujeito em sua totalidade, assim Rosa (2012) aponta que o usuário ao se apresentar, ele te apresenta de forma integral, trazendo consigo sua dimensão psi e emocional. Segundo Rosa:

O reconhecimento de que o sofrimento humano tanto dos usuários dos serviços quanto dos trabalhadores/profissionais da área da saúde, incluindo o assistente social, conforme Resolução nº 287/98, expresso em conceitos como o *burnout*, impõe demanda no campo da subjetividade, requerendo do serviço social maiores investimentos no plano teórico-metodológico; técnico-operativo e ético-político, como parte constitutiva da condição humana e da totalidade social, subtraindo-se a mera perspectiva de psicologização ou psiquiatrização dos problemas humanos (ROSA, 2012, p. 30).

Os estudos sobre suicídio de Neury Botega aparecem durante as entrevistas de forma explícita, sendo citado por três das entrevistadas. O livro *Comportamento suicida* de Neury e Blanca apresenta o suicídio de diversas maneiras, situações e núcleos de saberes diferentes, com a intenção de trabalhar em uma lógica multiprofissional e interdisciplinar, tornando-se um dos balizadores da intervenção profissional dos assistentes sociais, junto as pessoas que tentaram suicídio ou tem ideação. Os referidos autores constroem um protocolo de

atendimento em situações de suicídio, que está presente nos fluxos de atendimento em um dos serviços das entrevistadas, conforme Terra (2019, p. 02) “[...] é através de uma ficha que a gente construiu, usando muito a bibliografia do Neury Botega [...] referenciar entrevistas”.

As equipes, em muitos momentos, aparecem como suporte tanto interventivo quanto teórico na construção do saber-fazer. A assistente social Terra (2019) traz essa realidade quando fala sobre a sua prática no acolhimento:

Eu saia do acolhimento um pouquinho, fechava a porta, muitas vezes chorava, desabafava, deixava a emoção toda vir, muito com a equipe, que buscava comigo estratégias para eu ir aprendendo a lidar com isso e voltar para lidar com os encaminhamentos necessários. (TERRA, 2019, p. 01).

Existem dois pontos a serem discutidos sobre as relações da prática profissional e a construção dos saberes do assistente social ligado à equipe multiprofissional. A primeira aparece na efetivação da prática multiprofissional, preconizada tanto pelo Sistema Único de Saúde brasileiro quanto pelo documento criado pelo Conselho Federal de serviço social, que prevê os parâmetros de atuação do profissional de serviço social na área da saúde, colocando a necessidade de atuar em conjunto com os demais trabalhadores do serviço de forma multidisciplinar e interdisciplinar (CFESS, 2010).

Nessa direção, as entrevistas apontam para a necessidade de “dialogar com a equipe, com outros saberes” (SOL, 2019, p. 03) para conseguir de forma efetiva trabalhar o sofrimento do usuário. Os princípios de inter e multidisciplinaridade estiveram subjacentes em todas as entrevistas. Ainda que em sua maioria, nas entrevistas, a prática multiprofissional apareça de forma bem ampla, no dia-a-dia dos serviços, muitos profissionais apresentam dificuldades nessa prática, devido aos corporativismos. Nesses casos, parecem realçar mais as fronteiras entre os saberes que seus pontos de encontro, mesmo estando em serviços de saúde que preconizam o trabalho multiprofissional e interdisciplinar.

Assim, o trabalho multiprofissional e em rede aparece como ferramenta de manejo, ligando as práticas profissionais dos diferentes núcleos de saberes existentes nos serviços à demanda que, como já discutida, é multifatorial e necessita de diversos olhares, assim aparece como instrumento de três profissionais a articulação do manejo em equipe e em rede. Sol (2019) apresenta

o trabalho em rede como forma de criar e construir outras possibilidades nesse cuidado. O trabalho em equipe aparece também no processo de entendimento da dimensão da ideação:

[...] dependendo da conversa eu vejo que a pessoa não muda, daquilo que ela já falou, do que ela está pensando, eu chamo o núcleo da psicologia ou até a própria psiquiatria. Porque tem casos que pode ser histerias, para poder chamar a atenção, mas não tem como mensurar [...]. (LUA, 2019, p. 03).

O outro ponto de discussão sobre o fazer multiprofissional é que o profissional de serviço social, em determinadas situações, não trabalha as possibilidades dentro do próprio núcleo, muitas vezes, não produzindo saberes ou compartilhando os mesmos com o restante da equipe. A assistente social Vento (2019) aponta em sua fala que em um caso de ideação suicida não é apenas a medicação que vai auxiliar, mas “tem que ter muito trabalho psicológico para dar conta daquele sentimento dela”.

Em perspectiva convergente, também aponta a assistente social Terra (2019) “infelizmente a medicação é o que a gente tem, o mais forte que a gente tem é a medicação, mas assim, a maioria dos casos não precisaria passar por essa questão medicamentosa e digamos que já eliminaríamos vários na questão com a terapia”. A referida assistente social pontuou que as expressões da questão social têm um peso muito significativo para o adoecimento mental, sobretudo, para as situações de ideação e tentativa de suicídio atendidas por ela, porém citou o trabalho de outras áreas como principais saídas e recursos terapêuticos.

No que diz respeito à afirmação e consolidação dos saberes do núcleo, seria importante abordar como o serviço social poderia auxiliar no processo de recuperação, prevenção ou promoção do processo de adoecimento dos usuários atendidos. A criatividade deve estar presente dentro dos processos de trabalho do assistente social no campo da saúde mental, já que nesse campo ocupacional se apresentam as mais variadas expressões da questão social é necessário ter uma gama de instrumentais para além do encaminhamento, identificando o que o serviço social pode fazer para a demanda que chegou dentro do serviço que acolheu primeiramente.

Tendo sua formação generalista, o assistente social pode acionar diversas políticas para atender uma demanda relacionada ao suicídio, bem como, desenvolver processos de participação, conscientização, mobilização e organização, sobretudo, por meio das ações socioeducativas. Essas podem ser úteis ao usuário que chega com a demanda esclarecendo seus direitos, construindo possibilidade de acesso com o mesmo, além de instruir o usuário, o que também está, muitas vezes, trazendo uma perspectiva de sentido de vida e possibilidades de futuro. Werlang e Botega (2004) apontam que um dos indícios do suicídio é a falta de perspectiva de vida no sentido de haver possibilidades e chances da vida melhorar.

O suicídio é um evento multifatorial que tem como condicionantes muitas expressões da questão social, objeto de trabalho do assistente social. Segundo Sodré (2014), muitas vezes, dentro da área da saúde, o que é entendido como “social” é tudo aquilo que não tem uma resposta imediata, o que não consegue se tornar um diagnóstico fechado por profissões hegem nicas da área da saúde, como dentistas, médicos e enfermeiros, então essa demanda que não está fechada é encaminhada aos assistentes sociais, demarcando o social como algo externo   saúde como se as expressões da questão social não fizessem parte da saúde pública. Para Sodré (2014).

  como se existisse uma porta imaginária dentro das unidades de saúde que dividissem o biológico e o social, devendo o usuário atravessar essa porta ou não passar por ela. O que é social então aparece como algo “diferente” e isolado da saúde e seu campo duro de saber (SODRÉ, 2014, p. 78).

Esse tipo de lógica de trabalho traz muitos desafios aos assistentes sociais para trabalhar o núcleo e buscar possibilidades dentro dos instrumentais da  rea. Não raro, os assistentes sociais têm de evitar assumir um lugar de profissionais que atendem qualquer demanda que não tem resposta imediata pelos profissionais de forma o biomédica (SODRÉ, 2014).

Outros conceitos presentes no trabalho do assistente social no atendimento as famílias e usuários são os conceitos de idea o, risco e tentativa de suicídio que perpassam os acolhimentos. Conceitos de idea o, risco e tentativa de suicídio bem consolidados são de extrema importância dentro do processo de trabalho do profissional, que atende essa demanda diretamente, tanto para um

manejo correto quanto para a construção de um encaminhamento efetivo. Os saberes de manejo identificados ao longo da pesquisa sobre ideação, risco e tentativas de pelo menos 3 profissionais eram baseados direta ou indiretamente nos escritos de Botega e Werlang (2004).

O manejo também é construído coletivamente pelos profissionais dependendo da formação da equipe e do processo de educação permanente. Por exemplo, entre os profissionais entrevistados alguns vêm construindo junto a equipe fichas, protocolos e manuais de atendimento de forma a conseguir identificar de uma forma completa a gravidade do risco ou da ideação, conforme a assistente social Vento (2019) aponta “[...] pessoal está fazendo um protocolo de prevenção do suicídio, o pessoal aqui da direção da unidade, um protocolo né, para quando chega uma situação de ideação suicida no hospital o que faz né [...]” (Vento, 2019, p.5).

Nessa direção, Terra apresenta de forma já atuante o documento usado para identificar o risco suicida:

A gente faz assim, nesta ficha de acolhimento a gente faz perguntas como: Se a pessoa tem sentimentos como desesperança, desespero? Se tem questão de delírio, de alucinação? Estabilidade de humor? Se tem insônia? Se tem ansiedade? Se tem algum tipo de dor? Se é impulsiva? Agressiva? Então a partir desses indicadores, digamos assim, a gente vai identificar se o risco da pessoa é baixo, médio ou é alto, claro que não isso isolado né, isso a gente entendo todos os fatos, principalmente se essa pessoa tem alguma rede de proteção por trás dela, isso tudo junto a gente consegue identificar o risco. (TERRA, 2019, p. 03).

As técnicas de avaliação de risco dos profissionais também são construídas a partir do vínculo ou da habilidade do profissional que atende: “é pelo grau do que a pessoa já me relatou que eu vejo que a pessoa está decidida ou que ela não muda de opinião, ou que ela vem relatando, então não tem como eu de dizer assim é mais na hora, no sentir né, no empirismo” (LUA, 2019, p. 03).

A construção do que é a ideação suicida é essencial tanto para o atendimento qualificado dos usuários quanto para o trabalho de desconstrução de estigmas, junto aos familiares e também, quando necessário, junto ao demais profissionais do serviço. A noção de ideação suicida apresentada pelos profissionais entrevistados vai de encontro com as bibliografias de referência na

área, mesmo em alguns momentos os profissionais mostrando dificuldades de trabalhar essa temática, como Sol (2019) nos mostra:

É bem difícil, mas tem comportamentos típicos, quando eu estou em um apagamento de emoção, as coisas não têm sentido, ah vamos lá? Ah eu não sei, eu não quero ir. Ah vamos fazer tal coisa? Mas para que? Eu acho que começa a ideação, quando perde o sentido, quando perde a cor das coisas, vai ficando tudo tão cinza, eu não preciso participar da vida, para a vida acontecer. (SOL, 2019, p. 07).

[...] é quando a pessoa está com pensamento de morte e esses pensamentos eles podem vir como planejamento, a pessoa que dentro disso a gente vai caracterizando o risco, então a pessoa pensa muito em morrer, que queria sumir, isso é uma ideação suicida. (TERRA, 2019, p. 05).

Essa dificuldade se apresenta tanto na questão de pouco material na área de serviço social que aborde esse assunto quanto no pouco debate existente na sociedade que criou um tabu em cima da ideação/tentativa de suicídio. As entrevistas mostraram que profissionais procuram respaldo em outro núcleo com a preocupação de não fugir de suas competências, mesmo porque a presença de interdisciplinaridade remete às preocupações históricas com o sincretismo e o ecletismo.

Mesmo com essa dificuldade, alguns profissionais têm de forma concreta o conceito de ideação suicida, seja por atender uma demanda muito grande e esse processo leva a uma busca de educação permanente e/ou continuada, ou seja, por auxílio da equipe multiprofissional que atua junto.

As habilidades desses profissionais também apareceram durante as entrevistas. São exemplos de habilidades, entender o que funciona ou não para aquele tipo de demanda acaba se tornando uma habilidade criada pelos assistentes sociais para um atendimento qualificado, entender que tipo de coisas falar em cada situação, compreender se o manejo está sendo efetivo ou não e se o diálogo estabelecido está surtindo efeito no usuário são habilidades de extrema importância para uma prática efetiva. Essas habilidades fazem parte da construção de prática cotidiana e aparecem pouco na literatura.

3.2.2 Formação profissional

Este eixo temático discute o processo de formação profissional pautado pelos profissionais durante a entrevista, trazendo reflexões dos próprios profissionais sobre o processo de formação em serviço social e como o mesmo resulta nas práticas do cotidiano. A formação profissional não é a temática estruturante da pesquisa, e sim a intervenção profissional, embora ambas estejam em relação. Daí a importância dessa temática ser abordada pela sua interferência e possível contribuição para a reflexão sobre os saberes do assistente social na saúde mental.

Sobre a formação em saúde mental, os assistentes sociais trazem que tiveram pouca ou nenhuma matéria nesse campo, principalmente sobre a temática da pesquisa, sendo que nas matérias que traziam o conteúdo de saúde durante a formação acadêmica, o debate ficava em torno da previdência social. Quando a temática envolve o suicídio o aprendizado é nulo. Essa falta de debate sobre o suicídio também apareceu quando uma das profissionais trouxe sua experiência com a residência multiprofissional em saúde, apontando que não é apenas na formação de serviço social que o debate sobre o suicídio é escasso.

A formação em serviço social pós-movimento de Reconceituação deixou de lado a sistematização e reflexão dos processos de trabalho no âmbito da saúde, com receio de voltar ao serviço social do passado, que atuava de forma conservadora. Para Bisneto (2007), esse enxugamento do debate da saúde foi maior ainda no âmbito da saúde mental, na busca de quebrar com a psicologização da pobreza temas como a subjetividade, sexualidade, religião, entre outros, foram de certa forma deixados de lado no processo da formação de saberes pós Reconceituação, como aponta Sol (2019, p. 01) “minha formação tinha uma carga de disciplinas muito reduzida de saúde, era apenas um breve situar, uma pincelada do serviço social na saúde [...]”.

Os profissionais apresentaram uma necessidade de construção de saber a partir das demandas da prática profissional. “Então quando eu cheguei no CAPS eu tive que buscar muita formação na área da saúde, principalmente, muita formação sobre o sofrimento psíquico”, segundo Sol (2019). Essa necessidade da construção de saberes a partir da demanda do serviço aparece como um processo de educação permanente compulsória, já que os profissionais do serviço que têm

uma formação mais direcionada para área da saúde mental, esperam que a assistente social saiba manejar as situações como os demais trabalhadores.

A assistente social Terra (2019, p. 03) corrobora essa análise:

Eu cheguei aqui no serviço bem sem experiência nenhuma de como trabalhar, de como atender uma pessoa que estava com esse pensamento suicida, então eu cheguei sem ter estudado antes ou sem ter tido uma bibliografia, então foi muito na prática. Tudo o que eu estou adquirindo e ainda tenho que aprender muito mais é as minhas dificuldades na prática, eu tento buscar através da teoria e muito com a equipe[...].

Durante as entrevistas, as assistentes sociais pautaram em certos momentos um conhecimento que era adquirido em outros meios que não os de formação acadêmica “[...] Pra mim foi um choque muito grande chegar sem nenhuma noção, porque o que eu sabia era o que passava na mídia e na tv [...]”. É preciso atenção para este movimento de construção e apropriação do saber, pois muitas informações que circulam na mídia reproduzem o senso comum. Trata-se de uma contraditória apreensão da realidade, o que Iasi (1999) chama de primeira forma de consciência. Ela apresenta-se como alienação não porque desvincula-se da realidade, mas pelo fato de naturalizá-la, por desvinculá-la da história.

O senso comum criado pela falta de referencial teórico e senso crítico de realidade, prejudica a prática profissional junto aos usuários, muitas vezes, sendo ferramenta de julgamento, criando um movimento oposto ao da garantia de direitos e da emancipação social.

Esse saber construído a partir da prática, várias vezes, pontuado durante as entrevistas, pode ser válido como forma de produção de saber, Fernandes (2016) aponta essa possibilidade de construção de saber a partir da prática, criando até mesmo uma possibilidade de um novo saber trabalhar, assim, pode se entender que essa construção de saber adquirida pela prática, em sua maioria apenas se apresenta em meio aos desafios e lacunas do processo de formação profissional, como forma de resolubilidade dos problemas apresentados no cotidiano profissional, segundo Lua (2019, p. 01) “[...] A preparação nós não temos, mas o que a gente aprende é por empirismo, é na prática, aprende a manejar[...].

Ao ser questionada se na formação a profissional aprendeu a manejar situação que envolve usuários que tentaram suicídio ou tem ideação suicida a mesma apresenta que

A formação eu posso dizer assim, que eu não tive preparo nenhum. Eu não lembro de ter tido algo durante a graduação ou depois até na residência, algo que tivesse me ajudado nesse processo, não tive, foi com a minha própria experiência que eu busquei aqui na prática no serviço. (TERRA, 2019, p. 03).

Nesse movimento de debater sobre o processo de formação e refletir sobre as lacunas deixadas pelo mesmo, as entrevistadas pontuam sobre a importância de se ter uma formação generalista, a qual prepara para entender as diferentes realidades dos espaços sócio-ocupacionais, que permitem fazer uma leitura crítica desses espaços e das diversas expressões da questão social que se apresentam neles. Em vista dessa percepção, algumas profissionais não veem a necessidade de focar em políticas ou em práticas específicas, “então eu já tinha visto, eu não entendo que tenha que ver na faculdade algo específico porque a gente sabe que a nossa faculdade é bem generalista às vezes nas mais diversas políticas” (Vento, 2019, p. 09).

Entendendo também o processo de formação como algo contínuo, que vai além do processo da graduação, as profissionais apresentam necessidade e o desejo de seguir com uma educação continuada, “[...]mesmo tendo uma pós-graduação, fazer outra, vou fazer aquele curso que eu gostei, acho que vai dizer de mim e quando a gente entra, a gente pensa, meu Deus como a gente é limitado, quanta coisa que eu não sei”, (SOL, 2019, p. 06) Esse é um indicador do desejo dos profissionais de avançarem profissionalmente em seus saberes para uma melhor atuação.

Mesmo sendo preconizadas dentro da Lei orgânica 8.080/90 (BRASIL, 1990) que dispõem sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), ainda existem empecilhos que impedem que a educação permanente aconteça, “[...] A gente perde de participar de evento e de capacitação quando tem alguma, porque não tem como deixar o serviço fechado [...]” (TERRA, 2019, p. 07).

Em vários momentos como já debatido os profissionais buscam referenciais teóricos, seja por meio de educação continuada nas especializações e pós-graduação na área da saúde ou por meio de livros e artigos, na busca de um

melhor atendimento às demandas das expressões da questão social na área da saúde mental. Essa busca de referencial teórico também se dá pela necessidade de diálogo junto aos colegas e a inserção nas equipes de saúde multiprofissional. Entender termos ligados à área da saúde e os processos de trabalho que muitas vezes não são ensinados durante a formação em serviço social, se faz necessário para um trabalho em equipe e em rede dentro da área da saúde. A equipe em muitos momentos durante as falas das profissionais entrevistadas se mostrou extremamente necessária para uma execução efetiva nas situações que envolvem o suicídio.

3.2.3 Trabalho profissional e condições de trabalho no campo da saúde mental

Mesmo não sendo a temática principal da pesquisa, o trabalho profissional ligado às condições de trabalho apareceram em diversos momentos durante as entrevistas se tornando um tema tangencial entre os trabalhadores. Considerando que o serviço social é uma profissão inscrita na divisão social e técnica do trabalho como uma especialização do trabalho coletivo se torna necessário pautar esse assunto. Segundo Raichelis (2011) a precarização dos processos de trabalho no Brasil não é algo novo, acontece desde os primórdios da instalação do capitalismo.

Todos os profissionais entrevistados são servidores públicos, cumprindo uma carga horária maior do que a prevista pelo conselho federal da classe, o descaso com as políticas de saúde mental pela gestão e o avanço das ideias neoliberais tornam precárias algumas condições do trabalho dos assistentes sociais como a falta de carro para a realização de visitas domiciliares, a falta de material para a realização de grupos dentro do serviços, a dificuldade da articulação da rede tanto pela dificuldade de comunicação e entendimento dos demais profissionais sobre a importância desse movimento ao qual na maioria dos espaços sócio-ocupacionais fica a cargo dos assistentes sociais, quanto a valorização da gestão não vendo a articulação da rede como um processo de trabalho, assim dificultando a saída dos assistentes sociais para essa ação.

A alta demanda em serviços especializados de saúde mental e o enxugamento dos serviços e da equipe de trabalho causados pelo avanço do neoliberalismo dentro das políticas no Brasil, fazem com que os profissionais não

consigam atender toda a demanda que se apresenta e trabalhar em cima de perspectivas que são preconizadas pelas políticas do SUS, como a educação permanente e a articulação dos profissionais com os fóruns de direito, como também prevê o projeto ético político da profissão. Segundo Raichelis (2011) os profissionais que tem um impedimento de exercer a sua ética profissional acabam adoecendo. Terra aponta:

A principal dificuldade é o tamanho da equipe e a dificuldade dos gestores de compreenderem que é algo muito difícil tu trabalhar tentando convencer as pessoas, tu tens que buscar em toda a história de vida da pessoa, tu tens que convencer ela a ficar vivida e isso é muito difícil. (TERRA,2019, p. 04)

Essa falta de sensibilidade dos gestores aparece também no discurso da assistente social Sol (2019) que também apresenta o debate sobre o adoecimento desses profissionais que se percebem em meio a demandas que sem uma gestão efetiva que entenda as necessidades dos serviços não será possível haver uma resolubilidade:

[...] A gente trabalha com uma população que traz sofrimento e a gente acaba absorvendo isso também, porque somos humanos e muitas vezes a gente sofre porque não encontra essa absorção de outras políticas, porque existe a necessidade e a gente discute muito aqui de não só de nós montarmos a rede, mas é necessário que os secretários e isso é um projeto de governo, e prefeito e prefeitura e que seus secretários também façam uma rede, que todas as secretarias trabalhem com um princípio único. (LUA, 2019, p. 06)

Segundo Raichelis (2011) os adoecimentos dos profissionais estão diretamente ligados com a sua condição trabalho, logo podemos entender que se o assistente social lida diretamente com as políticas públicas, quando as mesmas são afetadas, a estrutura de trabalho dos assistentes sociais também é, impedindo que os mesmos em demasiadas situações efetivem as suas práticas junto aos usuários, o que os leva a um adoecimento e a uma desesperança ligadas ao campo do trabalho.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como propósito um estudo sobre a temática do suicídio e a prática de assistentes sociais que atendem essas demandas de forma direta no seu campo de atuação a fim de identificar os saberes utilizados pelos profissionais em suas práticas por meio de entrevistas. Foram criadas perguntas que pudessem investigar o saber-fazer profissional, delineando instrumentos, procedimentos, conceitos e categorias e referenciais teóricos. Para tanto, foi preciso abordar diversas áreas do saber entendendo que o suicídio é uma questão multifatorial e a leitura de apenas uma área reduziria a problemática do mesmo.

O primeiro capítulo teve como objetivo a construção da metodologia e da estrutura do trabalho. Assim, mediante este estudo de caráter qualitativo buscou-se responder questões particulares sobre a intervenção dentro da área e estudar o saber, as habilidades e a experiência destes profissionais em relação à temática do suicídio. A pesquisa se caracterizou como um estudo de caso que trabalha com as técnicas de coletas de dados. Foi abordado também o referencial teórico trazendo as principais bibliografias que auxiliaram na construção do trabalho.

O segundo capítulo abordou os fundamentos do suicídio iniciando com a questão epidemiológica do tema, apontando dados de forma a consolidar a importância e a magnitude do problema em nossa sociedade. Também abordou a história do suicídio perpassando por várias culturas, épocas e momentos históricos diferentes. Ainda buscou-se debater o suicídio dentro dos saberes ligados às áreas das ciências humanas e sociais passando pelo clássico de Durkheim até os estudos econômicos e sociais de Marx, construindo uma importante reflexão da própria área de que o suicídio não pode ser explicado apenas pela sociologia, ou apenas dentro das ciências humanas e sociais, sendo um objeto que precisa de estudo em vários campos dos saberes.

A psicanálise foi trabalhada dentro desse capítulo como uma forma de entender o suicídio na questão do manejo e no entendimento de como ela é trabalhada no campo psi, sem intenção de psicologizar o sujeito, dentro desse debate foram trazidos os estudos de Freud sobre a melancolia e as pulsões de morte e de vida por meio das quais o autor introduz a temática do suicídio, mas de forma limitada. Esse debate dentro do campo psi foi trazido sobre a perspectiva de

Lacan que faz uma releitura da psicanálise de Freud e aprofunda os estudos sobre o desejo de morte. Por fim, dentro do segundo capítulo foram trabalhados os nexos do suicídio com a questão social, objeto de trabalho do assistente social, considerando que o desejo de morte também é impulsionado pelas expressões da questão social, como desemprego e violência. Assim, a demanda do suicídio está ligada com a prática dos profissionais de serviço social que atuam dentro do campo da saúde mental.

O terceiro e o último capítulo buscou apresentar as formas de manejo profissional que podem ser utilizadas em usuários que tem a demanda de suicídio, seja por ideação ou por tentativa, fazendo uma análise da bibliografia e apresentando os resultados da pesquisa feita com profissionais de serviço social em quatro serviços distintos de saúde mental.

Esse último capítulo trabalhou os saberes que balizam as práticas dos profissionais, buscando entender quais referenciais teóricos ou quais saberes envolvem a prática do profissional que atende à demanda do suicídio em seu cotidiano de trabalho, passando por saberes que são construídos na prática, referenciais teóricos dentro e fora da área como a psicanálise e a lógica de clínica ampliada, ligada às políticas do Sistema Único de Saúde.

Buscou-se compreender de que forma o assistente social maneja a demanda do suicídio, quais habilidades e procedimentos o mesmo utiliza, entendendo de que forma acolhe, escuta e trabalha a rede de apoio desse usuário. A formação profissional dos assistentes sociais também foi dentro do capítulo, evidenciando como foi o processo de formação desses profissionais e qual foi o impacto da mesma em seus processos de trabalho. Por último, foi abordado as condições do local de trabalho dos assistentes sociais, como que os mesmos se organizam dentro do campo, quais as dificuldades e precariedades os assistentes sociais enfrentam dentro do seu local de trabalho em seu cotidiano.

Durante o processo de construção do trabalho foi possível alcançar os objetivos da pesquisa, tendo em vista que os processos de trabalho dos assistentes sociais junto aos usuários que tem como demanda o suicídio, foram analisados, os saberes e as formas de manejo identificadas e foi possível trabalhar as diversas áreas dos saberes que abordam o suicídio.

Visto a riqueza de materiais produzidos da pesquisa e das entrevistas, foi possível trabalhar apenas parte do material devido ao tempo, assim sobrando

matérias para mais produções ao longo do tempo entendendo ser necessário pesquisas na área do serviço social ligadas ao suicídio e a saúde mental continuem a serem produzidas, podendo ser na área de saúde do trabalhador de serviço social que vem sofrendo ataques com o avanço do neoliberalismo, pesquisas que criam nexos maiores do que os propostos aqui sobre a ligação da questão social e o suicídio e sobre o serviço social e suas práticas junto as subjetividades dos sujeitos atendidos, é necessário preencher as lacunas deixadas pelo movimento de Reconceituação da categoria sem destoar do projeto ético político da profissão.

Durante o processo da pesquisa e na finalização da mesma foi visto o empenho dos assistentes sociais em se atualizarem e procurarem balizadores para um pratica profissional coerente e efetiva junto as demandas do suicídio. Os procedimentos usados pelos profissionais se mostram em alguns momentos rasos, mas em sua maioria coerentes com a bibliografia que trabalha a temática, o movimento de educação permanente é hegemônico entre os profissionais, porém é necessário continuar a busca por referenciais teóricos que auxiliem no manejo dos usuários, dessa forma a academia se torna um ponto essencial tanto na formação de novos profissionais capacitados a atender a essas demandas, construindo disciplinas, debates e eventos que discutam a temática do suicídio quanto na produção acadêmica que auxilie na construção de balizadores da pratica profissional.

O manejo do serviço social se centra em torno do acolhimento e dos encaminhamentos, esquecendo de outras possibilidades como o levantamento de dados para a construção de políticas públicas junto aos conselhos de direitos, a mobilização dos usuários com essa demanda, articulando o controle social no requerimento de políticas mais efetivas. Assim, muitas vezes, o assistente social acaba trabalhando poucas possibilidades dentro do núcleo de serviço social, produzindo respostas frágeis, executando procedimentos de rotina e, terceirizando o cuidado para as outras áreas como a psicologia e a psiquiatria.

O manejo do assistente social diferente da lógica das demais áreas junto ao usuário que tem a demanda do suicídio, está para além da questão doença, ao mesmo tempo que o assistente social não nega que o usuário está em sofrimento psíquico também percebe o mesmo como um sujeito de direitos, sem diminuir o sujeito a uma medicação, um diagnóstico ou um tratamento, mas sim buscando

formas de superar o sofrimento dentro de suas possibilidades, articulando as diversas redes de apoio possíveis em busca de sua cidadania e emancipação social. O manejo em serviço social busca garantir a produção de saúde desse sujeito por meio da garantia de direitos, seja o direito à saúde, à previdência ou ao trabalho, assim, esse manejo deve ter sempre como foco a emancipação do usuário.

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, R. **Adeus ao Trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do Mundo do trabalho.** 8ª Ed. São Paulo: Cortez, 2003.
- ANTUNES, R.; PRAUN, L. **A sociedade dos adoecimentos no trabalho.** Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 123, p. 407-427, set. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010166282015000300407&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 14 set. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.030>.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Suicídio: informando para prevenir / Associação Brasileira de Psiquiatria, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio.** – Brasília: CFM/ABP, 2014.
- BERTOLETE, J. M. **O suicídio e sua prevenção.** São Paulo: Editora UNESP, 2012.
- BERTOLETE, J. M., & FLEISCHMANN, A. (2002). **Suicide and psychiatric diagnosis: A worldwide perspective.** World Psychiatry, 1, 181-185.
- BISNETO, J. A. **Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional.** São Paulo: Cortez, 2007.
- CERQUEIRA, G. F. **A Questão Social no Brasil: crítica do discurso político.** Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 1982.
- BOTEGA, Neury et al. **Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo.** Cadernos de Saúde Pública, vol. 25, no 12, Rio de Janeiro, 2009, pp.2632-2638.
- BOTEGA, Neury José. **Comportamento suicida: epidemiologia.** Psicol. USP, São Paulo, v.25, n.3, p.231-236, dez. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010365642014000300231&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 30 jul. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6564D20140004>
- BRASIL, Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde. **Mortalidade do adulto no Brasil: taxas de mortalidade segundo o sexo, as causas e as regiões, 2010.** Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude> ->. Acesso em 30 jul. 2019.
- BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Lei Orgânica da Saúde. 1990.
- CARMO, R. C. do. **Por um Fio: o Sofrimento do Trabalhador na Era do Capitalismo Flexível.** Roberto Coelho do Carmo. Jundiaí, Paco Editorial: 2013.
- CARVALHO, S. **A morte pode esperar? Clínica psicanalítica do suicídio.** 2014.

CASSORLA, R.M.S. **O que é suicídio**. São Paulo: Brasiliense, 1984.

CASSORLA, R. (coord.). **Do suicídio: Estudos brasileiros**. Campinas, São Paulo: Papirus, 1991

CASSORLA, Roosevelt M.S. **Suicídio - Fatores Inconscientes E Aspectos Socioculturais: Uma Introdução**. São Paulo: Edgar Blucher, 2017. 114 p.

CERQUEIRA FILHO, Gisálio. **A Questão Social no Brasil: crítica do discurso político**. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 1982.

CHARLIAC, L. (2002). **Causes et contingence d'une tentative de suicide**. In G. Morel (Org.). *Clinique du suicide* (pp. 209-217). Ramonville Saint-Agne: Érès.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Legislação e resoluções sobre o trabalho do/a assistente social**. Brasília: CFESS, 2011.

CONSELHO FEDERAL DO SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de assistência social**. Brasília: CFESS, 2011. Disponível em: Acesso em: 29 outubro 2019.

COUTINHO, C. N. **Entrevista: a prática social e prática profissional - a relação teoria/prática e o serviço social**. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Programa De Pós-Graduação em Serviço Social – Doutorado. Disciplina - Fundamentos do Serviço Social. Profa Me. Myriam Veras Baptista. Primeiro semestre de 1991.

DIAS, M. L. **O suicida e suas mensagens de adeus**. In: *Do suicídio: Estudos brasileiros*. Campinas, São Paulo: Papirus, 1991.

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

FEUERBACH, Ludwig. **A Essência do Cristianismo**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

FREUD, S. (1961-1967) Sigmund Freud Gesammelte Werke. Frankfurt am Main: S. Fischer. (1893/1964) **“Quelques considérations pour une étude comparative des paralysies motrices organiques et hystériques”**, v.I, p.37-55.

FREUD, S. Luto e melancolia (1917). In: _____. **A história do movimento psicanalítico**: artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos (1914- 1916). Direção-geral da tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 249-263. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas, 14).

FREUD, S. **Além do Princípio do Prazer (1920)**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. 2 ed. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.18

FREUD, S. (1969). **Breves escritos**: contribuições para uma discussão acerca do suicídio. In S. Freud, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. XI. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1910).

FREUD, S. Reflexões para os tempos de guerra e de morte (1915). In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. 2 ed. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 14

GIL, A. C. **Estudo de caso**. São Paulo: Atlas, 2009.

GRAÇA, L. **Da 'Velha' Medicina do Trabalho à 'Nova' Saúde Ocupacional**.1999.

GRAMSCI, A. **Cadernos do cárcere**, v. 4, edição de Carlos Nelson Coutinho, com a colaboração de Luiz Sérgio Henriques e Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

GUERRA, Y. **A dimensão investigativa no exercício profissional**. In: CFESS/ABEPSS. Serviço Social: direitos e competências profissionais. Brasília, 2009. p. 702-715.

HARVEY, D. **Condição Pós- Moderna**. 12ª. ed. São Paulo: Loyola, 2003.

HELLER, A. **O cotidiano e a história**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez Editora, 2007.

IAMAMOTO, M. V.. **O Serviço Social na contemporaneidade**: dimensões históricas, teóricas e ético-políticas. Fortaleza, CRESS –CE, Debate n. 6, 1997.

IASI, M. L. **Processo de consciência**. São Paulo: CPV, 1999
Janeiro: Imago, 1996. v. 14

JUNGEILGES, J.; KIRCHGASSNER, G. **Economic welfare, civil liberty, and suicide**: an empirical investigation. The Journal of Socio-Economics, v. 31, p. 215-231, 2002.

JUNQUEIRA, H. I. **Quase duas Décadas de Reconceituação do Serviço Social**: Uma Abordagem Crítica. In: Serviço Social e Sociedade n. 4. São Paulo: Cortez, 1980.

LACAN, J. **O seminário, livro 10**: a angústia, 1962-1963 / Jacques Lacan.

LEIGH, A.; JENCKS, C. **Inequality and mortality**: long-run evidence from a panel of countries. J. Health Econ. v. 26, n. 1, p. 1-24, 2007.

MACENTE, L. B.; ZANDONADE, E. **Estudo da série histórica de mortalidade por suicídio no Espírito Santo (de 1980 a 2006)**. J Bras Psiquiatria, 2011.

MANGINI, F. N. da Rosa. **O CONHECIMENTO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL: TECNOLOGIA PARA A TRANSFORMAÇÃO SOCIAL**. 2015. 229 f. Tese (Doutorado) - Curso de Serviço Social, Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

MARX, K. e E., F. **A Ideologia Alemã**. SP: Hucitec, 1993.

MARX, K. **XXI Teses sobre Feuerbach**. Edição e tradução de domínio público: 1888.

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

MARX, Karl. **Manuscritos Econômicos-Filosóficos**. In: FROMM, Erich. Conceito Marxista do Homem. 8ª edição, Rio de Janeiro, Zahar, 1983.

MINAYO, M. C. S. **Suicídio: violência auto infligida**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 205-240.

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

NETTO & BRAZ, José Paulo & Marcelo. **Economia Política: uma introdução crítica**. – 8. Ed. – São Paulo: Cortez, 2012.

NETTO, B. N. **Suicídio: uma análise psicossocial a partir do materialismo histórico dialético** (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2007.

NETTO, J. P. **Crise do capital e consequências societárias**. *Serv. Soc. Soc.* [online]. 2012, n.111, pp.413-429. Presença; Martins Fontes,1973.

NETTO, J. P. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2006. ed. 5. Reflexões para os tempos de guerra e de morte (1915). In:

NETTO, J. P. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.

NETTO, J. P. Cinco notas a propósito da “questão social”. In: **Temporalis**. Brasília: ABEPSS, n.3. 2001.

NICACIO, Erimaldo Matias; AUGUSTO BISNETO, José, (orgs.) - **A Prática do Assistente Social na Saúde Mental** - Rio de Janeiro : UFRJ, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio: Um manual para profissionais da saúde em atenção primária**, 2000.

PEREIRA, Potyara Amazoneida. **Questão Social**, Serviço Social e Direitos da Cidadania. Revista Temporalis, Brasília: ABEPSS, nº. 3, p.51-62, 2001. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.

RAICHELIS, Raquel. **O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos**. Serv. Soc. Soc. 2011, n.107. p.420-437.

RAMOS, A. (Org.) **A dimensão técnico-operativa no trabalho do assistente social: ensaio críticos**. Campinas: Papel Social. 2018.

RODRIGUEZ-ANDRES, A., FISCHER, J. **Political institutions and suicide: a regional analysis of Switzerland**. Konstanz (DE): Thurgau Institute of Economics and Department of Economics at the University of Konstanz Research. Paper n. 33, 2008.

ROSA, L. C. DOS S.; LUSTOSA, A. F. M. Afinal, o que faz o serviço social na saúde mental?. **Serviço Social e Saúde**, v. 11, n. 1, p. 27-50, 18 maio 2015.
ROSA, Lúcia C. dos S. Transtorno mental e o cuidado na família. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

ROSA, Lúcia. **Transtorno Mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

Salvador: Associação Científica Campo Psicanalítico, 2014.

SANTOS, C. M. dos. A dimensão técnico-operativa e os instrumentos e técnicas no Serviço Social. **Revista Conexão Geraes**. Minas Gerais, nº, p. 25-30, 2º semestre de 2013. Disponível em: <<http://www.cressmg.org.br/arquivos/Revista3.pdf>> Acesso em: 24 de maio de 2019.

SANTOS, Josiane Soares. **“Questão Social”**: particularidades no Brasil. São Paulo: Cortez, 2012.

SAVIANI, D. (2004). **Perspectiva marxiana do problema subjetividade intersubjetividade**. In: Duarte, N. (Org.). Crítica ao fetichismo da individualidade. (p. 21-52). Campinas: Autores Associados.

SHIKIDA, C. et al. **Teoria econômica do suicídio**: estudo empírico para o Brasil. Ibmecc Minas: 2006. Disponível em: <<http://ceae.ibmeccmg.br/wp/wp39.pdf>>. Acesso em: 30 de junho 2019.

SILVA, Flávia Gonçalves da. **Subjetividade, individualidade, personalidade e identidade**: concepções a partir da psicologia histórico-cultural. Psicol. educ. São Paulo, n. 28, p. 169-95, jun. 2009.

SODRÉ, Francis. **O Serviço Social entre a prevenção e a promoção da saúde**: tradução, vínculo e acolhimento. Serv. Soc., São Paulo, n. 117, p. 69-83, jan./mar. 2014.

STAVIZKI JUNIOR, Carlos; VICCARI, Eunice Maria. O serviço social no atendimento de emergências psiquiátricas: processos de trabalho de assistentes sociais e residentes no atendimento de pacientes adolescentes com ideação e tentativa de suicídio. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, p.113-132, 2018. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/12913>>. Acesso em: 02 out. 2019.

TRINDADE, R. L P. Desvendando as determinações sócio-históricas do instrumental técnico-operativo do Serviço Social na articulação entre demandas sociais e projetos profissionais. **Revista Temporalis**. Rio de Janeiro, n. 4, p. 21-42, 2001.

VARNIK, P., et al. (2012). **Validity of suicide statistics in Europe in relation to undetermined deaths**: Developing the 2-20 benchmark. *Injury Prevention*, 18(5), 3215 World Health Organization. (2018). Country reports and charts available. VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.). **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. O movimento de higiene mental e a emergência do Serviço Social no Brasil e no Rio de Janeiro. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, 2000.

VIETTA, Edna Paciência; KODATO, Sérgio; FURLAN, Reinaldo. Reflexões sobre a transição paradigmática em saúde mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 97-103, 2001.

WERLANG, Blanca Guevara; BOTEAGA, Neury Jose. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004. 204 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide: a global imperative**. Geneva: WHO; 2014.

APÊNDICE

Pontos de referência para a entrevista semi-estruturada

- Conte sobre sua experiência profissional na área do suicídio?
- Fale sobre os saberes adquiridos em serviço ou aprendizados que obteve no cotidiano da intervenção profissional que envolvam o atendimento a pessoas que tentaram suicídio.
- Quais os procedimentos profissionais que executa ao atender pessoas que tentaram ou tem ideação suicida.
- Fale sobre os momentos em que se sentiu desafiado quanto aos seus saberes sobre suicídio, em que sentiu necessidade de buscar novos conhecimentos ou dificuldades de lidar com essa questão.
- De que forma você avalia o risco de suicídio?
- Conte as principais dificuldades e desafios profissionais sentidos no serviço ao pensar as questões que envolvem o suicídio.
- Fale sobre suas habilidades ou aspectos que você acredita que potencializam sua intervenção profissional no atendimento a pessoas que tentaram ou tem ideação suicida.
- O que é ideação Suicida? Como podemos observá-las?
- Quais referenciais teóricos sobre suicídio você utiliza e como os conecta às situações com as quais trabalha?
- Quais são os termos ou palavras-chave mais utilizados no trato de pessoas que tentaram ou tem ideação suicida.
- Que conceitos ou categorias você mais utiliza em seu trabalho?
- O que você faria se um usuário declara se que irá tentar suicídio?
- Quais são as ações de prevenção e valorização da vida por você dentro do serviço?