

UNILEÃO
CENTRO UNIVERSITÁRIO DOUTOR LEÃO SAMPAIO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

JOYCE DE LIMA SILVA SOUZA

**A INFLUENCIA DAS RELAÇÕES SOCIAIS NOS CASOS DE
TENTATIVA/SUICÍDIO: quais as possíveis contribuições do Serviço Social nesse
processo**

JUAZEIRO DO NORTE-CE
2019

JOYCE DE LIMA AILVA SOUZA

**A INFLUENCIA DAS RELAÇÕES SOCIAIS NOS CASOS DE
TENTATIVA/SUICÍDIO: quais as possíveis contribuições do Serviço Social nesse
processo**

Trabalho de Conclusão de curso, apresentado a Banca Examinadora, como exigência para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, pelo Centro Universitário Dr. Leão Sampaio.

Orientador: Prof. Esp. Aldair Péricles Bezerra Monteiro,

**JUAZEIRO DO NORTE-CE
2019**

JOYCE DE LIMA AILVA SOUZA

**A INFLUENCIA DAS RELAÇÕES SOCIAIS NOS CASOS DE
TENTATIVA/SUICÍDIO: quais as possíveis contribuições do Serviço Social nesse
processo**

Trabalho de Conclusão de curso, apresentado a Banca Examinadora, como exigência para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, pelo Centro Universitário Dr. Leão Sampaio.

Orientador: do Prof. Aldair Pérciles Bezerra Monteiro, Esp.

APROVADA EM: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profº. Esp. Aldair Pericles Bezerra Monteiro
Orientador

Profª. Esp. Jamille de Lima Vieira
Examinador: 1

Profª: Esp. Pautilia Ferraz Araruna
Examinador: 2

**JUAZEIRO DO NORTE-CE
2019**

O momento que vivemos é um momento pleno de desafios. Mais do que nunca é preciso ter coragem, é preciso ter esperanças para enfrentar o presente. É preciso resistir e sonhar. É necessário alimentar os sonhos e concretizá-los dia-a-dia no horizonte de novos tempos mais humanos, mais justos, mais solidários.

Marilda lamamoto

*A M^a Aurora que carrego em meu ventre.
Que quando vier ao mundo seja luz,
assim como tem sido em minha vida
desde o dia em que escutei o seu
pequeno coração bater pela primeira vez.*

AGRADECIMENTOS

Quatro anos e meio se passaram desde o início de uma jornada que jamais imaginaria percorrer. Muitos foram os desafios. Muitas foram as vezes em que pensei em desistir. Ser pobre, preta, filha de agricultores, vim de um interior que mal chega sinal telefônico, estudar como bolsista em uma instituição privada elitizada. Venci. Não quero com isso me colocar como exemplo para os demais. Não acho digno. Acredito que todos deveriam ter acesso ao ensino superior sem precisar passar por tantas dificuldades. Minha jornada nada mais é que um reflexo das desigualdades sociais existentes ao qual me comprometo com a minha profissão buscar enfrenta-las.

Agradeço a Deus e a intercessão de Nossa Senhora. A comunidade Fraternidade Missionária o Caminho por ser meu refúgio, me inspirar a escolher cursar este curso através do seu trabalho missionário com os mais pobres, e ao apoio me ofertado de moradia, conselhos e amizades que levarei para a vida toda.

A meus pais que, com o trabalho na roça, dedicaram cada gota de suor a seus filhos para que, ao contrário deles, tivéssemos oportunidade de concluir os estudos e chegar a universidade, e quebrar o ciclo vivenciado a tantos anos que garantia apenas a enxada como instrumento de trabalho.

A meu esposo, Sadson Diego, que esteve comigo durante a maioria dessa jornada. Sempre me apoiando e incentivando não desistir em meio as dificuldades. Esse título de bacharel também é seu meu querido. A nossa cadelinha Bela, que sempre me fez companhia nas horas de estudo e preservou com seu amor a minha saúde mental. Sem o apoio de vocês não teria chegado até aqui.

As amizades construídas nesta instituição: Emanuela Nazário e Rebeca Lopes, e tantas outras. Nesse tempo dividimos as preocupações, choramos juntos e venceremos juntos também as dificuldades que a profissão nos colocará.

Aos professores dessa instituição por todo o conhecimento repassado, em especial ao meu orientador Aldair Péricles, que acreditou na minha pesquisa que me ajudou até aqui.

E a todos que de alguma forma direta ou indiretamente contribuíram e me ajudaram. Muito obrigada!

RESUMO

Visto que falar de suicídio ainda é abordado como tabu na nossa sociedade, e o mais comum quando discutido é voltar-se as áreas da psicologia e psiquiatria, torna-se extremamente necessário explicar também o viés social, uma vez que esse igualmente contribui com esse fenômeno, mesmo não sendo tão discutido ou sequer enxergado. O presente trabalho tem por objetivo analisar a interação das relações sociais com o suicídio, buscando compreender de que forma estas contribuem ou evitam esse fenômeno. A metodologia utilizada neste ensaio foi uma análise documental com base na publicação do Ministério da Saúde (2017), Cenário epidemiológico do Suicídio no Brasil, por Cheila Marina de Lima, onde são apresentados dados que nos permite analisar quem são as principais vítimas do suicídio no Brasil, e dessa forma fazermos a ligação com o contexto social e compreender sua contribuição para esse fato. Os principais achados dessa pesquisa foram como está entrelaçado a questão do ato de retirar a própria vida com as relações sociais e sua ligação com o mundo do trabalho, e por muitas vezes estarmos afogados pela alienação do capital, essa questão muitas vezes são passadas despercebidas. Diante disso, justifica-se a importância de discutir e estudar sobre a temática, bem como buscar meios de contribuir positivamente com a nossa atuação enquanto profissionais do Serviço Social inseridos nessa realidade social.

Palavras-chave: Suicídio; Relações sociais; Relações de trabalho; Serviço Social

ABSTRACT

Since talking about suicide is still addressed as taboo in our society, and the more common when discussed is turning the front of psychology and Psychiatry, it becomes extremely necessary to explain also the social bias, since this also contributes with this phenomenon, although not so discussed or if you want that. This work has for objective to analyze the interaction of social relations with the suicide, seeking to understand how these contribute or avoid this phenomenon. The methodology used in this text was a content analysis based on publication of the Ministry of health (2017), epidemiological Scenario of suicide in Brazil, by Marina Lima, where Amaraa are presented data that allows us to analyze who are the main victims of suicide in Brazil, and in this way we make the connection with the social context and understand your contribution to that fact. The main findings of this research were as intertwined with the issue of removing his own life with social relations and your connection to the world of work, and often being drowned by the alienation of capital, are often passed unnoticed. Given this, the importance of discussing and studying on the subject, as well as looking for ways to contribute positively with our performance while Social Service professionals entered in this social reality.

Keywords: Suicide; Social relations; Working relationships; Social Service

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Número de mortes por causas externas no Brasil, segundo faixa etária. Fonte: Ministério da Saúde (2017)	27
Figura 2: Suicídio – Mundo e Brasil. Fonte: Ministério da Saúde (2017)	28
Figura 3: Taxa de mortalidade de suicídio por sexo e idade. Fonte: Ministério da Saúde (2017)	29
Figura 4: Taxa padronizada de mortalidade por suicídio, segundo sexo e região. Fonte: Ministério da Saúde (2017)	29
Figura 5: O suicídio é mais frequente na população branca, idosa e nas regiões mais ricas do país. Fonte: Ministério da Saúde (2017)	29
Figura 6: Femicídio, suicídio e violência contra mulher. Fonte: Ministério da Saúde (2017)	30

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria

CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

FUNRURAL – Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural

IAPS – Institutos de Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

OMS – Organização Mundial de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UPA – Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO I: RELAÇÕES SOCIAIS E SEUS REFLEXOS SOBRE À SOCIEDADE	14
1.1 Transformações no mundo do trabalho e as primeiras demandas por saúde.....	14
1.2 Reforma Sanitária e os determinantes sociais como condicionantes de saúde.....	18
CAPÍTULO II: SUICÍDIO E COTIDIANO	24
2.1 Relações sociais e o adoecimento mental.....	24
2.2 Suicídio: um fenômeno social.....	28
CAPÍTULO III: SUICÍDIO X RELAÇÕES SOCIAIS: QUAIS AS CONTRIBUIÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL	29
3.1 Percurso metodológico.....	29
3.2 O cenário epidemiológico do suicídio no Brasil x Relações socioculturais x Serviço Social.....	33
CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS	38

INTRODUÇÃO

Visto que falar de suicídio ainda é abordado como tabu na nossa sociedade, e o mais comum quando discutido é voltar-se as áreas da psicologia e psiquiatria, torna-se extremamente necessário explanar também o viés social, uma vez que esse igualmente contribui com esse fenômeno, mesmo não sendo tão discutido ou se quer enxergado.

O presente trabalho tem por objetivo analisar a interação das relações sociais com o suicídio, buscando compreender de que forma estas contribuem ou evitam esse fenômeno. Ultrapassando os campos da psicologia e psiquiatria, a proposta é fazer uma análise das relações sociais do indivíduo, e de que forma impactam em sua decisão de suicidar-se.

Buscar compreender a influência das relações sociais nos casos de suicídio e qual o aporte do Serviço Social nesse processo, o intuito é identificar através de uma análise crítica de que forma as relações sociais influenciam na vida das pessoas que tentam ou cometem suicídio, e como um assistente social pode intervir dentro dessa realidade social de forma positiva.

No campo acadêmico, poucos foram encontrados os trabalhos que realizasse essa relação entre suicídio x sociedade x Serviço Social. Assim, esse estudo vem para fortalecer essa linha de estudos, e contribuir socialmente, de forma que busca apontar a atuação positiva do profissional do Serviço Social frente a essa realidade.

A metodologia utilizada neste ensaio foi uma análise documental com base na publicação do Ministério da Saúde (2017), Cenário epidemiológico do Suicídio no Brasil, por Cheila Marina de Lima, onde são apresentados dados que nos permite analisar quem são as principais vítimas do suicídio no Brasil, e dessa forma fazermos a ligação com o contexto social e compreender sua contribuição para esse fato.

Dividido em três capítulos, antes de iniciarmos a discussão sobre suicídio, saúde e social, aborda-se no primeiro capítulo a trajetória histórica da saúde no Brasil, sua relação com o mundo do trabalho, trazendo como principal referencia as principais leis que foram decisivas para as transformações e legitimação da saúde brasileira. No segundo, o arcabouço teórico principal será o de Zygmunt Bauman, visto que se é discutido sobre o feroz e veloz ritmo social ditado pelo capitalismo, e quais os seus impactos a saúde mental do indivíduo, junto com a abordagem do

suicídio enquanto um fenômeno social. No terceiro e último capítulo, faremos uma análise crítica dos dados publicados pelo Ministério da Saúde sobre o cenário epidemiológico do suicídio no Brasil, e faremos a relação com os trâmites sociais e de que forma estes influenciam na decisão pelo suicídio.

Os principais achados dessa pesquisa foram como está entrelaçado a questão do ato de retirar a própria vida com as relações sociais e sua ligação com o mundo do trabalho, e por muitas vezes estarmos afogados pela alienação do capital, essa questão muitas vezes são passadas despercebidas. Alarmantes também são os dados apresentados pelo Ministério da Saúde, tanto pela quantidade de casos registrados, quanto a faixa etária que mais os possui está dentre os jovens. Diante disso, justifica-se a importância de discutir e estudar sobre a temática, bem como buscar meios de contribuir positivamente com a nossa atuação enquanto profissionais do Serviço Social inseridos nessa realidade social.

CAPÍTULO I: RELAÇÕES SOCIAIS E SEUS REFLEXOS SOBRE À SOCIEDADE

1. Transformações no mundo do trabalho e as primeiras demandas por saúde

Antes da saúde ser conhecida, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”, a relação entre usuário e profissional era meramente médico-hospitalar. Saúde era vista apenas como a ausência de doenças, não havia essa visão majoritária do indivíduo que tanto impacta no seu bem estar.

O que dessa forma gerava amplamente problemáticas sociais que poderiam ser resolvidas ou evitadas através de medidas preventivas e promoção de saúde. Porém, só existiam as medidas sanitaristas em caso de epidemias, que não resolviam a raiz de tais problemas, como veremos mais adiante.

Para melhor compreender essa trajetória histórica, partiremos do período colonial onde a concepção de saúde não passava de algo empírico, individual, sendo cada um por si, uma vez que se preocupar com a saúde bem estar dos explorados não era o foco dos colonizadores. Quem nunca ouviu falar em curandeiros, crenças religiosas utilizadas para curar doenças, ervas medicinais? Não deixaram de existir em algumas sociedades e culturas, mas na época em questão era o único meio acessível.

Com o passar dos anos e com o surgimento do desenvolvimento em vários setores, como infraestrutura, transporte e industrial, trazidos pela chegada da família real, também veio também contribuições para a saúde, isso devido a instauração de universidade cursos de medicina, o que assim foi gerando profissionais capacitados que poderiam agora tratar da saúde com um cunho mais científico além do empirismo que havia.

Como estratégia de enfrentamento das mazelas causadas pelas doenças, vale ressaltar a criação do Instituto Vacínico do Império e a Junta Central de Higiene Publica responsáveis pelo controle das principais epidemias, como febre amarela e varíola, que na época eram avassaladoras nas comunidades e teve como resultado várias mortes até o seu controle e erradicação.

Até aqui podemos observar o surgimento das primeiras nuances em saúde, em relação a presença de médicos, mesmo ainda extremamente limitado o acesso

aos que possuíam condições econômicas para pagar (o que ironicamente dois séculos após ainda acontece em alguns casos nos dias de hoje), e a breve intervenção dos que regiam o país. Porém esses ainda eram consideravelmente pequenos para a demanda, mas já pode-se considera-se um breve início de avanços.

Após a instauração da República no Brasil, a chegada de um novo século e as mudanças no meio econômico (capitalismo financeiro para monopolista), emergiram aí a necessidade de mudanças no meio urbano e sanitário, uma vez que, junto com essas mudanças, várias outras mazelas também surgiram, prejudicando não apenas a população, mas impactando os rendimentos para a economia. Diante disso:

[...] surgem os Institutos de Pesquisa e os Dispensários que tinham por finalidade o combate às doenças infecciosas. Foi criado o Instituto Soroterápico Federal, cuja principal finalidade era a produção nacional de vacinas para combater a peste bubônica e a febre amarela, que se disseminavam pelo país (RAEFFRAY, 2005, p. 155).

Junto a essa causa, destaca-se o nome de Oswaldo Cruz, que dedicou-se ao estudo de fabricação de soros que eram utilizados no combate as pestes, e sendo nomeado diretor geral de saúde pública, diligenciou veementemente várias campanhas de saneamento, que em pouco tempo teve uma representatividade na diminuição de casos da peste bubônica e de seu agente causador.

Não tão feliz e simples foi a sua contribuição no combate a febre amarela e a varíola, em razão de, as medidas elegidas foram de cunho autoritárias, utilizando brigadas que as realizavam sem o conhecimento do motivo ou importância por parte da população, percorriam pelas casas em procura de focos do agente causador da febre amarela e realizavam vacinas sem o consentimento contra varíola. Evidentemente gerou grandes conturbações na sociedade, que ficou conhecida como a Revolta da Vacina no ano de 1904.

Outro nome importante nesse período a se destacar é o de Carlos Chagas, importante biólogo, médico sanitário, cientista e bacteriologista que também trouxe grandes contribuições quanto ao estudo de agentes causadores das doenças infecciosas bem como ações para erradicá-las.

Ainda em passos lentos, as mudanças ocorriam na saúde do país, porém estavam retidas a classe dominante que podiam pagar pelos serviços de saúde.

Surge em 1923 o que pode ser considerado como esboço da seguridade social atual, a Lei Eloy Chaves, responsável pela criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) para os trabalhadores do ramo ferroviário.

Essa lei trouxe, mesmo que excludentemente, acesso também a saúde, vejamos pois o artigo nono desta que nos expõe tais direitos:

Art. 9º – Os empregados ferroviários, a que se refere o art. 2º desta lei, que tenham contribuído para os fundos da caixa com os descontos referidos no art. 3º, letra a, terão direito: 1º – a socorros médicos em caso de doença em sua pessoa ou pessoa de sua família, que habite sob o mesmo teto e sob a mesma economia; 2º – a medicamentos obtidos por preço especial determinado pelo Conselho de Administração; 3º – aposentadoria; 4º – a pensão para seus herdeiros em caso de morte.

Posteriormente, outros setores foram aderindo, consecutivamente, marítimo comerciários, bancários, industriário, e ulteriormente outros setores da rede privada aderiram, assim em 60, a Lei Orgânica de Previdência Social veio para fazer a unificação a legislação ligadas a esses institutos.

No ano de 1963, nasce o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL), e assim, fazendo a conjunção de todos esses seis Institutos de Aposentadorias e Pensões, criou-se o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), no ano de 1966.

Desta forma houve, mesmo que pequeno comparado a demanda total, um crescimento na abrangência de acesso a saúde para a população brasileira, mas sem desconsiderar que a maioria da população ainda estava desassistida.

Ao utilizar uma ótica abrangente sobre a totalidade da sociedade brasileira, e o período histórico retratado até aqui, vemos que, a trajetória da saúde, mesmo partindo do tempo colonial até o período ditatorial no país, não amadurece suficientemente a ponto de assistir ao menos a metade de sua população.

Aos habitantes que não possuíam vínculos empregabilísticos, para serem assistidos pelo INPS, ou caso não pertencesse a classe dominante, que possuía recursos para pagar pelo acesso a saúde, não apenas ter a visita de um profissional em sua residência, mas arcar com medicação e muitas vezes a viagens a capital onde possuía a concentração do monopólio privado de saúde, simplesmente não tinham acesso a saúde.

Viviam esses literalmente a mercê da filantropia e da caridade, trazendo como exemplo muito forte, os trabalhos exercidos pela Igreja Católica através das santas

Casas de Misericórdia, e todo conhecimento empírico medicinal através do conhecimento das plantas medicinais, já citados anteriormente nesse texto. O que acaba sendo interessante, porque o que era característico da era colonial, ainda se faz presente.

Mesmo o país estando com todo gás considerando-se viver na era desenvolvimentista, tendo grandes obras e mudanças prometidas pelo governo, é notório a fragilidade diante da falta de estrutura para atender as demandas da questão social que emergem em meio a todo esse processo.

Na Era Vargas (1930-1945), foi um período marcado por reformas significativas nas áreas políticas e administrativas que visavam o controle sob as reivindicações contra a ditadura do Estado Novo instaurada nesse período. A principal marca era por ser um governo populista, onde o presidente ficou conhecido como “mãe dos ricos e pai dos pobres”.

Segundo Acurcio, ressalta-se nessa era a criação do Ministério do Trabalho junto aos Sindicatos e as leis trabalhistas. Na saúde, fora visado a centralização de serviços no objetivo de alcançar a nacionalidade da política de saúde. Nesse período, padronizou-se os departamentos estaduais de saúde, gerando considerável avanço e desdobramento nos serviços em saúde para a população.

Na visão de saúde coletiva, Cunha e Cunha (1998) afirmam que esse período foi o auge do sanitarismo campanhista. Com isso, houve a reestruturação e dinamização do Departamento Nacional de Saúde, que tinha por missão articular e centralizar as atividades sanitárias no país.

Para o social, Luz (1991) diz que na busca de compreender a conjuntura de ascendência e hegemonia do Estado populista, criou-se os institutos de seguridade social (Institutos de Aposentadorias e Pensões, IAPs), que eram organizados pelas diferentes categorias profissionais.

A gestão da saúde agora centralizada, era assim retida as mão do governo federal, ou seja, não avia a participação da população tanto nas formulações quanto nas fiscalizações. O que contribuía para falta de conhecimento da realidade social, das necessidades da população não assistida traziam em seu seio.

Devido essa centralização, tornava-se quase impossível fazer uma análise precisa das demandas e elaborar meios de intervenção e estratégias de superação, ressaltando também a população que não tinha como fiscalizar e cobrar pelos serviços prestados. Tanto que na década de 70 ainda destacasse o aparecimento de

surtos de doenças como a poliomielite e hanseníase, mostrando suas falhas na atenção e a necessidade de mudanças.

1.2 Reforma Sanitária e os determinantes sociais como condicionantes de saúde

Diante de tantas problemáticas e limitações de acesso da saúde do Brasil retratadas até aqui, e embargando o que a sociedade vivia no momento de ditadura no país, na década de 70 surge o grito pela democracia, em busca não apenas pela queda do domínio militar, mas pela construção e efetivação de uma política pública de saúde que sanasse as necessidades vigentes.

Assim, “os movimentos de contestação em saúde cresceram em número e intensidade, de tal modo que, entre o final da década de 70 e o início de 80, sindicatos e partidos políticos também iniciaram uma fase de discussão e mobilização, centrada na questão da saúde” (SOARES; MOTTA, 2014, p. 03).

Tendo em vista a necessidade de se discutir sobre políticas públicas e questões sanitárias, que implicariam na melhoria de vida de toda população brasileira que ainda se encontravam desatendidas e vulneráveis, suscetíveis as epidemias, iniciou-se o processo de discussão.

Na 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, trouxe não apenas as discursões mas também grande participação popular que fortaleceram o movimento da Reforma Sanitária, e assim iniciou-se a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para de fato se concretizar, antes houve o grande marco para a garantia dos direitos a população em todos os aspectos, que foi a criação da Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 1988, ao qual traz o apelido de “Constituição cidadã”, trazendo em seu Art. 6º:

São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

Dessa forma, assegurando dentre outras questões, a saúde como um direito ao acesso de todos, ou seja, a sua universalização, e agora com a plena responsabilidade do Estado para a garantia do mesmo, assim englobando vários aspectos para a execução da mesma, como as questões sanitárias e

epidemiológicas, que envolvem a saúde de toda a comunidade. Porém agora com ela ciente da sua importância e dos seus direitos, o que mostra a grande disparidade com as primeiras atuações governamentais, que eram centralizadas, ofensivas e não enxergavam a saúde como o seu todo, desse modo trazendo estrutura, planejamento, participação social, fiscalização, uma segurança e amparo para todos de forma igual.

Em resumo dessas mudanças, destaca-se no Art. 196 da Constituição:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Assim, através das políticas que são planejadas através de uma análise das necessidades que emergem da sociedade, vai-se avançando para assegurar o acesso de forma igual a todos, na busca de promover, proteger e garantir o bem estar dos usuários.

O SUS traz em suas Diretrizes, Capítulo II, Art. 7º, a universalidade, que é a garantia do acesso a todos, a integralidade, atendendo as necessidades em todos os níveis de complexidade, busca prevenir a garantia de liberdade as pessoas a defenderem sua integridade física e moral, a resolutividade da sua demanda em todos os níveis de atenção.

Outros pontos a se destacar é a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; direito à informação às pessoas assistidas sobre sua saúde; participação da comunidade, e organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Tudo isso em tese, faz com que o atendimento seja eficaz e abranja as necessidades dos usuários, bem como a garantia da sua integridade e participação, e o direito ao acesso a saúde de forma igualitária a todos.

Essa nova forma de atenção surgiu graças:

“A consolidação do SUS na Constituição Federal de 1988, além de estabelecer a universalização do acesso, promoveu a descentralização/regionalização e integração com formação de redes assistenciais como diretrizes fundamentais” (SILVA, 2011)

Assim, sendo um sistema muito bem articulado, onde o atendimento é dado em formato de rede que se interligam e cobre toda área de demanda, sejam elas

procedimentos simples ao mais complexo. Onde se faz necessário e importante compreender como se dá esse atendimento e funcionamento desse sistema.

Essa estrutura de organização do atendimento em forma de rede, busca assistir a população conforme as suas necessidades, e o grau de complexidade e urgência ao qual está envolto, e é utilizado conforme as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) os níveis de atenção: primário, secundário, e terciário, que mesmo sendo parâmetros diferentes, no final terminam se interligando. Mas para compreender isso, é importante compreender cada um desses níveis separadamente.

A atenção primária, é o que podemos chamar de recepção, porta de entrada em toda a rede de atenção, popularmente conhecidos como postos de saúde, trazem essa característica uma vez que, tem por função a viabilização de políticas de caráter preventivo, essas que evadam o espaço de funcionam, mas adentrem na comunidade através das escolas, visitas domiciliares, e que garantam a continuidade da assistência. Dispõe de consultas, marcação de exames, procedimentos mais simples como curativos, retirada de pontos, vacinas de rotina. A equipe multidisciplinar é habitualmente composta por clínico geral, enfermeira, técnico em enfermagem.

Já a atenção secundária, hospitais e Unidades de Pronto Atendimento (UPA), se faz necessário quando a demanda não consegue ser resolvida na primária, pois aqui já oferece uma estrutura um pouco mais sofisticada, como equipamentos para exames de média complexidade, como ultrassonografia, oferece estrutura para internamento para o tratamento de doenças crônicas ou agudas. Quanto a equipe multidisciplinar, já se trabalha com especialidades, como cardiologista, ortopedista, dentre outras, junto também os cuidados de enfermagem. Assegura também o atendimento de urgências emergências. A demanda atendida neste nível é em escala macro e micro regionais ao qual está inserido, devido a sua estrutura de média complexidade.

O terciário, são os hospitais de grande porte, que podem ser tanto públicos, financiados pelo Estado, ou da esfera privada. Esses possuem alta tecnologia em equipamentos, realizam exames mais sofisticados, como ressonância magnética. A equipe multidisciplinar, acrescenta-se aos que já possuem no nível secundário, especialistas mais específicos, como neurocirúrgicos. Atende as demandas

advindas do nível anterior que não tiveram resolutividade, bem como casos raros e complexos a prestar a assistência.

Assim sendo, o SUS é uma das políticas públicas mais completas, sendo assim, um dos maiores projetos de inclusão social. Trouxe a inclusão aqueles que desde o período colonial se viam as margens da assistência, e agora é garantido por lei.

Diante de mudanças tão significativas, em um aspecto de totalidade para a população brasileira, relevasse aqui um pouco do que foi a reforma psiquiátrica que ocorreu simultaneamente com a reforma sanitária com algumas particularidades.

Em 1978 fica marcado pelo o início fundamentado dos movimentos sociais, que defendiam os direitos dos pacientes psíquicos brasileiros que até então eram presos aos grilhões do modelo manicomial. Movimento Sanitário no Brasil influenciou diretamente a Reforma Psiquiátrica, e contou com a participação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), e a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), juntamente com as associações de familiares e sindicalistas que buscavam expor a hostilidade dos manicômios, o mercado criado em volta da loucura e o compartilhamento da visão crítica contra o modelo hospitalocêntrico (BRASIL, 2005).

Amarante (2007), afirma que a Reforma Psiquiátrica foi estruturada em um processo complexo, que possui quatro principais campos: teórico-conceitual, técnico assistencial, jurídico- política e sociocultural.

Para melhor compreender esses campos, iniciaremos pelo teórico conceitual que:

Diz respeito à construção de um novo paradigma no campo das ciências sociais, no que diz respeito ao olhar direcionado ao sujeito em sofrimento psíquico, que significa uma ruptura com o modelo biomédico e psiquiátrico tradicional, a fim de construir um novo norte, que compreenda a saúde como um processo (saúde-doença), visto como fruto das condições de vida e do lugar ocupado por cada sujeito social (MELO, 2012).

Ou seja, olhar para a pessoa em sofrimento psicológico com um novo conceito, não apenas como um ser portador de uma patologia mental, mas aborda-lo como pertencente a um processo de saúde-doença, como aborda a autora, onde deve-se considerar também o meio o qual este indivíduo está inserido.

Quanto a dimensão técnico assistencial, esta está atrelada a condição teórica conceitual, uma vez que busca erguer novos serviços que possam ser usados em

substituição do modelo manicomial, que segundo Melo (2012), “o modelo de tratamento em saúde mental esteve pautado no isolamento, na tutela, na vigilância, na repressão e na disciplina”.

Em relação a jurídico- política:

Pode ser compreendida como uma série de mudanças na legislação sanitária, civil e penal, no que diz respeito aos novos conceitos e ações que tradicionalmente vinculavam a loucura com a periculosidade, a incapacidade social e a irresponsabilidade (MELO,2012).

Dessa forma trazendo mudanças significativas para a reforma pelo viés legislativo. A exemplo, o projeto de lei nº 3.657/89 conhecido como antimanicomial que visava a substituição de manicômios por outras alternativas assistenciais extra hospitalares. Posteriormente em 1990, a Declaração de Caracas sugere a reformulação da assistência psiquiátrica, e a Lei nº 10.216/2001 veio para assegurar a proteção e direitos as pessoas portadoras de distúrbios mentais, onde passam agora de escárnio da sociedade para pessoas portadoras de direitos.

Assim, a dimensão sociocultural vem para edificar dentro da sociedade um novo espaço para a pessoa em situação de sofrimento mental, que por muito tempo foi tratada como escárnio social, evidenciando que é possível o tratamento, e sem as paredes dos manicômios.

A responder essa nova realidade, foram criadas novos meios de atender esses indivíduos, que Amarante e Nunes (2018) bem pontuam que foi através da:

Portaria/GM nº 336, de 19/02 de 2002, que redefiniu os CAPS em relação à sua organização, ao porte, à especificidade da clientela atendida. Passaram a existir CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi (infantil ou infanto-juvenil) e CAPSad (álcool e drogas). Outro marco veio pela Portaria 154 de 2008 que estabeleceu a constituição do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o objetivo de propiciar “apoio matricial” às equipes de Saúde da Família, cumprindo um importante papel de dar suporte tanto técnico quanto institucional na atenção básica.

Esses serviços vieram com o intuito de prover o tratamento a pessoas com transtornos psiquiátricos persistentes, juntamente com a busca por sua ressocialização, ofertando um atendimento interdisciplinar oferecidos por uma equipe multidisciplinar, composta por médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, dentre outros.

Desse modo, nos possibilita compreender que a Reforma Psiquiátrica não foi apenas o desfazer-se dos manicômios, mas também carrega todo o arcabouço

social e cultural que busca enxergar a pessoa em sofrimento psiquiátrico não mais como escória da sociedade, mas como sujeito portador de direitos, e que necessitava para isso não apenas da reformulação das práticas médicas psiquiátricas, mas envolve reformular a própria sociedade, assim tornando-se um processo complexo e conjuntural (BEZERRA, 2007).

Em análise a toda essa trajetória da saúde percorrida até aqui, podemos ponderar que as mudanças foram bem significativas para a população brasileira, ainda que lentas dentro de um espaço cronológico, se partimos de uma análise crítica sob a óptica de suas primícias. É notório também que o principal empuxo nunca foi somente a necessidade da população por saúde, mas sempre esteve acoplado a questões econômicas e trabalhistas e de contenção social.

CAPÍTULO II: SUICÍDIO E COTIDIANO

2. Relações sociais e o adoecimento mental

Falar sobre o adoecimento mental ainda pode ser tratado como tabu na sociedade atual, visto que, em maior parte da história da saúde mental em todos os povos e civilizações, era visto com um olhar negativo, tratadas como escória da sociedade. Mesmo com as reformas políticas e conceituais da saúde, tratar essa temática ainda é abordado como algo “longe de mim”, patologia propriamente dita, ou simplesmente é ignorada por muitos indivíduos.

E o que faz o indivíduo que, mergulhado no feroz e veloz ritmo social ditado pelo capitalismo, esse que transforma-o em mero instrumento de produção, o deixando assim vulnerável em vários aspectos, incluindo a qualidade do bem estar mental, a negar-se reconhecer discutir e prevenir o adoecimento mental?

Para tentar responder essa pergunta, aborda-se o pensamento de Zygmunt Bauman, em sua obra *Tempos Líquidos* (2007), onde o autor diz que:

O novo individualismo, o enfraquecimento dos vínculos humanos e o definhamento da solidariedade estão gravados num dos lados da moeda cuja outra face mostra os contornos nebulosos da "globalização negativa". Em sua forma atual, puramente negativa, a globalização é um processo parasitário e predatório que se alimenta da energia sugada dos corpos dos Estados-nações e de seus sujeitos. (pag. 30)

Dessa forma, levando em consideração o autor citado, com o processo de globalização os vínculos entre os indivíduos passam por um processo de precarização, o que faz com que discutir e tratar sobre sua saúde mental soe como invasivo, e assim inicia-se o processo de individualização da saúde.

Por estar inserido nesse “processo parasitário e predatório” como disse Bauman (2007) e não se dar conta que lentamente esse processo suga sua saúde mental, a qualidade de interação nas relações sociais entre as pessoas, a própria identidade enquanto indivíduo, visto que no processo de alienação do capital ele torna-se apenas um objeto. E diante disso, onde ficam os cuidados e prevenções do adoecimento mental?

Sabemos que vários são os fatores que causam esse fenômeno, como biológicos, genéticos, culturais e ambientais, mas um que também possui grande

contribuição e pouco é discutido, visto ou enxergado, são as influências das relações sócio estruturais ligadas ao capitalismo. Com isso, afirma-se que:

É principalmente na contradição capital/trabalho, marca maior do capitalismo, e todas as consequências dela advindas que se assenta a perda da plenitude e da autenticidade da vida mediada pela objetivação da existência privada da propriedade com consequências devastadoras no âmbito do psiquismo humano que se espraiam da reprodução material até as formas sociais de consciência. (SANTOS e ALMEIDA, 2016).

Assim vemos que mascarado através dos véus da alienação, as contradições do capital/trabalho influem de forma forte e diretamente na saúde mental dos indivíduos e podem causar o adoecimento caso não haja prevenção ou cuidado, mas inicialmente cabe reconhecer tais influências.

Bom seria se pudéssemos dizer que esse é um problema local, específico dessa ou daquela sociedade ou país. Mas visto que o capitalismo rege o ritmo das relações de trabalho e estipula seus padrões em nível mundial, esse problema não se deterá apenas em uma localidade. Diante disso, Bauman (2007) afirma que:

Num planeta negativamente globalizado, todos os principais problemas - os metaproblemas que condicionam o enfrentamento de todos os outros - são globais e, sendo assim, não admitem soluções locais. Não há nem pode haver soluções locais para problemas originados e reforçados globalmente (pag. 31).

Dessa forma, mostra-nos o impacto que é gerado socialmente em nível global, atingindo indivíduos de todos os lugares, mesmo que em culturas distintas, a moléstia causada pela exploração do capitalismo não chega amena para ninguém.

Viver na modernidade capitalista é ser visto pelos bens que possui, o que leva ao consumo exagerado na busca de atender aos padrões postos. Isso impacta não só a questão do possuir bens materiais, mas influi no jeito de agir, de falar e de pensar das pessoas.

Cruz (2018) fala dessa padronização do comportamento humano, de gostos, padrões, valores, com o intuito de gerar o meio necessário para que o capitalismo possa se reproduzir sem maiores empecilhos.

Com relação a sordidez da indústria cultural, Adorno (2002) afirma que a quanto mais essa se concretiza, mais grosseiramente age sobre seus consumidores na busca de produzi-las, retirando até a capacidade de pensar do próprio indivíduo, garantindo assim que essa relação de consumo se enraíze dentro da sociedade.

E quando não se corresponde perfeitamente a essa indústria? Como fica a mentalidade do indivíduo que, por ser “diferente”, automaticamente acaba sendo excluído dos demais. Muitas vezes nem necessita-se de outra pessoa ou grupo propriamente dito para que essa exclusão se efetue, mas quem nunca se sentiu “diferente”, “desatualizado” ou “fora de moda” por não possuir o smart fone da era, ou usar as roupas que estão em alta, ou possuir o corpo desejado?

Difícil é acompanhar esse ritmo, visto que esses padrões mudam em poucos meses, e com passar dos anos parecem até ser “pré-históricos”. A exemplo citado anteriormente, o smart fone: estar “desatualizado” hoje é não possuir um modelo que grande memória e rápido processamento, por exemplo. Mas se olharmos a alguns anos atrás, a novidade era possuir um aparelho que transmitisse suas imagens com cores.

Os produtos, os padrões, tudo a nossa volta muda de forma tão rápida, que uma hora estamos nos sentindo dentro “por dentro”, e com um piscar de olhos tudo mudou novamente. Bauman (2007) explica essa questão quando diz que:

A passagem da fase "sólida" da modernidade para a "líquida" - ou seja, para uma condição em que as organizações sociais (estruturas que limitam as escolhas individuais, instituições que asseguram a repetição de rotinas, padrões de comportamento aceitável) não podem mais manter sua forma por muito tempo (nem se espera que o façam), pois se decompõem e se dissolvem mais rápido que o tempo que leva para moldá-las e, uma vez reorganizadas, para que se estabeleçam.

Mostrando-se assim que essa liquidez que o autor se refere atinge mais que padrões impostos, mas afetam toda a sociedade em nível estrutural, visto que os responsáveis por criar e impor esses modelos, tem o tempo contra eles também, de forma que o desmonte é mais rápido que a estruturação.

Se como vimos até aqui, todo esse processo alienante afeta a sociedade em níveis estruturais, podemos afirmar que seus impactos a saúde mental dos indivíduos não seria uma mera particularidade. Assim, Breilh (2006) nos diz que:

A produção de doenças ocorre no plano coletivo, e, portanto, não se pode desvincular o estudo do processo saúde-doença do contexto social em que está inserido. Para tanto, é necessário analisar os processos estruturais de cada sociedade, decorrentes de determinado grau de desenvolvimento das forças produtivas e das relações de produção.

Evidenciando assim que, da mesma forma que as relações sociais estão fincadas no eixo do fetiche e alienação que o modo de produção capitalista gere, o

estudo do adoecimento mental não pode separar-se do contexto social ao qual se pertence.

Sendo assim um complexo processo que tanto de estruturação, quanto no seu desmanche para atender a liquidez do tempo moderno, quanto a dimensão dos impactos das relações sociais de trabalho na saúde do indivíduo, Laurell e Noriega (1989) buscaram evidenciar que:

Buscando apreender a complexidade do nexos biopsíquico humano, sem reduzi-lo a elementos isolados, a medicina social latino-americana desenvolveu a categoria 'cargas de trabalho', possibilitando a identificação de elementos do processo de trabalho que interatuam dinamicamente entre si e com o corpo-psiquismo do trabalhador, gerando desgaste (perda da capacidade potencial e/ou efetiva corporal e psíquica). As cargas são expressões particulares das formas específicas do processo de produção e podem ser divididas em físicas, químicas, biológicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas. Ao atuarem sobre o corpo-psiquismo, combinam-se, potencializam-se umas às outras e se tornam processos intracorporais e intrapsíquicos complexos, provocando mudanças fisiológicas.

Evidenciando que, os processos de interação do indivíduo com as relações sociais e de trabalho emitem nele um desgaste que causam o seu adoecimento de forma fisiológica e psicológica, como apresenta a citação anterior, devido que um reflete e maximiza os efeitos no campo do outro.

Eminentemente fica claro que, diante de uma sociedade explorada e submetida aos grilhões do capitalismo, que aprisionam até a forma de pensar dos indivíduos, acaba expondo-os ao adoecimento mental, que pode ser desencadeado por diversos fatores, como fisiológicos e patológicos.

Mas, sabemos que diante de tanta influência da indústria da cultura na vida das pessoas, e levando em consideração a falta de criticidade necessária para a hegemonia do capital, a incapacidade de corresponder aos padrões impostos contribui de forma direta na saúde mental dos indivíduos.

Assim, Viapiana et. al (2018) afirma que a “condição de saúde-doença envolve a análise de processos estruturais do modo de produção predominante em dada formação social”, o que nos mostra que compreender essa realidade é algo complexo e estrutural.

2.1 Suicídio: um fenômeno social

Falar de suicídio como um fenômeno social requer reconhecer que não é algo recente característico da sociedade capitalista moderna, mas está presente na

sociedade desde os tempos remotos. O atual modo de produção de capital é só mais um reforço para a presença deste no meio ao qual estamos inseridos.

Durkheim (1897) aborda o tema suicídio como um fato social, podendo ser esclarecido socialmente se considerado a integração social do indivíduo e a coletividade.

Analisando historicamente como este ato era visto socialmente, destaca-se visões diferentes de como era tratado em civilizações e períodos diferentes:

Na Antiga Grécia, um indivíduo não podia se suicidar sem prévio consenso da comunidade porque o suicídio constituía um atentado contra a estrutura comunitária, ele seria considerado um transgressor da lei da polis. O suicídio era condenado política ou juridicamente. Eram recusadas as honras de sepultura tradicional ao suicidado e a mão do cadáver era amputada e enterrada a parte. Por sua vez, o Estado tinha poder para vetar ou autorizar um suicídio, bem como induzi-lo (TOTA e cols, 1994).

Como podemos observar, na Antiga Grécia este fenômeno era tratado como uma forma de infringir a lei, visto que gerava um desestruturação na sociedade quando o indivíduo se matava sem aviso prévio.

Para analisar outra visão sobre o tema, leva-se em consideração a visão da Igreja na Idade Média, uma vez que a mesma sempre teve suas opiniões fortemente acatadas no meio social:

A vida do indivíduo deixa de ser um patrimônio da comunidade para ser um dom divino e matar-se equivale a um sacrilégio. O suicidado não tem direito aos rituais religiosos, seus herdeiros não recebem os bens materiais e se cadáver é castigado publicamente, podendo ser exposto nu ou queimado. Os suicidados são iguados aos ladrões e assassinos e o Estado e a Igreja fazem tudo para combater os suicídios (TOTA et al, 1994).

Em análise ao exposto, independente da civilização ou período discutido, o suicídio era cingido de punições para o praticante e para a sua família. Com o passar do tempo, a forma de enxergar esse ato foi se modificando.

Assim, fica claro que esse fenômeno está presente na sociedade desde de tempos atrás, e hoje cientes de que não existe apenas uma causa específica que leve alguém a cometer esse ato, com base em Cassoarla (1998), nos cabe sempre abordar essa temática olhando a totalidade da realidade ao qual o indivíduo pertence, e assim compreender que o tema suicídio está também atrelado com o contexto social.

CAPÍTULO III: SUICÍDIO X RELAÇÕES SOCIAIS: QUAIS AS CONTRIBUIÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL

3.1 Percurso metodológico

A metodologia a ser utilizada nessa pesquisa será uma revisão documental, com base na publicação do Ministério da Saúde (2017), Cenário epidemiológico do Suicídio no Brasil, por Cheila Marina de Lima, onde são apresentados dados que nos permite analisar quem são as principais vítimas do suicídio no Brasil.

Segundo Freire (2018) “a pesquisa documental usa como fontes uma série de elementos os mais variados. A lista é extensa e vai de tabelas estatísticas a cartas, pareceres, fotografias, atas, relatórios e obras originais de qualquer natureza (pintura, escultura, desenho etc.)”, ou seja, é através da análise de documentos que o pesquisador esclarece determinadas questões e pode indagar outras.

A pesquisa documental é de extrema importância para esse estudo, uma vez que, através da documentação que analisada que se fará possível alcançar os objetivos da mesma, de forma clara e confiável diante da veracidade das informações contidas, que assim possibilita o conhecimento dos fatos e a análise crítica.

Essa pesquisa foi estruturada com base em Marconi e Lakatos (2005), e baseada na obra de Cruz (2018), deu-se segundo o seguinte percurso metodológico: Fase I- Elaboração do Projeto de Pesquisa: Com base nas experiências de estágio supervisionado curricular, realizado no Hospital Regional do Cariri em Juazeiro do Norte- CE, nasceu a inquietação de abordar a temática.

Fase II - Busca do Referencial Teórico e Documento para Análise: Nessa fase foi realizada a busca por acervo em bibliotecas físicas e em base eletrônica, como a Scientific Electrone Libray Online(SciELO). As principais palavras-chave utilizadas na busca foram: Suicídio e relações sociais, relações de trabalho e suicídio, Serviço Social e suicídio.

Fase III- Análise e Separação do Material: Com o intuito de utilizar o referencial teórico que mais abrangesse o tema dessa pesquisa, foi feito a leitura prévia dos materiais encontrados, bem como a análise documental dos dados base dessa pesquisa.

Fase IV- Elaboração dos capítulos I, II, III: Munido do material de referências teóricas e com a análise documental feita, foram elaborados os capítulos buscando atender suas temáticas com as referências mais plausíveis para cada um.

A pesquisa documental feita com base na publicação do Ministério da Saúde aqui estudada, afirma que o suicídio pode ser classificado como uma causa externa de morte violenta de cunho intencional, e em 2015 ocupou o quarto lugar de causa de morte externa no Brasil, e o público mais atingido são jovens entre 20 e 29 anos. Podemos melhor analisar melhor esses dados referente a essa questão da faixa etária fazendo a observação da seguinte figura:

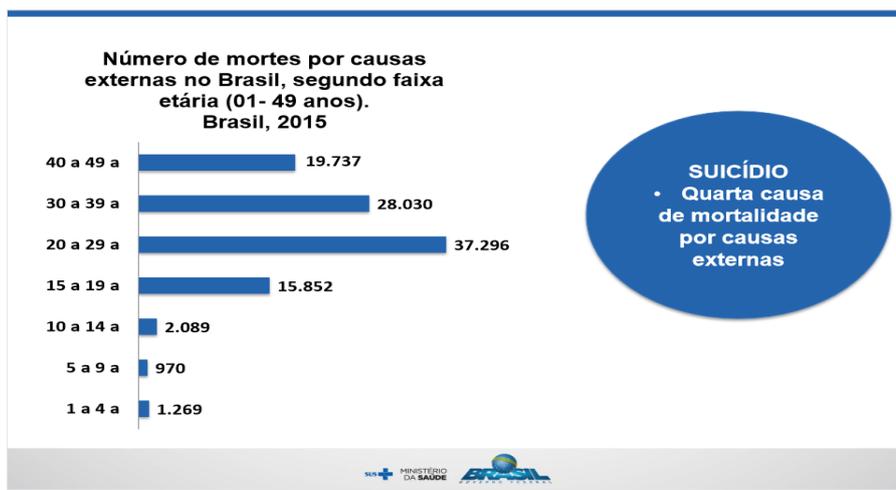


Figura 1: Número de mortes por causas externas no Brasil, segundo faixa etária. Fonte: Ministério da Saúde (2017).

Acima exposto, mostra o número de mortes por causas externas no Brasil em 2015 por faixa etária, e fica claro que os indivíduos mais atingidos são os jovens de 20 a 29 anos, seguidos por adultos de 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, adolescentes de 15 a 19 anos, e crianças de 10 a 14 anos, 5 a 9 anos e de 1 a 4 anos.

Como já visto e discutido no percorrer desse estudo, o suicídio está presente em uma escala global, assim não é algo pertencente somente a sociedade brasileira, mas atinge várias pessoas em raio mundial. Com essa informação, observemos a seguir:

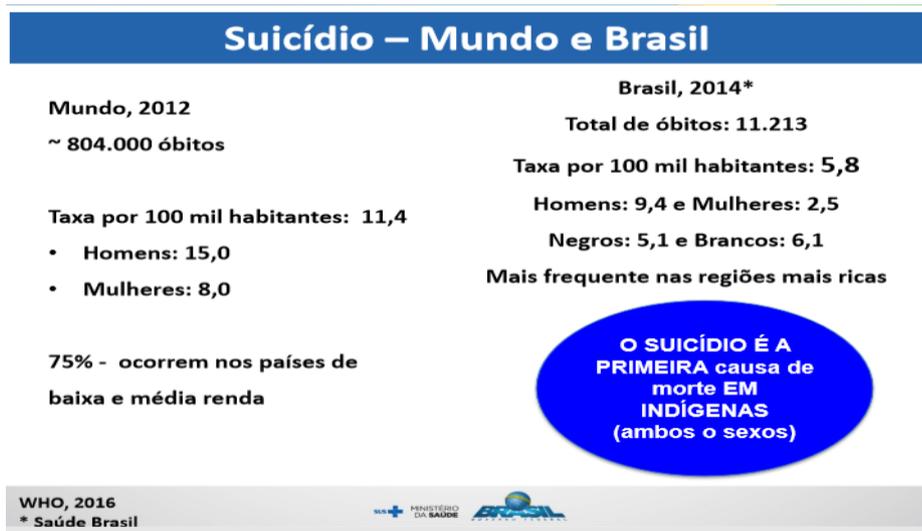


Figura 2: Suicídio – Mundo e Brasil. Fonte: Ministério da Saúde (2017)

Observa-se que mundialmente em 2012 houve um considerável número de óbitos com maior ocorrência em países de baixa e média renda, e que os homens aparecem liderando esses dados tanto no mundo, quanto especificamente no Brasil, que em territorialidade o país apresenta mais casos em regiões mais ricas, e a contar que é a primeira causa de morte em indígenas independente do sexo.

Chama-se atenção em relação a elevação de casos no sexo masculino em escala mundial, e como visto no Brasil não é diferente. Podemos analisar essa questão comparando o número de casos em relação a faixa etária:

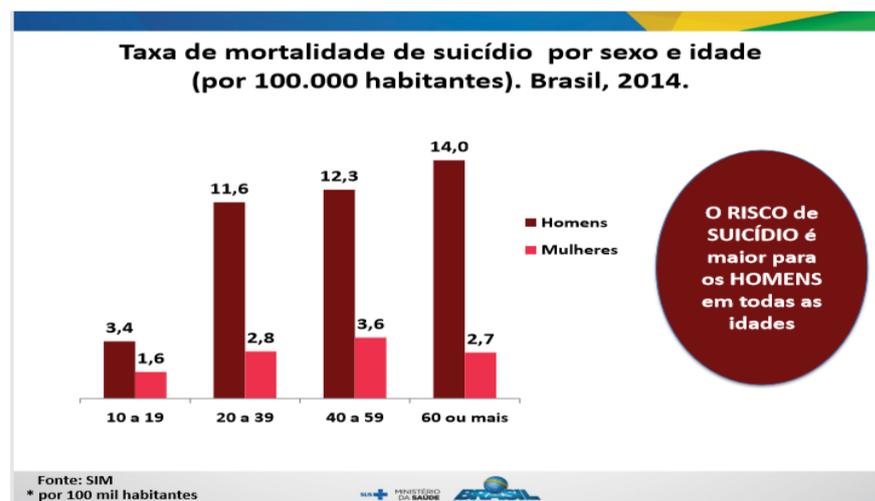


Figura 3: Taxa de mortalidade de suicídio por sexo e idade. Fonte: Ministério da Saúde (2017)

Como exposto, em todas as faixas etárias os homens em relação as mulheres possuem mais risco de cometer suicídio, com base nos dados coletados no ano de 2014.

Nada muda essa realidade se analisarmos por região com base nos dados apresentados a seguir:

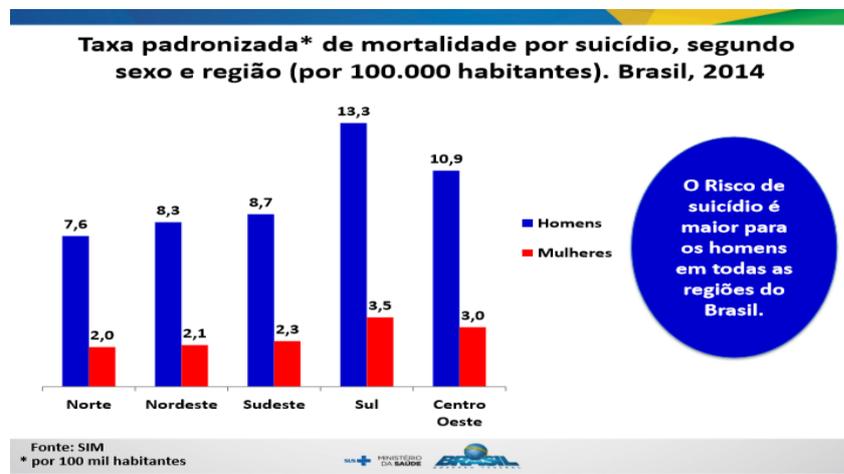


Figura 4: Taxa padronizada de mortalidade por suicídio, segundo sexo e região. Fonte: Ministério da Saúde (2017)

Como visto, o suicídio é mais assíduo em indivíduos do sexo masculino independente da região do país.

Comparando faixa etária, etnia e região, apresenta-se os seguintes dados:

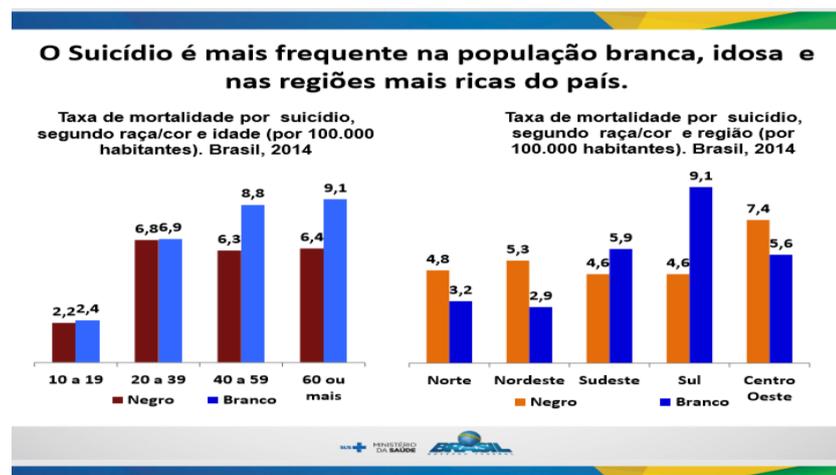


Figura 5: O suicídio é mais frequente na população branca, idosa e nas regiões mais ricas do país. Fonte: Ministério da Saúde (2017)

Como visto, o ato de tirar a própria vida é mais visto em pessoas pertencentes a etnia branca, com mais de 60 anos e que habitam as regiões mais ricas do país.

Mesmo os homens aparecendo com maior frequência nos dados, isso não implica dizer que as mulheres também não vivenciem essa realidade de violência. Com isso:

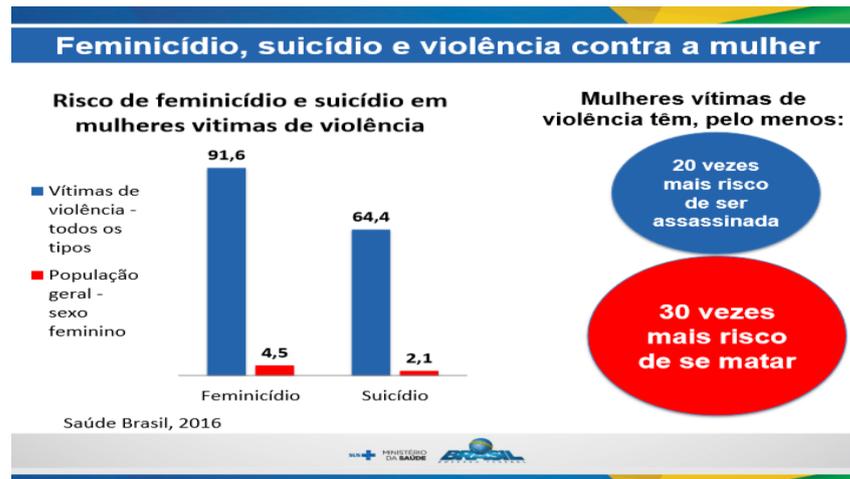


Figura 6: Feminicídio, suicídio e violência contra mulher. Fonte: Ministério da Saúde (2017)

Como exposto, as mulheres vítimas de violência estão mais expostas ao assassinato e ao suicídio, o que expõe mais uma fragilidade social visto que a sociedade brasileira ainda é marcada pelo patriarcado e machismo.

Para reunir esses dados, o Ministério da Saúde utiliza-se do preenchimento de notificação compulsória imediata, preenchida em até 24 horas após tomar-se conhecimento do acontecimento. Esse instrumento pertencente ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, que com base na Portaria GM/MS 1.271 de 06/06/14/ Portaria nº 204 de 17/02/2016.

Esta é utilizada como estratégia de prevenção de novas tentativas e da concretização do suicídio, e que tentativas de suicídio são registradas no campo de violência autoprovocada. Podendo ser preenchida obrigatoriamente pelos profissionais da saúde ou os dirigentes dos serviços sejam públicos ou privados de saúde, como apresenta o Ministério da Saúde.

3.2 O cenário epidemiológico do suicídio no Brasil x Relações socioculturais x Serviço Social

Durante o percurso desta pesquisa, ficou notório que a noção de saúde e adoecimento mental perpassou todo um contexto histórico até que se concretizasse como de fato compreendemos nos dias de hoje, destacando seus maiores marcos que foram a reforma sanitária e psiquiátrica, e que sempre andaram juntos com as relações de trabalho que sempre impactaram não somente a saúde, mas todas as relações sociais.

Abordar o tema suicídio de maneira que ultrapasse as margens da psicologia e psiquiatria e que abrace também o viés social, nada mais é que um desafio a ser posto, uma vez que, vendados pelos panos da alienação gerada pelo capitalismo nos impede ver esse fenômeno dessa forma, e mais, não perceber que não ter um olhar crítico o coloca em uma corda bamba, uma vez que, tendo sua mão de obra explorada o expõe ao adoecimento mental.

E os dados referentes a vulnerabilidade das mulheres que sofrem violência, viver em uma sociedade machista e patriarcal não se torna ainda mais um agravante? As vítimas de violência, não somente as mulheres, acabam se expondo ainda mais ao adoecimento mental, e a autora Melo (2012) vem reafirmando essa questão quando diz que:

Há uma prevalência alta e crescente dos números de transtornos mentais na população vítima dos fenômenos da violência, como as crianças e adolescentes com a violência doméstica e urbana, as mulheres com a violência de gênero, entre outras.

E diante dessas expressões da questão social, que nada mais são do que campo de atuação do profissional do Serviço Social, cabe a este compreender e intervir nesse meio munido com a instrumentalidade atrelada ao Projeto Ético Político da Profissão, e assim saber enxergar essa realidade do suicídio como algo que é construído sob bases de desigualdade social, exploração da mão de trabalho, violência e a não correspondência aos padrões impostos pelo capital, e não uma simples patologia.

Como sendo um profissional capacitado para atuar nos mais diferentes campos, visto que suas demandas estão presentes nesses espaços sócio ocupacionais, destacando a sua atuação na área da saúde que, fortemente se depara com esse fenômeno do suicídio e tentativas de suicídio.

Dando ênfase, podemos afirmar que atualmente a atuação do assistente social dar-se através de atendimentos diretos ao usuário, seja ele individual ou em grupo, pesquisa. Na saúde mental, ele deve estar a par da Reforma Psiquiátrica. Mas podemos simplificar sua atuação como: atendimento direto ao usuário, mobilização, participação e controle social, investigação, planejamento e gestão, assessoria, qualificação e formação profissional, isso segundo os Parâmetros de Atuação de Assistentes Sociais (2010, pag.41).

É preciso ter empoderamento da sua profissão como imprescindível para a garantia de saúde, visto que para isso não está ligado apenas o processo de doença, mas todo o contexto ao qual o indivíduo está inserido, e assim, trazer garantia de direitos a todos.

Não só a atuação do assistente social é necessária para o enfrentamento dessa problemática, mas é preciso junto com uma equipe multidisciplinar traçar um plano de enfrentamento e criação de políticas públicas que enxerguem e atendam o indivíduo em sua totalidade e o reconhecimento que o adoecimento mental e o suicídio possuem influências da realidade em que se está inserido.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos concluir que este trabalho foi de extrema relevância, uma vez que são escassas as publicações que abordem a temática de suicídio x relações sociais x Serviço Social. Poder analisar dados sobre suicídio com um novo olhar que ultrapasse os números, mas que busque enxergar uma realidade social por trás dele, mostrou o quanto o profissional de Serviço Social deve buscar atualiza-se para sua atuação prática, visto que muitas vezes o que lhe é necessário para verdadeiramente transformar a realidade social ao qual lhe é posto não está nos livros e nem é ensinado pelas academias.

Outro ponto relevante a se destacar, é quão vulneráveis somos psicologicamente estando submetidos aos moldes de exploração da mão de obra no capitalismo, mas esse sistema de tão feroz que é, se esconde por trás do seu fetiche e padrões que impossibilita muitas vezes o indivíduo enxergar e se enxergar, tornando-se assim extremamente exposto a todo e qualquer adoecimento mental que causa tal exploração.

Nítido ficou também que podemos relacionar aos dados alarmantes do Brasil em relação ao suicídio, a questões históricas e culturais do mesmo que de alguma forma influenciam nesse processo, e que expõe não apenas o problema em si, mas algumas de suas possíveis raízes de surgimento, onde podemos utiliza-las na busca de um plano de enfrentamento.

A exemplo dessa questão, e em análise aos dados apresentados pelo Ministério da Saúde sobre o suicídio, ficou claro que o ato de tirar a própria vida atinge indivíduos pelo mundo todo, principalmente os homens. Voltando essa questão para o Brasil diante da sua cultura e realidade social, poderíamos fazer o apontamento de que, a cultura patriarcal ainda enraizada ainda exerce a cobrança de que o homem precisa ser “forte”, “homem não chora”, dentre outras questões que, o reprimir de seus sentimentos que para muitos ainda é visto como fraqueza, acaba levando a doenças psicológicas e até mesmo ao suicídio.

E as taxas de suicídio na faixa etária dos idosos, a não relevância desses dentro da sociedade e a falta de políticas públicas não estariam contribuindo para os altos índices?

Essas indagações nada mais evidenciam o quanto as relações sociais contribuem e estão inteiramente ligadas ao adoecimento mental e ao suicídio. Basta

analisar tais dados com um olhar crítico, buscar ver além dos números e altos índices.

Iamamoto (2008) afirma que “o Serviço Social se configura como uma profissão inserida em um contexto sócio histórico, tendo como objeto de trabalho a questão social e suas múltiplas determinações” o que expõe que a temática até aqui discutida está dentro do campo de atuação do assistente social.

Com tudo isso, faz-se necessário não apenas a discussão e compreensão da temática e sua relação com as relações sociais, mas é utilizar-se desse conhecimento, usar um olhar crítico sob as estatísticas que cada vez mais aumentam seus números de forma negativa, e juntar todas as possíveis contribuições que a questão social fornece para esse fenômeno, e traçar um plano de enfrentamento com políticas públicas que atentam e sanem essa terrível realidade presente não só no Brasil, mas no mundo todo, mas que o nosso modo de produção de capital busca encobrir, já que não é prioridade os danos sociais por eles gerados.

REFERÊNCIAS

- ACURCIO, F. A. **Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil.**, Disponível em: <http://www.farmacia.ufmg.br/cespmed/text1.htm>
- AMARANTE, P.; NUNES M. O. **A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. Ciência e saúde coletiva**, v. 23(6): p. 2067-2074, 2018.
- BAUMAN, Z. *Tempos Líquidos*; Tradução: Carlos Alberto Medeiros. Ed. Jorge Zahar, Rio de Janeiro: 2007.
- BEZERRA JR, B. **Os Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil.** Revista de Saúde Coletiva, v. 17(22): p.243-250. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.
- BREILH J. **Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
- CASSORLA, R.M.S. Considerações sobre o suicídio. In: Cassorla RMS, coordenador. *Do suicídio*. 2ª ed. Campinas: Papyrus; 1998.
- DURKHEIM, E. *O suicídio: estudo de sociologia*. São Paulo, SP: Martins Fontes Editora. (Obra original publicada em 1897), 2000.
- IAMAMOTO, M.; CARVALHO, R. *Relações Sociais e serviço Social no Brasil*. -25 ed. São Paulo: Cortez – CELATS, 2008.
- LAURELL A.C.; NORIEGA M. *Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Hucitec; 1989.
- Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Seção 1. Disponível em: Acesso em: 11 de junho de 2018.
- RAEFFRAY, A. P. O. *Direito da Saúde de Acordo com a Constituição Federal*, São Paulo: ed. Quartier Latin; 2005.
- SERGIO, A. 8ª Conferência Nacional da Saúde, 1986. Acesso em: <http://www.nesp.unb.br/mobilizasaude/?p=412>.

VIAPIANA, V. N.; GOMES, R.M.; ALBUQUERQUE, G. S. C. Adoecimento psíquico na sociedade contemporânea: notas conceituais da teoria da determinação social do processo saúde-doença. Saúde em Debate vol.42 no.spe4 Rio de Janeiro dez. 2018.