ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM

ALIANE DIAS SANTOS
LUIZA QUEIROZ DO NASCIMENTO
TATIANA PAIVA ROSA

**O SERVIÇO SOCIAL NO ATENDIMENTO AO USUÁRIO VÍTIMA DE
TENTATIVA DE SUICÍDIO: DESAFIOS E POSSIBILIDADES**

Vitória-ES
2016

ALIANE DIAS SANTOS
LUIZA QUEIROZ DO NASCIMENTO
TATIANA PAIVA ROSA

**O SERVIÇO SOCIAL NO ATENDIMENTO AO USUÁRIO VÍTIMA DE
TENTATIVA DE SUICÍDIO: DESAFIOS E POSSIBILIDADES**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado à Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: César Albenes de Mendonça Cruz.

Vitória- ES
2016

FOLHA DE APROVAÇÃO

ALIANE DIAS SANTOS
LUIZA QUEIROZ DO NASCIMENTO
TATIANA PAIVA ROSA

O SERVIÇO SOCIAL NO ATENDIMENTO AO USUÁRIO VÍTIMA DE TENTATIVA DE SUICÍDIO: DESAFIOS E POSSIBILIDADES

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado à Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. César Albenes de Mendonça Cruz
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória Orientador

Prof. Leyla Márcia Kill
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
Avaliadora

Mestranda Ana Catarina Tavares Loureiro
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
Avaliadora

*“Dar mais **vida aos dias** do que
acrescentar **dias à vida**”.*

Cicely Saunders

AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus, pelo fim de mais essa etapa, pelos sonhos que se concretizam. Porque dele, e por meio dele, e para ele são todas as coisas. Agradeço-te por nunca me deixar esquecer mesmo em meio aos desertos, que sou uma de suas favoritas.

O meu muitíssimo amado Antônio, mais que um namorado, mais um amigo, companheiro e confidente. Sempre me apoiando e buscando compreender minhas ideias e escolhas, acreditou nos meus devaneios e projetos, principalmente quando nem eu mais acreditava.

A minha Mãe, pois tem sido o meu abrigo seguro, de onde recebi apoio incondicional nessa empreitada, e ao meu pai que não se encontra mais entre nós, mas sei que de onde estiver estará sempre olhando e torcendo por mim. A minha irmã e sobrinho, agradeço o apoio e afeto.

Minha eterna gratidão aos professores e coordenadores e toda equipe que compõe o curso de Serviço Social.

Ao meu orientador Prof^o Dr^o César Albenes De Mendonça Cruz, agradeço a condução nos primeiros e essenciais passos da minha formação. Grata pelo dinamismo, a confiança, o carinho, enfim, por compreender e incentivar a concretização deste trabalho.

Um agradecimento especial às minhas queridas amigas e companheiras de TCC, Luiza Queiroz e Tatiana Paiva Rosa. De quem a distância e o tempo nunca vão me separar, pois fazem parte do meu coração!

À minha turma de graduação, pelo aprendizado, pela convivência que tanto auxiliou no meu amadurecimento.

Enfim, a todos meu muitíssimo obrigada!

Aliane Dias Santos

AGRADECIMENTO

Em primeiro lugar, agradeço a Deus. Senhor, obrigada pela força espiritual para a realização deste trabalho.

A minha mãe, pelo incentivo e apoio nesta jornada e na realização deste tão esperado sonho. Obrigado Mãe!

Ao meu namorado Raphael, pelo carinho e por me compreender nos momentos de tensão e de mau humor e apoio nas horas em que eu precisei;

Ao meu orientador, professor César Albenes pelo conhecimento e auxílio durante a realização deste trabalho.

Às minhas companheiras de TCC Aliane e Tatiana, pela compressão e solução dos pequenos problemas que surgiram no decorrer do trabalho e do curso.

Às minhas amigas de trabalho, Lorena, Priscila, Caroline, Ana Paula, Flavia e Fabíola, que sempre deixaram minhas manhãs mais divertidas, leves e contribuíram para meu crescimento.

Aos velhos e novos amigos que conheci na vida e durante o percurso acadêmico.

Agradeço também, a toda equipe do Serviço Social do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, que durante minha fase de estágio me receberam de braços abertos, em especial a minha supervisora de campo Adriana Mendes.

Aos professores que de alguma maneira, contribuíram nessa busca de crescimento e de conhecimento pessoal e profissional nesses quatro anos de estudo, o que certamente, contribuirá significativamente na minha atuação como profissional e como pessoa.

Enfim, a todos que foram fundamentais para a realização de mais uma etapa importante em minha vida.

Muito Obrigado!

Luiza Queiroz do Nascimento

AGRADECIMENTO

Primeiramente a Deus que permitiu que tudo isso acontecesse, ao longo de minha vida, e não somente nestes anos como universitária, mas que em todos os momentos é o maior mestre que alguém possa conhecer.

Ao meu orientador César, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

Agradeço a todos os professores por me proporcionar o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional, por tanto que se dedicaram a mim, não somente por terem me ensinado, mas por terem me feito aprender. A palavra mestre, nunca fará justiça aos professores dedicados aos quais sem nominar terão os meus eternos agradecimentos.

Ao meu pai Sebastião, agradeço pelo exemplo de vida, (sei que onde ele estiver, está torcendo por mim)

Agradeço a minha mãe Rita, heroína que me deu apoio, incentivo nas horas difíceis, de desânimo e cansaço.

Obrigada meus irmãos, que nos momentos de minha ausência dedicados ao estudo superior, sempre fizeram entender que o futuro é feito a partir da constante dedicação no presente!

As minhas companheiras de TCC Aliane e Luiza por ter compartilhado comigo deste momento especial e ímpar de construção e conhecimento.

Meus agradecimentos aos amigos e irmãos na amizade que fizeram parte da minha formação e que vão continuar presentes em minha vida.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

Obrigada a Todos !

Tatiana Paiva Rosa

O SERVIÇO SOCIAL NO ATENDIMENTO AO USUÁRIO VÍTIMA DE TENTATIVA DE SUICÍDIO: DESAFIOS E POSSIBILIDADES

Aliane Dias Santos¹
Luiza Queiroz do Nascimento²
Tatiana Paiva Rosa³
César Albenes de Mendonça Cruz⁴

RESUMO

Esta pesquisa está relacionada à disciplina Trabalho de Conclusão do Curso de Serviço Social na Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM. Este trabalho de conclusão de curso tem como tema central aborda a intervenção do Serviço Social nas redes de atendimentos, aos casos de tentativas de suicídio. O que motivou a escolha desse tema foi a partir das observações que procurou-se compreender qual o papel do Serviço Social nos atendimentos aos usuários vítimas de tentativas de suicídio, e quais instrumentos e/ou saberes que o próprio Serviço Social pode utilizar especificamente como apoio teórico-prático na realização da intervenção com o usuário e a preocupação com a saúde mental dos sujeitos que tentam tirar suas próprias vidas e, ao mesmo tempo, por acreditar na prevenção deste tipo de comportamento. Percebe-se, uma carência na literatura que venha descrever a intervenção do serviço social neste tipo de problemática.

Palavras-chaves: Serviço Social. Atendimento. Suicídio.

1 Acadêmica de Serviço Social, Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória (ES), Brasil.

2 Acadêmica de Serviço Social, Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória (ES), Brasil.

3 Acadêmica de Serviço Social, Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória (ES), Brasil.

4 Doutor em Serviço Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil / Coordenador do Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento, Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória (ES), Brasil.

ABSTRACT

This research is related to the discipline Work of Conclusion of the Course of Social Service in the Superior School of Sciences of Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM. This work of conclusion of course has as central theme addresses the intervention of the Social Service in the care networks, to the cases of suicide attempts. What motivated the choice of this topic was from the observations that sought to understand the role of Social Service in assisting users who are victims of suicide attempts, and which instruments and / or knowledge that Social Service itself can specifically use as support Theoretical-practical in the implementation of the intervention with the user and the concern with the mental health of the subjects who try to take their own lives and, at the same time, to believe in the prevention of this type of behavior. It is noticed, a lack in the literature that comes to describe the intervention of the social service in this type of problematic.

Keywords: Social Service. Attendance. Suicide

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi levantado a partir da percepção da falta da abordagem do assunto e levou a analisar o trabalho do assistente social. Para tentarmos compreender o fenômeno do suicídio abordaremos o assunto através de algumas elaborações teóricas, alguns conceitos, que de alguma forma através de uma visão multidimensional (filosófica, sociológica e psicológica) consigam analisar, contextualizar e debater o tema, com a função do Serviço Social dentro dela.

A questão sobre o suicídio mostra-se bastante importante no contexto atual. A forma de morrer é algo cultural, então, cada cultura e sociedade vivenciam a morte não intencional e o suicídio de formas diferentes. “Em sua etimologia, a palavra morte origina-se do latim “morte” e significa ato de morrer; termo fim. Destruição, ruína, grande dor, pesar profundo.” (Durkheim, 1982).

O termo suicídio surge no século XVII em tratados teológicos, religiosos e médicos e é formado do pronome *sui* (si) e do verbo *caedere* (matar). Num aspecto geral, o suicídio é um ato voluntário pelo qual um indivíduo possui a intenção e provoca a própria morte. Pode ser realizado através de atos (tiro, envenenamento, enforcamento) ou por omissão (recusa em alimentar-se, por exemplo).

De acordo com a Organização mundial de saúde a causa do suicídio são comuns em pessoas com algum transtorno mental e/ou psicológico que pode incluir depressão, transtorno bipolar, esquizofrenia, alcoolismo e abuso de drogas. Dificuldades financeiras e/ou emocionais também desempenham um fator significativo. Além da consideração nefasta do suicídio, há também avaliações positivas, sendo visto como uma vontade legítima ou um dever moral. (OMS, 2013).

No Brasil, o índice de suicídios na faixa dos 15 a 29 anos é de 6,9 casos para cada 100 mil habitantes, uma taxa relativamente baixa se comparada aos países que lideram o ranking – Índia, Zimbábue e Cazaquistão, por exemplo,

têm mais de 30 casos. O país é o 12º na lista de países latino-americanos com mais mortes neste segmento diz Alexandra Fleischmann.

De acordo com a OMS (2013), 800 mil pessoas cometem suicídio todos os anos. E para cada caso fatal há, pelo menos, outras 20 tentativas fracassadas.

O Brasil, neste ponto, passa pelo fenômeno oposto: índice de suicídios nesta faixa etária para mulheres é de 2,6 por 100 mil pessoas, mas a taxa salta para de 10,7 entre a população masculina. Mas, entre 2010 e 2012, o mais recente período de análise de dados da OMS, o índice feminino cresceu quase 18% (OMS,2013).

Em termos globais, uma variação chama atenção: 75% dos suicídios ocorrem em países de média e baixa renda. E as diferenças socioeconômicas parecem ter impacto mais forte entre adolescentes (OMS, 2013).

Cabe ressaltar que o motivo de trabalho do assistente social é a questão social que é produzida pelas contradições da relação capital e trabalho onde se tem o grande capital como norteador das estruturas políticas, econômicas e sociais (IAMAMOTO, 2009).

É por meio da realização desta pesquisa, que se pretende identificar como ocorre o processo de intervenção do serviço social nos casos de tentativas de suicídio.

2. METODOLOGIA

A presente pesquisa é descritiva com característica de abordagem qualitativa, com pesquisa bibliográfica, elaborada a partir de material já publicado, como livros, artigos, Internet, etc.

Para Minayo (2001), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Para Gil (2007, p. 44), os exemplos mais característicos desse tipo de pesquisa são sobre investigações sobre ideologias ou aquelas que se propõem à análise das diversas posições acerca de um problema.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 (DES) CONCEITUANDO O SUICÍDIO

Quando ouvimos a palavra suicídio, quase instantaneamente nossa mente é levada a pensar em morte, dor, desespero, fraqueza, porém sabemos que há algo de ingênuo ao realizar esse rápido julgamento sobre tentar se suicidar ou até mesmo cometer esse ato.

O termo suicídio surge no século XVII sendo traduzido para outras principais línguas europeias (francês, alemão, inglês). Formado pelo pronome sui (si) junto ao verbo caedere (matar). O suicídio durante muito tempo teve o peso de um homicídio, era tratado com “um homicídio de si mesmo”, tinha o pertencimento à mesma categoria dos crimes e dos sacrilégios, o que acarretava ao suicida fracassado a pena de morte. As leis que vigoravam por volta do século XVII (especificamente, a ordenança em 1670) deixavam claro que o suicídio era um crime de “lesa-majestade humana ou divina”. Porém a partir do século XVIII a tentativa de suicídio passa a ser vista como uma “desordem da alma” e conseqüentemente adquire se um novo modo de punição com o intuito de se deter mais uma nova tentativa (FOUCAULT 1984, p. 95). Portanto, agora o suicídio deixa de ser visto apenas como sacrilégio e passa a integrar o campo neutro da insanidade.

O suicídio foi tratado frequentemente como um fenômeno predominantemente social. Mas, ainda assim, como justificá-lo? Como entendê-lo? Através da ótica da sociologia, Karl Marx (1846) e Émile Durkheim (1897) abordam o suicídio como um fenômeno social. Marx curiosamente escreve sobre o suicídio baseando-se nos documentos de um diretor do arquivo policial francês (Peuchet). Marx nos traz uma abordagem interessante sobre o suicídio, uma vez que na época em que foi publicado tal artigo, ainda não existiam outras

teorias como a do fato social de Durkheim (1897) e nem a impactante psicanálise de Freud (1856-1949).

Marx se interessou pelo tema não apenas pela própria questão do suicídio, mas como oportunidade de evidenciar sua crítica total a sociedade burguesa, ressaltando o modo de viver “antinatural”, sendo assim o suicídio se torna um indício de uma sociedade adoecida, carente por transformações radicais. Desta forma, Marx pontua a sociedade moderna onde cada indivíduo está isolado dos demais, em que há uma solidão coletiva, e por consequência há certo tipo de hostilidade mútua entre as pessoas, onde reina a competição, luta e guerra de todos contra todos, onde o indivíduo só possui a escolha de ser ou vítima ou carrasco, justificando assim o desespero e o suicídio (LÖWY, 1938, p.16).

Assim sendo, Marx deixa explícito em seu artigo sobre o suicídio a forma pela qual interpretava o fenômeno:

Como se explica que apesar de tantos anátemas, o homem se mate? É que o sangue não corre do mesmo modo nas veias de gente desesperada e nas veias dos seres frios, que se dão o lazer de proferir todo esse palavrorio estéril. O homem parece um mistério para o Homem; sabe-se apenas censurá-lo, mas não se o conhece. Quando se veem a forma leviana com que as instituições, sob cujo domínio a Europa vive, dispõem do sangue e da vida dos povos, a forma como distribuem a justiça civilizada com um rico material de prisões, de castigos e de instrumentos de suplício para a sanção de seus desígnios incertos; quando se vê a quantidade incrível de classes que, por todos os lados, são abandonadas na miséria, e os párias sociais, que são golpeados com um desprezo brutal e preventivo, talvez para dispensar-se do incômodo de ter que arrancá-los de sua sujeira; quando se vê tudo isso, então não se entende com que direito se poderia exigir do indivíduo que ele preserve em si mesmo uma existência que é espezinhada por nossos hábitos mais corriqueiros, nossos preconceitos nossas leis e nossos costumes em geral. (MARX, 1846, p.26).

Logo, Marx nos deixa evidente que o suicídio é basicamente um dos sintomas de uma luta social onde alguns entregam-se à luta devido ao fato de não se adaptarem à ideia de serem “carrascos”, ou ainda, por estarem cansados ao papel de “vítima” de uma sociedade cruel.

Não podemos deixar de mencionar os estudos de Durkheim sobre o suicídio. Durkheim autor do livro *As regras do método sociológico* de 1895 e *O Suicídio*,

de 1897, formulou o estudo sobre o suicídio utilizando-o como base para a aplicação do conceito de fato social. De acordo com Durkheim:

Não é possível definir o fato social pela sua generalidade no interior da sociedade. Características distintivas do fato social: 1^o- a sua exterioridade em relação às consciências individuais; 2^o- a ação coerciva que exerce ou é suscetível de exercer sobre as mesmas consciências. Aplicação desta definição às práticas constituídas e às correntes sociais. Verificação desta definição. Outra maneira de caracterizar o fato social: o estado de independência em que se encontra em relação às suas manifestações individuais. Aplicação desta característica às práticas constituídas e às correntes sócias. O fato social generaliza-se por ser social, mas não é social porque generaliza. Como esta segunda definição se reduz à primeira. Como os fatos de morfologia social ajustam-se nesta mesma definição. Fórmula geral do fato social. (DURKHEIM, 2007, p.31).

Durkheim acaba por definir o suicídio como “todo caso de morte que resulte direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo, praticado pela própria vítima, sabedor de que devia produzir esse resultado” e delimita ainda mais seu objeto de análise: “o ato assim definido, mas interrompido antes de resultar em morte não deve ser considerado”. (DURKHEIM apud NUNES, p.16).

3.2 SUICÍDIO COMO PROBLEMA SOCIAL

Durkheim nos indica a analisar o suicídio como um fato social, isto é, deixar de entender o suicídio apenas como um fenômeno isolado e individual e observar os dados (sociais e culturais) que o fenômeno mostra, indicando que deve ser tratado de maneira coletiva, analisando primeiramente o conjunto. De acordo com seu conceito, o suicídio para Durkheim é peça de um profundo conflito determinado no meio social exterior ao indivíduo, sendo assim cada sociedade, de acordo com sua teoria, teria uma tendência coletiva ao suicídio, sendo que as respostas para eles se encontrariam justamente no mundo exterior ao indivíduo. Eis como explicita Durkheim:

Qualquer ruptura de equilíbrio, ainda mesmo que dela resulte um bem-estar maior e uma vitalidade geral, incita à morte voluntária. Todas as vezes que se produzem no corpo social graves modificações, sejam elas devidas a um súbito movimento de crescimento ou a um cataclismo inesperado, o homem mata-se facilmente. (DURKHEIM apud LOPES, 1992, p.282).

Através de seus estudos Durkheim estabeleceu tipos sociais do suicídio, sintetizando pelas causas que o produzem e analisando o contexto social que se encontram. Segundo esta tipologia, o suicídio se divide em 3 tipos: o egoísta, o altruísta, e o anômico.

- Suicídio Egoísta: é aquele em que o ego individual se afirmar exageradamente face ao ego social, ou seja, há uma individualização desenfreada. As relações entre os indivíduos e a sociedade se afrouxam fazendo com que o indivíduo não veja mais sentido na vida, não tenha mais razão para viver;
- Suicídio Altruísta: é aquele no qual o indivíduo sente-se no dever de fazê-lo para se desfazer de uma vida insuportável. É aquele em que o ego não o pertence, conturbar-se com outra coisa que se situa fora de si mesmo, isto é, em um dos grupos a que o indivíduo pertence.
- Suicídio Anômico: é aquele que ocorre em uma situação de *anomia* social, ou seja, quando há carência de regras na sociedade, gerando a desordem, fazendo com que a normalidade social não seja mantida. Em uma situação de crise econômica, por exemplo, na qual há uma completa desarticulação das regras normais da sociedade, certos indivíduos ficam em uma situação inferior à que ocupavam anteriormente. Assim, há uma perda brusca de riquezas e poder, fazendo com que, por isso mesmo, os índices desse tipo de suicídio aumentam. É importante destacar que as taxas de suicídio altruísta são maiores em países ricos, pois os pobres são capazes de lidar melhor com as situações.

Durkheim estava preocupado com o cuidado da ordem social. O Apoio social é o ponto de partida para sua teoria sociológica. Ele ressalta que existem as influências exteriores, quer sejam de associações, quer sejam de acontecimentos passageiros, que perturbam o desempenho da vida coletiva, configurando uma situação anômica, que é a afastamento ou desmembramento das normas. Ou seja, as crises industriais ou financeiras bem como as crises de prosperidade, por exemplo, têm o mesmo resultado, fazendo aumentar os suicídios porque são transtorno da ordem coletiva. Ele

afirma que, para preencher as necessidades morais do indivíduo, é preciso que a sociedade desempenhe o papel intermediário entre os limites de cada um. Ela é a única autoridade moral superior ao indivíduo e das quais a superioridade este aceita. No entanto, o Estado, a religião e a família passam a encontrar dificuldades para desempenhar o papel intermediário, conforme Durkheim(1987) afirma:

"Atualmente, e sobretudo nos nossos grandes Estados modernos, a sociedade está demasiado longe do indivíduo para poder agir sobre ele de uma maneira eficaz e contínua." (p. 376) bem como "(...) a menos que a humanidade volte ao ponto de partida, as religiões nunca mais poderão voltar a exercer um domínio nem muito vasto nem muito profundo sobre as consciências." (p. 378).

Durkheim comparava a sociedade a um organismo vivo cujas partes estão em constante funcionamento e onde cada uma desempenha uma função específica. As partes desse organismo social seriam, por exemplo, o Estado, a família e a igreja. Se uma dessas partes falha no desempenho de suas tarefas, todo o movimento da vida em sociedade é posto em risco. A sociedade entraria, assim, em um estado patológico, como quando uma pessoa fica doente.

Esse estado patológico é trabalhado por Durkheim através do conceito de anomia, que, em resumo, seria caracterizado pela falta ou fragmentação das normas sociais. Um problema que a Sociologia deveria buscar entender e resolver. Para ele, ainda que o egoísmo da vida moderna seja desejável, a sociedade deve tomar cuidado para que a consciência coletiva não seja totalmente comprometida e para que o indivíduo não exija mais do coletivo do que ele pode oferecer.

Durkheim retira o suicídio do domínio individual e o coloca como uma questão social. O suicídio, que aparentemente seria um problema de ordem psíquica e, portanto, restrito ao domínio da Psicologia, é levado por ele para a esfera sociológica.

Por fim, Durkheim resume seu detalhado estudo acerca das taxas de suicídio da seguinte forma: "os suicídios são fenômenos individuais, cujas causas são,

contudo, essencialmente sociais. ” As “correntes suicidógenas”, como ele intitula, têm origem na coletividade, e não no individual. É bem verdade que alguns dos suicidas já possuem predisposições psicológicas para tal ato. Mas Durkheim compreende que essas predisposições, como distúrbios neurológicos, são também causadas pela própria sociedade e pelas circunstâncias sociais.

Um suicídio nunca tem uma causa única ou isolada. O que se costuma atribuir como a causa de um suicídio é a expressão final de um processo de crise vivido pela pessoa. Diversos estudos mostram que o suicida deseja livrar-se de um sofrimento para o qual não está encontrando saída (BORGES, WERLANG e COPATTI, 2008; BOTEGA et al, 2006; SILVA et al, 2006; WHO, 2001). Antes de chegar ao ato final, o suicida já mostrou sinais e procurou ajuda para falar do seu sofrimento. A atenção a todo este processo e a capacidade de lidar com o problema pode resultar em um desfecho favorável.

São inúmeras as situações de vulnerabilidade para o suicídio que merecem atenção. Entre as mais frequentes são as doenças graves; isolamento social; ansiedade; desesperança; crise conjugal e familiar; luto; perda ou problemas no emprego; transtornos mentais, como uso abusivo de álcool e outras drogas, depressão, esquizofrenia entre outros associados à facilidade de acesso aos meios de suicídio (APA, 2003; SILVA et al, 2006).

Essas circunstâncias não são o causador do suicídio, mas podem se relacionar e contribuir para a sua ocorrência quando existe sofrimento intenso. Nos idosos, a solidão, a perda dos vínculos, os maus-tratos, o abandono constitui fatores de vulnerabilidade para o suicídio. Os jovens também se apresentam como grupo de risco, com taxas cada vez mais elevadas de suicídio.

Como o suicídio está relacionado a múltiplos fatores (biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais), é necessário desenvolver ações de vigilância, prevenção e controle de forma integral. Vários atores podem contribuir para enfrentar o problema de forma conjunta, estabelecendo canais de comunicação permanente, trocando informações, definindo metas e

ajustando condutas. São necessárias intervenções que envolvam assistentes sociais; educadores; jornalistas; policiais militares; profissionais de saúde e técnicos de extensão rural, além de trabalhadores e colaboradores de Organizações não-governamentais (ONGs), além de lideranças religiosas, comunitárias, entre outros (OMS-SUPRE, 2002). A ação conjunta dessas pessoas é o que constitui a rede de vigilância, prevenção e controle do suicídio.

3.3 DIRETO AO SUICÍDIO

O princípio da dignidade da pessoa humana está previsto na Constituição Federal Brasileira, no art. 1º, III, positivado como Fundamento da República Federativa do Brasil. Daí advém o sentimento social de justiça, onde as leis devem ter conteúdo e adequação social e o Estado, deverá estar a serviço do bem comum, assegurando a dignidade da pessoa humana. Essencialmente sua expressão dignidade significa que toda pessoa é um fim em si mesmo. A vida de todos os seres humanos possui uma valia intrínseca, objetiva, pois ninguém existe no mundo para atender as vontades de outra pessoa ou para servir as metas de uma sociedade. (BRASIL, constituição, 1988, Art. 1º, III).

No Brasil, o direito à própria morte também é rodeado de tabus, o que o torna bastante distinto. A tentativa de suicídio não é penalizada por nossas leis e o suicídio, evidentemente, nem teria como sê-lo. Acontece, que em muitos casos o paciente em estado de saúde grave, ainda assim tenha condições de realizar alguns movimentos que possibilitam dar fim à sua própria vida, não dispõe dos meios necessários para fazê-lo (uma arma, uma injeção letal, um veneno etc.). Nessas hipóteses, se algum indivíduo lhe oferecer o meio necessário para suicidar-se, poderá ser punido criminalmente por auxílio ao suicídio, com pena de dois a seis anos de prisão, caso o suicídio venha a se consumir de acordo com o Código Penal Brasileiro. (BRASIL, Lei Nº 2.848, 1940, Art. 122).

3.4 REDE DE PREVENÇÃO E NOTIFICAÇÕES

De acordo com o manual de Prevenção do Suicídio a rede local de vigilância, prevenção e controle atuam em torno de todas as situações de vulnerabilidade para o suicídio. Tal rede deve ser constituída basicamente por dois níveis de articulação das ações. O primeiro nível está na área da saúde, formado por profissionais de vigilância epidemiológica, serviços de urgência, de saúde mental e da atenção primária, que vão construir juntos os planos de cuidado para cada caso e o segundo nível abrange integrantes de outros setores, públicos ou não, que vão definir e aplicar medidas de apoio às pessoas em situação de vulnerabilidade e suas famílias. (BRASIL, 2006).

Conforme a Portaria GM/MS Nº 1.271/2014, os casos de tentativa de suicídio e violência sexual passam a ser de notificação imediata no âmbito municipal, e deve seguir o fluxo de compartilhamento entre as esferas de gestão do SUS estabelecido pela SVS/MS. (BRASIL, 2014).

A notificação compulsória imediata deve ser realizada pelo profissional de saúde ou responsável pelo serviço assistencial que prestar o primeiro atendimento ao paciente, em até 24 (vinte e quatro) horas após o atendimento, pelo meio mais rápido disponível. (BRASIL, 2014).

Quanto à tentativa de suicídio, fundamenta-se a inclusão desse agravo na lista de agravos de notificação imediata pelo município, atendendo a importância de tomada rápida de decisão, como o encaminhamento e vinculação do paciente aos serviços de atenção psicossocial, de modo a prevenir que um caso de tentativa de suicídio se concretize, pois, as estatísticas demonstram um risco elevado de tentativas de suicídio subsequentes. (BRASIL, 2006).

Diversos estudos sobre o comportamento suicida revelaram fortes evidências de que o fato de uma pessoa haver tentado uma vez suicídio aumenta muito a chance de ocorrer nova tentativa. (BOTEGA et al, 2005; SEMINOTTI, PARANHOS e THIERS, 2006; BORGES, WERLANG e COPATTI, 2008). Por essa razão o grupo de pessoas que chegam a tentar o suicídio deve ser o

principal foco das ações de vigilância e preventivas dos profissionais e serviços de saúde.

É indispensável articular a notificação do caso à vigilância epidemiológica do município, imediatamente após o seu conhecimento, seja via ficha de notificação imediata da tentativa de suicídio, e-mail ou telefone (com envio posterior da ficha de notificação) com o encaminhamento da pessoa para a rede de atenção à saúde. Isso inclui acionamento da rede de vigilância, prevenção e assistência, encaminhamento do paciente a um serviço de saúde mental, com adoção de medidas terapêuticas adequadas ao caso.

Segundo Portal da saúde para medidas de prevenção é relevante que todos profissionais fiquem precavidos aos sinais que indicam que uma pessoa possa estar vulnerável à tentativa de suicídio, como: tentativas anteriores de suicídio, transtorno mental, doenças graves, isolamento social, ansiedade e desesperança, crise conjugal e familiar, situações de luto, perda ou problemas no emprego e facilidade de acesso aos meios.

O cuidado com o paciente que tentou suicídio se inicia na unidade de emergência mas deve ser mencionado ao profissional de saúde mental para os devidos encaminhamentos, quer seja para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), para o Programa de Saúde da Família (PSF), que devem promover um trabalho efetivo e articulado de apoio e tratamento a essas pessoas, colaborando para prevenção de novas tentativas.

O suicídio é a expressão final de um processo de crise. É importante também sensibilizar profissionais de outros setores, tais como: educação, segurança pública, assistência social e a população em geral sobre esse problema de saúde, com vistas a preveni-lo, assim se encontra no município de Vitória e em todo o Brasil o Centro de Valorização e vida (CVV), que é uma instituição de referência na prevenção ao suicídio e oferecer apoio emocional por telefone, e-mail ou pessoalmente nos postos espalhados por todo o Brasil.

Quando abordamos o tema do quadro do suicídio no Brasil ou qualquer outro país devemos sempre referir alguns aspectos fundamentais: 1. A qualidade dos registros de suicídios e tentativas; 2. O sistema de assistência em saúde mental; 3. A implantação de planos locais. (BRASIL, 2006).

3.5 SERVIÇO SOCIAL E O SUICÍDIO

Baseado no manual de Prevenção ao suicídio, descobrimos que os assistentes sociais têm importante papel na prevenção e controle do suicídio, já que trabalham na identificação, prevenção e encaminhamento para a rede sócio assistencial de situações de pessoas em vulnerabilidade social. Desde 2004, quando a Política Nacional de Assistência Social deu origem ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS), as ações da área passaram a ser desenvolvidas com base em fundamentos muito semelhantes aos do SUS, como a participação social e a territorialização, o que pode facilitar a integração dos assistentes sociais com os profissionais de saúde na rede de prevenção e controle do suicídio. (BRASIL, 2006).

De acordo com o manual, os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) é a principal unidade da política de assistência social, têm base territorial e são responsáveis pelos serviços de proteção social básica. Os assistentes sociais que atuam nos CRAS vão se sistematizar com os profissionais da Saúde da Família, dos CAPS e dos hospitais de emergência e demais integrantes da rede de prevenção e controle do suicídio, para assim identificar, acolher e encaminhar para tratamento as pessoas em situação de vulnerabilidade.

As pessoas em situação de vulnerabilidade para o suicídio carecem de atenção constante e tratamento psicológico adequado, de maneira que não podem depender apenas de encaminhamentos e gestões formais, mais do que isso, necessitam de contato direto e da articulação dos profissionais aptos de ajudá-las.

Nos casos das tentativas de suicídio nos atendimentos em hospitais de Urgência e Emergência, as intervenções, são raras para o Serviço Social, não são inseridos os assistentes sociais, assim participando de forma plena no processo de trabalho da equipe multiprofissional. Esta situação acontece tanto pelo não agrupamento da equipe multiprofissional como um grupo coeso de trabalho, mas também pelas dificuldades de comunicação entre os profissionais da equipe de saúde. (BRASIL, 2006).

Parte desta falta de agrupamento ocorre por consequência de que o Serviço Social ao lidar com as tentativas de suicídios, por vezes limita sua intervenção a ações focalizadas apenas nos aspectos relacionados à alta hospitalar do usuário (família, transporte) e também em aspectos relacionados aos princípios básicos de dignidade humana (tais como, roupa, cesta básica).

Cassorla (apud MIOTO, 1994, p.37) destaca que há certas dificuldades em categorizar os comportamentos suicidas, pois em grande parte dos trabalhos relacionados à temática suicídio, envolve sem discriminação os temas suicídio, tentativa de suicídio e ameaças de suicídio. É importante ressaltar, que o autor afirma que suicídio e tentativa de suicídio são fenômenos semelhantes, nos lembrando que a compreensão ultrapassa a simples questão do morrer ou não morrer. Essa percepção envolve uma discussão da própria estruturação do fato, que fica determinada pela diferenciação entre a população que se suicida e a população que tenta suicidar-se, embora sejam populações que façam parte de um mesmo conjunto.

É próprio levantarmos também, a importância da família no momento do encaminhamento, onde se pode resguardar a questão da proteção e do cuidado. Contudo é válido lembrarmos que dependendo da responsabilidade que o Estado consegue manter no que diz respeito à proteção social, à família serão atribuídas mais ou menos funções. De acordo com Esping-Andersen apud Lima (2005, p.14), evidencia se que a família possui um papel bem importante dentro dos modelos de bem-estar Social, isto é, a família por vezes

é utilizada como apoio social para suprimir as falhas do próprio Estado diante da sua responsabilidade com a população. Sobrecarregando a rede familiar e comunitária com uma responsabilidade com garantia da proteção mínima para seus membros que não corresponde a sua competência.

Dentre as situações de vulnerabilidade social que tem relação com o suicídio, podemos destacar: a desagregação e violência familiar; crianças e adolescentes nas ruas, em abandono ou vítimas de abusos e maus tratos; idosos sem convivência familiar ou que sofrem abandono e maus tratos; e pessoas que fazem uso abusivo de álcool e/ou de outras drogas. Essas situações constituem um quadro de grande vulnerabilidade em função do desenvolvimento de depressão, desesperança, desamparo, desespero, que constituem os “4 D”, que ajudam a identificar as pessoas em situação de risco para o suicídio (BRASIL, 2006).

No âmbito dos estudos sobre as tentativas de suicídio, Rosenbaun e Richman (apud MIOTO, 1994, p.47) nas entrevistas com familiares, observaram que a maioria das famílias avalia seus membros suicidas como uma carga, uma situação onde a morte se torna uma solução. De acordo com os autores quanto maior a negação da família sobre a tentativa de suicídio, mais grave era o evento. Os autores verificaram também que o paciente suicida é comumente alvo de um alto grau de agressão dos outros, uma agressão da qual o suicida não consegue se defender.

A rotina de trabalho dos assistentes sociais, seja nos CAPS, nas unidades de saúde, ou em outras instituições, os botar em contato constante com pessoas em situação de vulnerabilidade social e em relação ao suicídio. Sua percepção para o problema e principalmente sua capacidade de se integrar à rede local de prevenção e controle pode ser decisiva para a identificação e para tratamento dessas pessoas.

Os assistentes sociais que atuam em serviços de urgência e emergência nos hospitais públicos estão numa posição especial para participar do encaminhamento dos casos de tentativa de suicídio para a rede de prevenção

e controle, assim como os familiares daqueles que suicidaram. Muitos casos de tentativa de suicídio nesses hospitais deixam de ser notificados, e isso por falta de capacitação dos profissionais no sentido da compreensão da gravidade do problema e da necessidade de encaminhamento.

Outro aspecto importante da atuação dos assistentes sociais é sua possibilidade de apoiar as pessoas próximas ao usuário que cometeu suicídio e têm suas vidas diretamente afetadas por isso, os “sobreviventes”. Os assistentes sociais podem contribuir muito para a preparo, a orientação e o acompanhamento de grupos de sobreviventes.

De acordo com o manual de prevenção do Suicídio a equipe do CAPS é responsável pelo cuidado de pessoas que, em grande proporção padecem de algum transtorno, é o local de referência para encaminhamento e acompanhamento dos pacientes com transtornos graves. Essa equipe lida constantemente com indivíduos em situação de crise, quando o risco de suicídio se encontra agudizado, assim como seus familiares e a comunidade, podendo avaliar a sua rede de proteção social em relação a situações de vulnerabilidade para o suicídio, além de criar estratégias de reforço dessa rede. O paciente com transtorno mental leve ou moderado pode ser atendido e acompanhado na rede de atenção primária, necessitando, para isso, de equipes capacitadas para o seu diagnóstico e intervenção o mais precocemente possível, além do apoio das equipes matriciais ou dos NASF. (BRASIL, 2006).

Para Wasserman (apud MIOTO, 1994, p. 48), os desejos de morte, geralmente são expressos como meio de comunicação verbal pelos outros significantes, para o suicida ou a outras pessoas, e não verbalmente, através da ausência de qualquer ação diante da possibilidade do fato. Sendo desta maneira, isto se explicaria pela ambivalência (amor e ódio) e a agressividade, latentes entre o suicida e os outros significantes. Diante de seu estudo, o autor consegue verificar que, se durante um primeiro momento existisse a negação de qualquer conhecimento sobre as intenções do suicida, após a tentativa, ficava claro

alguns dos modos de comunicações acerca do ato suicida. É preciso que a tentativa de suicídio nunca seja subestimada, sob qualquer ponto de vista.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste estudo foi possível analisar a amplitude do suicídio, e como se torna complexo estudá-lo. Trabalhar suicídio é um assunto delicado, já que esta temática ainda é tabu e desperta medo nas pessoas.

Diante das representações e análises teóricas apresentada ficou explícita a importância do tema no contexto atual. Como se pode constatar é um tema ainda não visto nos estudos do Serviço Social. Pode-se concluir diante desta pesquisa que o suicídio se dá por traumas gerados ao decorrer da toda uma vida, sendo ela muitas vezes devastadora, pois envolve não só o emocional do ser humano, como o fator físico através do ato de suicidar-se.

Vimos que no decorrer da experiência dos atendimentos nos casos de tentativas de suicídio pelo Serviço Social, o processo de trabalho se modificou diante do movimento dialético cotidiano/embasamento teórico.

No Atendimento, além de propiciar um espaço para melhor conhecermos o usuário, captar suas demandas, e garantir acessos aos serviços de saúde, é também um espaço onde é viável aplicar algumas técnicas dos saberes partilhados para o aprimoramento da intervenção e também uma maior efetividade aos resultados da mesma.

Ressaltamos também, a importância da atenção e cuidado acerca da violência, pois é nos serviços de saúde que ela é cotidianamente aparente, demandando um maior e melhor foco dos profissionais da saúde. No caso dos hospitais de Urgência e Emergência não é diferente, é através deste serviço que as vítimas de violência aportam no sistema público de saúde.

A partir disso, o Serviço Social não deve de forma alguma fragmentar seu processo de trabalho diante das pressões do cotidiano, ou seja, embora a eficiência e a eficácia sejam de suma importância para a dinâmica de trabalho, a efetividade das intervenções realizadas, não pode ser desconsiderada como

fator de excelência ao atendimento ao usuário. Logo, é imprescindível a postura do Serviço Social nos Hospitais enquanto à observação, organização, sistematização referentes aos registros epidemiológicos e nos atendimentos realizados no CAPS.

Na especificidade dos atendimentos às vítimas de tentativas de suicídio no CAPS, não foi possível ser realizada pesquisa de campo com os assistentes sociais nas redes de atendimento como estava proposto desde o começo do projeto, foi feita uma pesquisa bibliográfica e assim foi percebido uma carência na literatura que venha descrever a intervenção do serviço social neste tipo de problemática que foi proposto.

Hoje, entendemos que o suicídio, por se tratar de uma expressão da questão social, é uma demanda recorrente aos assistentes sociais que atuam nos Hospitais de Urgência e Emergências e nos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS).

Sendo assim, este estudo foi importante para identificar a necessidade de realizar novos estudos sobre esta temática, para aprimorar novas fontes de intervenções junto à população e aos serviços envolvidos.

REFERÊNCIAS

BBC BRASIL, OMS **Suicídio já mata mais jovens que o HIV em todo o mundo.** Disponível em:

<http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/09/150922_suicidio_jovens_fd>.

Acesso em: 04/11/2015.

BORGES, VR; WERLANG, BSG; e COPATTI, M. **Ideação suicida em adolescentes de 13 a 17 anos.** Barbarói, Santa Cruz do Sul, n. 28, jan. /jun. 2008, p. 110-123).

BOTEGA, NJ; WERLANG, BSG; CAIS, CFS; e MACEDO, MMK. **Prevenção do comportamento suicida.** PSICO, Porto Alegre, PUCRS, v. 37, n. 3, pp. 213-220, set. /dez. 2006.

BRASIL, **Constituição Federal.** Brasília – DF, 1988. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>.

Acesso em: 15/09/2016.

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

BRASIL, portaria ms nº 1.271, de 6 de junho de 2014, dispõe a **Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública.** Disponível em:

<http://www.pncq.org.br/uploads/2014/qualinews/portaria_1271_6jun2014.pdf>

Acesso em: 16/09/2016

CASSORLA, R. **Psicanálise e surto psicótico:** considerações sobre aspectos técnicos. Trabalho para discussão no Painel “Patologias Graves”, do Congresso Brasileiro de Psicanálise, Rio de Janeiro, 1999. Versão modificada de “Psicanálise do surto psicótico e surto psicótico durante o processo analítico” apresentado no II Encontro Latino-Americano sobre Patologias Graves e 64 “Standing Conference on Psychosis - IPA”, promovido pela SBPRJ em junho 1998.

DURKHEIM, E. **O suicídio:** estudo sociológico. Trad. N. C. Caixeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1982. 340p. (Publicado originalmente em 1897).

FOUCAULT. M. **História da Loucura:** na idade clássica. São Paulo: Perspectiva, 2007.

FREITAS, Terezinha Ferreira. **Suicídio: um problema de saúde pública que atinge pessoas de todas as idades.** Disponível em:

<<http://abp.org.br/portal/clippingsis/exibClipping/?clipping=9840>> Acesso

em:18/10/2015

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 17. Ed. São Paulo: Cortez, 2009.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

LIMA, E. A família em questão. In: **A proteção social no âmbito da família: um estudo sobre famílias do bairro Monte Verde**, p.17 – 27.

LÖWY, M. Um Marx Insólito. In: **Sobre o suicídio**. São Paulo: Boitempo, 2006;
MARX, K. **Sobre o suicídio**. São Paulo: Boitempo, 2006.

Mello Jorge, M.H., Cascão, A. M. e Silva, R. C. **Acidentes e violências: um guia para o aprimoramento da qualidade de sua informação**, Centro da OMS para Classificação de Doenças em Português- Fac. Saúde Pública-USP – Ministério da Saúde – OPAS/OMS, 2003.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001.

MIOTO, R. **Famílias de Jovens que Tentam Suicídio**. Tese (Doutorado em Serviço Social). 277f., 1994. Universidade de Campinas, Campinas, 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)**. São Paulo: Edusp. 1992.

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

PORTAL DA SAÚDE. **Notificação de violência Interpessoal/Autoprovocada**. Disponível em:
<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=15887&catid=197&Itemid=250> Acesso: em 10 de abril de 2016.

SUPRE, Prevenção do suicídio, **estudo multicêntrico de intervenção no comportamento suicida** (SUPRE-MISS). WHO, Genebra, 2001.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3ª. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

SILVA, VF; OLIVEIRA, HB, BOTEGA, NJ; MARÍN-LEÓN, L; BARROS, MBA; e DALGALARRONDO, P. **Fatores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controle**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(9):1835-1843, set, 2006.