

ARTIGO

SUICÍDIO: UM GRITO EM SILÊNCIO

SUICIDIO:UN GRITO SILENCIOSO

SUICIDE:A SILENT SCREAM

Suelem Benjamin Pinto¹

RESUMO

Este artigo apresenta questões que perpassam o suicídio, considerando que este está associado ao sofrimento mental e social. Sabemos que diante do cenário socioeconômico atual, os fenômenos do suicídio encontram-se ainda mais presentes nos diversos espaços sociais, necessitando de intervenção emergencial da política de saúde. E para que esta seja contemplada é necessária uma articulação com as demais políticas intencionando enfrentar os determinantes do processo de sofrimento mental e social, pois entendemos que a integralidade é de elementar importância nesse processo através da superação da fragmentação nos atendimentos.

Palavras-chave: Saúde Mental, sofrimento mental, sofrimento social, intersectorialidade, Saúde pública, gestão.

RESUMEN

Este artículo presenta interrogantes que impregnan el suicidio, considerando que está asociado al sufrimiento psíquico y social. Sabemos que dado el escenario socioeconómico actual, los fenómenos del suicidio están aún más presentes en diferentes espacios sociales, requiriendo una intervención de emergencia por parte de la política de salud. Y para que esto sea contemplado, es necesario articularlo con las demás políticas, pretendiendo enfrentar los determinantes del proceso de sufrimiento psíquico y social, pues entendemos que la integralidad es de fundamental importancia en ese proceso al superar la fragmentación en la atención.

Palabras clave: Salud Mental, sufrimiento psíquico, sufrimiento social, intersectorialidad, Salud Pública, gestión.

¹ Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense - UFF. suelembenjamin@gmail.com

ABSTRACT

This article presents questions that pervade suicide, considering that it is associated with mental and social suffering. We know that given the current socioeconomic scenario, the phenomena of suicide are even more present in different social spaces, requiring emergency intervention by health policy. And for this to be contemplated, it is necessary to articulate it with the other policies, intending to face the determinants of the process of mental and social suffering, since we understand that comprehensiveness is of fundamental importance in this process by overcoming the fragmentation in care.

Keywords: Mental Health, mental suffering, social suffering, intersectoriality, Public health, management.

1- INTRODUÇÃO

O presente artigo tem por objetivo principal analisar o suicídio em suas diversas formas, considerando que este pode estar associado ao sofrimento mental e social.

Para que a política de saúde seja contemplada é necessária uma organização intersetorial com as demais políticas para enfrentar os determinantes do processo de sofrimento mental e social, pois acreditamos que a integralidade é de elementar importância na organização e efetivação dos serviços para que o usuário seja atendido de forma integral, superando a fragmentação.

Aplicamos a pesquisa qualitativa e bibliográfica, que conforme Fonseca (2002) concede uma melhor fundamentação teórica acerca do tema em questão a partir da avaliação cuidadosa de referências teóricas publicadas por via escrita ou eletrônica através de documentos, livros, artigos científicos, textos, sites etc.

Contudo, acreditamos que a análise deste estudo pode contribuir para a prevenção tanto das tentativas de suicídio, quanto do suicídio em si, através de vínculos familiares saudáveis, crença espiritual, estabilidade financeira. Pois, nesse caso, podemos observar que, no cotidiano da vida moderna, a imediatividade das coisas e relações é fortemente presente. Temos a pressão social por uma escolha profissional, por ser bem-sucedido, as relações menos duradouras, acirramento dos conflitos familiares influenciando a instabilidade emocional dos sujeitos, assim como as adversidades da vida, que podem implicar a decisão de se matar ou não.

Expectamos também que este artigo contribua para reflexões sobre o assunto de forma mais aberta, para que o estigma em torno do suicídio e do sofrimento mental sejam eliminados. E que através de uma gestão ativa, propositiva e

transformadora, possamos ter qualidade do serviço prestado e considerar a necessidade da intersetorialidade das políticas sociais e do trabalho em rede para fortalecer uma intervenção integrada para possibilitar melhores respostas às demandas, rompendo com a fragmentação e pulverização das mesmas, propiciando condições mais favoráveis de vida e de saúde para a população.

2 - SOFRIMENTO MENTAL E SOCIAL

Podemos iniciar sobre o foco: “suicídio” trazendo uma questão fundamental para se analisar que é o fato de o suicídio não ser qualquer morte, é uma morte em específico, é uma determinada morte. E não um suicídio em qualquer momento histórico, mas em um momento específico, no bojo de uma sociedade capitalista altamente excludente. Essas duas questões têm implicações bastante sérias que fazem com que pensemos nesse fenômeno, tanto do ponto de vista de como o suicídio acontece e de seus determinantes, quanto do ponto de vista de como lidamos com ele.

Partindo do propósito que a concepção de saúde e as suas práticas são modificadas a partir da dinâmica das relações sociais, tendo sido de total relevância o movimento operário na busca pelo direito à saúde, incorporando a demanda a um sistema de previdência social que, inicialmente, teve um caráter político de manter a lealdade dos operários e evitar conflitos, como forma de consenso e controle, temos uma política de saúde no Brasil, a partir da década de 1920, ligada à previdência social, com atenção voltada para os trabalhadores formais, o que caracterizou a cidadania regulada. Além disso, nesse período, o foco das atividades na saúde se pautava em ações sanitárias e de controle de endemias e epidemias.

A partir da década de 1940, podemos perceber avanços tecnológicos que propiciaram melhorias na medicina, e em 1948, o conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) se ampliou, sendo compreendido para além da ausência de doença. Segundo Bravo (2013, p. 145) em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, para prestar atendimento àqueles que não se encontravam inseridos no mercado de trabalho formal, sendo regulamentada em 1960 a unificação dos serviços de saúde dos trabalhadores enquadrados na Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Bravo (2006, p.25-30) analisou ainda, que a ênfase era ancorada no Instituto Nacional de Previdência e Seguridade Social (INPS), sendo a

saúde custeada principalmente pelos próprios trabalhadores, pela redução de salários, elevação de custo de vida, contribuição dos empregadores e recolhimento de imposto pelo poder público.

Bravo (2006, p.32) analisou que na década de 1970 e 1980 tivemos o avanço do movimento de reforma sanitária, que seguiu em prol do fortalecimento da saúde do setor público. Em 1986, a XVIII Conferência Nacional de Saúde contribuiu para a formulação da Constituição Federal de 1988, onde se conquistou a seguridade social composta pelo tripé: Assistência Social, Previdência Social e Saúde, ficando como ganhos os artigos 196, 197, 198, 199 e 200 inscritos nessa carta Constituinte, garantindo a saúde como direito de todos e dever do Estado, incorporando os princípios de Universalidade, Equidade e Integralidade, bem como diretrizes de Descentralização, Regionalização e Hierarquização e Participação Social, consistindo em um importante avanço social.

Essa proposta sistematizou-se em um Sistema Único de saúde (SUS) previsto na Constituição Federal, regulamentado nas leis 8.080/90 e 8.142/90, incorporando princípios e diretrizes de universalidade, integralidade do atendimento, descentralização de recursos e regionalização, alçando a particularidade de cada realidade. Inclusive, a lei 8.080/90, em seu artigo 3º, estabelece saúde para além dos determinantes físico-biológicos, sobrepondo a simples ausência da doença ou enfermidade. Deste modo, numa análise otimista, Bravo (2006, p.25-78) afirma que a OMS (Organização Mundial da Saúde) trouxe um novo conceito de saúde, tendo um avanço na medida em que passou a considerar a saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consistindo somente da ausência de uma doença ou enfermidade.” (OMS; 2016, s.p.).

Assim, a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (BRASIL, leis, decretos etc.,1990, s.p.). Diante disso, precisamos compreendê-la também em seus múltiplos determinantes, como os econômicos, condições de vida, educação, entre outros, ultrapassando à mera ausência de doenças. Podemos afirmar que a saúde engloba a integralidade de vários fatores, e que estes contribuem para o bem-estar do sujeito. Logo, a escassez de algo pode interferir negativamente no todo do indivíduo.

Desse modo, a história da Reforma Psiquiátrica no Brasil apresenta seus marcos teórico e político também no encontro nacional: 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) que desloca a atenção da doença e passa a focar no indivíduo, resultando em outros encontros: 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental(1987) - crítica à assistência da saúde mental centrada no hospital, caracterizando o modelo médico-psiquiátrico, movimento antimanicomial, 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1992) - aprofundou as críticas ao modelo hospitalocêntrico e formalizou um novo modelo assistencial, diverso não somente nos conceitos, nos valores e na estrutura das redes de atenção, como também nas relações humanas no atendimento ao cliente e família , 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental (2001) - reafirmou a saúde mental como direito do cidadão e dever do Estado, buscou-se uma maior agilidade na criação de serviços substitutivos que garantissem cuidado, inclusão social e emancipação das pessoas e 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental (2010) - Destacou os seguintes problemas a serem enfrentados: excessiva institucionalização e burocratização dos novos serviços na rede de saúde mental.

Com a proposta da Reforma Psiquiátrica na década de 1970, o olhar alterou-se. Mesmo diante da pouca adesão, inicialmente, dos profissionais da saúde mental e da sociedade, houve o direcionamento para o tratamento democrático do sujeito com sofrimento mental, tendo uma ampliação do tratamento para além do problema psiquiátrico, valorizando a cidadania, a dimensão social e cultural da dor do sujeito.

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica iniciou-se em 1978, através de denúncias ao Ministério da Saúde acerca dos abusos e violações dos médicos psiquiatras nos hospitais. A Reforma Psiquiátrica visava à qualidade no atendimento como mecanismo e espaço de tratamento relacionado à prática de inclusão e inserção social, se posicionando contra a ideia de isolamento do louco, partindo do princípio de que tratar não é necessariamente prender, de que este tem o direito de conviver em sociedade e de receber tratamento em meio aberto. Assim, deu origem a diversas manifestações da reforma psiquiátrica que originou conquistas, como a Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei Nº 10.216/01), propondo a proteção aos sujeitos com sofrimento mental e um novo modelo de assistência à saúde mental. Temos também a portaria 336/GM de 19 de fevereiro de 2002, que vem regulamentando a Lei da Reforma Psiquiátrica e serviços substitutos dos hospitais psiquiátricos de internação; a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS);

dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS); leitos e emergências psiquiátricas em hospitais gerais, hospitais-dias e residências terapêuticas, bem como o reforço ao serviço de atenção básica nos serviços de saúde.

Dentro da saúde mental, observamos várias enfermidades. Como podemos observar a seguir os grupos em que as diversas doenças mentais compõem, segundo registro de Araújo; Lotufo Neto (2014 p.70-72): Transtornos Do Neurodesenvolvimento; Espectro Da Esquizofrenia E Outros Transtornos Psicóticos; Transtorno Bipolar E Outros Transtornos Relacionados; Transtornos Depressivos; Transtornos De Ansiedade; Transtorno Obsessivo-Compulsivo e Outros Transtornos Relacionados; Trauma E Transtornos Relacionados Ao Estresse; Transtornos Dissociativos; Sintomas Somáticos E Outros Transtornos Relacionados; Alimentação e Transtornos Alimentares; Disforia de Gênero; Transtornos Parafílicos; Transtornos Relacionados a Substâncias E Adição; Transtornos Neurocognitivos e Transtornos de Personalidade.

Assim, o suicídio em suas diversas formas pode ser associado ao sofrimento mental, relacionado ou não as enfermidades como: depressão endógena, esquizofrenia, alcoolismo, dependência toxica e distúrbio de personalidade, mas também ao sofrimento social. Tem sido comum associarmos suicídio à loucura e está ao termo saúde mental. Tal fato se dá em decorrência de que, em tempos remotos, a loucura trazia como determinante a ameaça à paz social, recebendo como tratamento a exclusão, segregação e punição dos sujeitos considerados loucos.

Assim, uma nova concepção de saúde mental centrada no individuo emerge, oferecendo tratamento humanizado e com qualidade. A “fragmentação do processo de trabalho e esgarçamento das relações entre os diferentes profissionais, com precárias interações nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção” (Ministério da saúde, 2003, p. 6) é um dos fatores que ainda lidamos quando nos referimos a usuário em sofrimento mental, sendo necessário uma política voltada para a qualidade do serviço prestado. E para isso acontecer devemos considerar a necessidade da intersetorialidade das políticas sociais e do trabalho em rede para fortalecer uma intervenção integrada para possibilitar melhores respostas às demandas, rompendo com a fragmentação e pulverização das mesmas, propiciando condições mais favoráveis de vida e de saúde para a população. E para que a política de saúde seja contemplada é

necessária uma organização intersectorial com outras políticas para enfrentar os determinantes do processo de sofrimento mental e social. Pensar a intersectorialidade requer apreender um processo, construção compartilhada entre diversos atores envolvidos, cada qual em sua competência, mas dialogando, estabelecendo vínculos entre executores e gestores das políticas, visando à articulação entre diferentes setores, objetivando também superar a fragmentação e construir uma ação integrada, em prol da garantia do direito de acesso à saúde, pois esta é resultado da produção das múltiplas políticas sociais de promoção de qualidade de vida. Sendo assim, cada setor tem sua função e tem que centrar em sua competência, todavia, cabe ressaltar que, se a saúde tem diversos determinantes, requer articulação das outras políticas para assegurar a sua integralidade, com a organização dos demais setores, cada um contribuindo dentro de sua competência, destacando sua setorialidade, visando complementar a política de saúde e contribuindo para intersectorialidade.

Para a saúde mental, a integralidade é de elementar importância, pois implica organizar e efetivar o serviço para que o usuário seja atendido de forma integral, superando a fragmentação, tendo em vista todos os fatores que implicam no processo de adoecimento. É uma estratégia que vai além da articulação entre setores diversos e requer um atendimento humanizado, reconhecendo o sujeito como ser histórico e as suas necessidades em saúde.

De acordo com Duarte(2010, p.183-196), o modelo reformador da saúde mental traz avanços, através da atenção psicossocial, do fortalecimento do trabalho coletivo, a partir da crítica ao modelo manicomial, porém, ainda estão fragmentadas as ações frente à integralização, territorialização e desinstitucionalização.

Com isso, novos espaços emergem para lidar com o sofrimento mental, que pode ser derivado de problemas dentro do espaço social, podendo utilizar o termo sofrimento social para exemplificar aqueles que surgem ou que se agravam na realidade da sociedade.

Para os Antropólogos Portugueses Pussetti; Brazzabeni(2011, p. 467), o conceito de sofrimento social vem a tona nas últimas décadas como um novo paradigma das ciências sociais e como um olhar mais cuidadoso para as relações profundas entre a experiência subjetiva do mal-estar e os processos históricos e sociais mais amplos. Estes autores esclarecem o sofrimento social, numa perspectiva que resulta de uma violência cometida pela própria estrutura

social e não por um indivíduo ou grupo que dela faz parte, isto é, o conceito refere-se aos efeitos “nocivos” das relações desiguais de poder que caracterizam a organização social. Alude, ao mesmo tempo, ressalta que o mal-estar social vem daquilo que o poder político, econômico e institucional faz às pessoas e, reciprocamente, de como tais formas de poder podem influenciar as respostas aos problemas sociais. “O sofrimento social é o resultado, em outras palavras, da limitação da capacidade de ação dos sujeitos e é através da análise das biografias dos sujeitos que podemos compreender o impacto da violência estrutural no âmbito da experiência cotidiana”.

Podemos perceber então que o sofrimento social deriva deste modo da vida em sociedade, pois os limites e possibilidades da vida formam o sujeito, suas escolhas e decisões, podendo as frustrações a cometer o indivíduo, levando-o ao sofrimento social. Estas se compõem das desigualdades sociais, exclusão, preconceitos, limitações físicas e biológicas, violência, entre outros fatores, intervindo na forma de se sentir o mundo, no seu sentimento de pertencimento social, podendo levar o sujeito ao adoecimento mental e/ou clínico. Vivemos em uma geração marcada por pressões sociais, volume e velocidade das informações, interferindo e influenciando o sujeito em seu pertencimento na sociedade. Outra questão que BAUMAN (2007, s.p.) nos traz é o consumismo que vem intervindo maciçamente nesse contexto, causando um ciclo de satisfação e insatisfação frente às incessantes novidades, que ultrapassam a qualidade do objeto anterior. As relações estão sendo influenciadas, tornando-as frágeis e perdendo a estabilidade, tornando os relacionamentos banalizados com a supervalorização da aparência em detrimento da essência dos indivíduos, sendo relevante o que sentem, para pertencer ou não a essa sociedade.

Assim, a saúde mental dos usuários vai sofrendo a cada dia mais com a gama de informações e necessidades que a impõe, pois consideramos os fatores externos influentes ao processo de adoecimento, sendo o sofrimento mental resultante da vida em sociedade, não tendo somente as causas físicas e orgânicas. Aqui podemos fazer um alerta para que a saúde mental deva preparar-se para lidar com o sofrimento social, construir uma nova identidade, por meio de novas concepções e formas de prevenção, cuidados, acompanhamento, etc. É preciso trazer para o debate a prevenção ao suicídio, na agenda da ação de saúde pública, afinal, uma grande questão vinculada ao suicídio é que a prevenção, de forma

global, é possível. Sendo assim, os comportamentos suicidas podem ser contextualizados como um processo complexo, que pode variar desde a ideia de retirar a própria vida, que pode ser comunicada por meios verbais e não verbais, até o planejamento do ato, a tentativa e, no pior dos casos, a morte.

3- “SUICÍDIO É UMA MANEIRA DE DIZER A DEUS: ‘NÃO PRECISA ME DESPEDIR, EU ME DEMITO” RITA LEE

O suicídio é considerado pelo Ministério da Saúde como um problema de saúde pública, tirando a vida de uma pessoa por hora no Brasil, mesmo período no qual outras três tentaram se matar sem sucesso.

O Suicídio é um termo que surgiu em 1737 por Desfontaine. A sua etimologia está ligada a sui - si mesmo - e cídio relacionado ao termo caedes - ação de matar - ou seja, sua semântica relaciona o ato de matar a si mesmo, ou seja, morte intencional. Pensar o Suicídio ou a tentativa de cometê-lo implica compreender aspectos diversos que conduzem o sujeito ao ato. É possível observar elevados índices de morte intencional ao redor do mundo, sendo mais preciso, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), 800 mil casos de suicídio por ano no mundo, com média de uma morte a cada 40 segundos, e o Brasil está em oitavo lugar dos países com maior índice de suicídio (GELBERT, 2015,p.1-2). Lituânia e Rússia são os países com as mais altas taxas de mortalidade por suicídio: cerca de 40 óbitos por 100 mil habitantes por ano. Em boa parte da Ásia, os números são muito altos. No Brasil, a taxa de mortalidade por suicídio é considerada baixa, de 4,6 por 100 mil habitantes em 2006. Ainda assim, o suicídio mata quase duas vezes mais que a tuberculose e quase tanto quanto o câncer de colo de útero e a infecção por HIV/AIDS (CHRISTANTE, 2010, p.2). Para Gonçalves (2009, s.p.), a cada suicídio ocorrido, 20 pessoas tentam sem sucesso, sendo considerada uma das três principais causas de morte no mundo em pessoas na faixa etária entre 15 e 34 anos. A OMS tem relatado que a média de suicídio aumentou em 60% em 50 anos, principalmente nos países em fase de desenvolvimento. “Estima-se, ainda, que o número de tentativas de suicídio supere o número de suicídios em pelo menos 10 vezes”. (CAIS et al.2006, p.214).

Com isso, suscitamos o questionamento: O que leva uma pessoa ao suicídio ou sua tentativa? “O suicídio resulta sempre da consolidação de emoções negativas

e de estresse”. (CELESTE,2016). Podemos afirmar que são motivos diversos, incluindo o sofrimento social. Até o século XVI, segundo Christante (2010, p.1-3), os fatos se relacionavam a questões religiosas ou filosóficas, podendo ser honra (heroico) ou não, de acordo com as circunstâncias. A depressão, por exemplo, é uma doença que pode levar ao suicídio, porém, não é a principal causa da automutilação (CHRISTANTE,2010,p.2), sendo o comportamento impulsivo e agressivo junto à influência de fatores ambientais importantes nessa análise relacionando à genética (apesar de ainda não ser comprovado cientificamente).

Dessa forma, temos que o suicídio não está atrelado a um único fator, devendo o profissional que atua frente a essa questão, transcender à visão reducionista de suas causas e buscar despir-se dos preconceitos que tal prática suscita, como culpabilizar o indivíduo, considerando-o fraco diante dos problemas que a vida desencadeia ou até mesmo louco. O suicídio é considerado um transtorno psicossocial de causas múltiplas, em que fatores psicológicos, ambientais, biológicos e culturais se relacionam influenciando a saúde mental. Ainda, a utilização de substâncias psicoativas como álcool e outras drogas é frequente na vida de pessoas deprimidas, conforme estudo de Christante (2010, p.1-3), podendo somatizar ao sofrimento social, sendo o uso muitas vezes ligado à fuga da opressão social ou sofrimento individual e familiar. É consenso entre diversos estudiosos da temática do suicídio que, na maioria das vezes, o ‘morrer’ não era a intenção e, sim, o desespero da dor que levou o indivíduo ao ato de se autoviolar.

Conforme Christante (2010, p.1-3), os homens suicidam-se mais que as mulheres, sendo considerado algo cultural, pois a mulher tem o hábito de se expressar mais e dividir suas dores, enquanto o homem é culturalmente visto como forte, afogando tristezas na bebida, influenciando nas tomadas de decisões sobre suas vidas. Estes sexos divergem por vezes na forma como praticam o ato: as mulheres, em grande parte, através de envenenamento ou métodos menos agressivos, que podem ser revertidos, enquanto homens utilizam armas/materiais letais, o que implica a distinção do índice de suicídio também. Quando a maioria das tentativas desse ato ocorre com o gênero feminino, as mortes suicidas, em grande parcela, encontram-se relacionadas ao gênero masculino. Assim, percebemos os valores culturais enraizados na sociedade, em que a figura do homem é concebida como forte, já a mulher como frágil e

sensível. Por mais que essa prática venha se alterando, ainda observamos que a questão de gênero interfere nas tomadas de decisões e na saúde do sujeito. (CHRISTANTE 2010, p.1-3) afirma que o “comportamento suicida é a manifestação de uma dor psicológica insuportável”. Contudo, é possível preveni-lo através de vínculos familiares saudáveis, crença espiritual, estabilidade financeira. Podemos observar que no cotidiano da vida moderna, a imediatividade das coisas e relações é fortemente presente. Temos a pressão social por uma escolha profissional, por ser bem sucedido, as relações são menos duradouras, há o acirramento dos conflitos familiares influenciando a instabilidade emocional dos sujeitos, assim como as adversidades da vida, que podem implicar a decisão de se matar ou não. A concepção de família utilizada neste trabalho é a do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que a concebe para além da unidade econômica, entendendo-a como “núcleo afetivo, vinculada por laços consanguíneos, de aliança ou afinidade, onde os vínculos circunscrevem obrigações recíprocas e mútuas, organizadas em torno de relações de geração e de gênero” (BRASIL, 2005, p. 17).

E família faz bem ou mal a saúde mental? Isso coloca a seguinte realidade que deve ser considerada:

[...] a psiquiatria sabe como são e quais são as consequências dos complexos e dos vínculos ambivalentes que ligam filhos aos pais e vice versa, como esses relacionamentos são cheios de ódios, amores, culpas e conflitos. Como os sentimentos são dissimulados sob a capa das boas intenções, mascarados por doenças psicossomáticas, teatralizados nas chantagens emocionais e assim por diante. (www.psiqweb.med.br)

Um dos avanços que o Movimento de Reforma Psiquiátrica nos trouxe é a priorização da família na participação das demandas que envolvem o usuário em sofrimento mental a fim de transformar a saúde mental, resultando em um novo olhar acerca da “loucura”. Mesmo sendo muito importante a participação da família no processo de acompanhamento, tratamento e cuidados ao usuário em sofrimento mental, é preciso reconhecer que esta também tem suas fragilidades, pois se encontra em uma situação complexa, responsável por uma pessoa que possui necessidades e comportamentos até então desconhecidos, não tendo, muitas vezes, o preparo e apoio suficientes para lidar com esta incumbência.

São diversos os desafios que se apresentam a família do usuário em sofrimento mental, pois ela também se encontra instável em diferentes aspectos, principalmente pela dificuldade no convívio junto a este sujeito que alterna momentos de lucidez com fortes crises e agressividade, situação agravada quando este resiste ao reconhecimento e tratamento do transtorno, o que de certa forma está relacionado ao preconceito e discriminação já tão cristalizados, colocando-se como um dos obstáculos na busca por apoio e orientação.

Emocionalmente, nem sempre nos é visível os sintomas, mas eles existem e muito prejudicam a performance familiar, são as frustrações e angústias geradas pela sensação de fracasso, o sentimento de culpa por se responsabilizar ou não encontrar as causas que provocaram a doença, as brigas e revoltas resultantes do constrangimento de se ter um usuário em sofrimento mental na família e também quando o sujeito é acometido pelo transtorno em determinada fase da vida, sendo que anteriormente existe uma história a ser lembrada constantemente, sendo preciso enfrentar diariamente a sensação de perda. Por isso, não raramente, percebe-se principalmente no membro que se apresenta como cuidador, as consequências resultantes do preconceito, despreparo e desinformação, que se manifestam no isolamento, distanciamento de amigos e familiares, enfim, comprometem-se as relações sociais, muitas vezes por opção do indivíduo que prefere evitar possíveis situações e/ou comentários humilhantes que venham a ocorrer.

Ainda que a Reforma Psiquiátrica traga em seu bojo uma série de medidas que devem ser aplicadas com seriedade e compromisso nos é visível que seus princípios não foram integralmente materializados, cabe ressaltar a ausência de vontade política, onde estes contribuiriam para a cidadania do usuário em sofrimento mental bem como auxiliaria a familiares seus cuidados.

Porém, há de se reconhecer que a saúde mental atualmente traz consigo o resultado de inúmeras lutas de profissionais e usuários que buscam pela efetivação de direitos e atendimento digno e de qualidade, entretanto não se aderiu a esta concepção de forma majoritária, pois ainda hoje estão presentes, os grandes hospitais psiquiátricos que prezam pelo isolamento e segregação do paciente como forma de tratamento.

Além do sofrimento mental temos os condicionantes sociais que levam a sofrimentos sociais, culminando em uma dor psíquica imensa, tendo como

consequência o suicídio, que é uma saída para se livrar dessa dor. Observamos no dia 30 de março de 2017 uma reportagem no SBT Brasil mostrando que profissionais ligados ao batalhão da Polícia Militar a cada 25 dias cometem um suicídio, tendo ocorrido 120 casos nos últimos cinco anos no Estado de São Paulo, apontando como motivos as pressões sofridas na rua e no quartel concomitante com a depressão. Relato de familiares na reportagem apresentam o estigma que a sociedade tem do sujeito como uma pessoa fraca e covarde (EXCLUSIVO..., 2017, s.p.)

Podemos analisar ainda um dos condicionantes sociais que está por trás da morte de uma família que ocupou as mídias no dia 29 de setembro de 2016, sendo possível constatar que o desemprego acirrado pela crise em que o país se encontra ampliou o sofrimento social do Sr. Nabor Coutinho Oliveira Junior de 43 anos, quando o mesmo se viu em descensão social. O trecho a seguir do noticiário do G1 (MENDONÇA, BOECKEL, 2016, s.p.) revela essa constatação. Em uma carta encontrada no apartamento, há relatos de desespero. Em um dos trechos está escrito: 'Sinto um desgosto profundo por ter falhado com tanta força, por deixar todos na mão, mas, melhor acabar com tudo logo e evitar o sofrimento de todos'. A carta foi encaminhada à perícia para confirmar se foi escrita por Nabor. De acordo com o delegado titular da Delegacia de Homicídios, Fabio Cardoso, a polícia não descarta nenhuma linha de investigação, mas uma delas é que o caso pode ter sido um homicídio seguido de suicídio. É perceptível que o suicídio, como uma expressão da questão social, interfere no processo saúde-doença, além do sujeito ter se frustrado, não quis permitir que a família sofresse, cometendo um crime de homicídio seguido do suicídio para se livrar da dor em que se encontrava. Tal afirmativa nos permite relacionar a matéria na página do G1 em 2013: "Estudo liga aumento de suicídios à crise Global", que apresenta a possibilidade de fatores ligados às grandes crises econômicas também podem ser fatores fundantes de aumento no índice de suicídios, pois esses momentos de recessão impactam diretamente o aspecto financeiro da vida das pessoas e as suas relações. Em 2009, houve uma taxa de desemprego de 37% e queda no produto interno de 3% no mundo, reflexo da crise de 2008. Foram diagnosticados cinco mil suicídios a mais do que esperado, segundo pesquisa realizada por pesquisadores das Universidades de Oxford e Bristol, na Grã-Bretanha, junto com colegas da Universidade de Hong Kong, que utilizaram diagnósticos da Organização

Mundial da Saúde (OMS), do Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos (EUA) e do Panorama Econômico Global do Fundo Monetário Internacional (FMI) para fundamentar o estudo (ESTUDO...,2013,s.p.). Os dados acima se referem aos resultados de uma pesquisa realizada em 2013, após a crise de 2008, em que foram analisados dados de 54 países para observar o impacto dessa crise econômica, estimando-se que em 2009 o aumento de suicídio entre os homens aumentou, sendo esse índice maior nos países em que mais ocorre ramo desemprego, o que permite reafirmar o que vimos debatendo nesse estudo. Esses pesquisadores relacionaram àquela estatística ao estresse emocional da recessão. Organizações Não Governamentais (ONGs) de apoio à saúde mental contribuíram com essa afirmativa diante de suas experiências (ESTUDO..., 2013, s.p.), considerando-se que, em países mais pobres, as principais causas de suicídio são a pressão e o estresse por problemas socioeconômicos.

Concluindo assim que são múltiplos os fatores que somatizados podem culminar no suicídio, o que reforça o conceito de que saúde ultrapassa a ausência de doenças, devendo-se observar também os demais condicionantes que propiciam a sua promoção, como o bem-estar mental.

4- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos afirmar que o suicídio é um problema de saúde pública, pois, como já observamos, são diversos os fatores que exercem influência para esse ato, fazendo-se necessário que na Política de Saúde sejam criadas ações de prevenção do suicídio. Por ser este problema uma demanda reprimida, não recebe regularmente a devida atenção da rede, passando, por vezes, despercebido na atenção à saúde, na contramão do proposto pela reforma psiquiátrica, em conjunto com o Ministério da Saúde no tocante à disponibilização de leito psiquiátrico nos hospitais para atender emergências psiquiátricas, evitando a institucionalização precoce dos pacientes.

Assim, o suicídio em suas diversas formas pode ser associado ao sofrimento mental, relacionado ou não as enfermidades como: depressão endógena, esquizofrenia, alcoolismo, dependência tóxica e distúrbio de personalidade, mas também ao sofrimento social. E a prevenção é o ponto inicial da saúde, pois prevenir é menos oneroso financeiramente e psicologicamente para os sujeitos. Evitar a

doença possibilita qualidade de vida. Pensar o suicídio como problema de saúde pública demanda pensar suas causas, já que a saúde é o completo bem-estar do sujeito e o ato de auto mutilação e de tirar a própria vida, alerta que algo não está bem. Esses problemas podem ter origem em diversos fatores, como depressão, baixa autoestima, dores psíquicas causadas por sua relação com o meio onde vive, dentre outros, que não se excluem, mas podem ocorrer concomitantemente.

A família, como mencionado é importante nesse contexto, uma vez que os laços sociais são essenciais na construção do sujeito e para que este se sinta acolhido e supere o sofrimento em que se encontra, por isso o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários como um caminho para prevenir o isolamento, contribui no tratamento do indivíduo.

Concluimos que os gestores e profissionais de saúde devem se pautar em uma rede articulada, uma vez que o conceito de saúde ultrapassa a ausência de doenças, englobando aspectos físicos, culturais, sociais, psíquicos, econômicos, entre outros. Logo, para se alcançar efetividade na Política de Saúde, uma política humanizada, fazem-se necessárias ações intersetoriais, não como negativa da setorialidade, mas reconhecendo a importância das demais políticas públicas para a melhoria dos serviços ofertados, possibilitando o tratamento do sujeito em sua integralidade, rompendo comações pulverizadas e paliativas.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, Álvaro Cabral; LOTUFO NETO, Francisco. A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais: o DSM-5. In: Rev. bras. ter. comport. cogn., São Paulo, v. 16, n. 1, 2014, p. 67-82. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151755452014000100007&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 12 fev. 2017.

AROUCA, Antônio Sérgio da Silva. Democracia é Saúde. In: **VIII CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE**, 8. 1987. Anais... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p.35-42.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Suicídio: informando para prevenir, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. – Brasília:CFM/ABP, 2014.52p.

BAUMAN, Zygmund. **Consumidores da sociedade liquido moderna**. In: Vida líquida. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2007. p. 108-151.

_____, Zygmund. **O estranho da era do consumo: do estado de bem estar à prisão. In: mal estar da pós modernidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, ed. 1998. p.49-61 .

BISNETO, José Augusto; PEREIRA, Ivana Carla Garcia; ROSA, Lúcia Cristina dos Santos.VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org). **Saúde Mental e Serviço Social: O desafio da subjetividade e interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2000.

_____, José Augusto. **Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional da prática**. São Paulo: Cortez, 2007.

BRASIL. **Constituição Federal da republica federativa do Brasil (1988)**. Senado federal. Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas emendas constitucionais de revisão nº 1 a 6/94, pelas Emendas constitucionais nº 1/92 a 88/2015 e pelo decreto nº 186/2008. Título VIII, da ordem social. p.117-134.

_____. Leis, decretos ..., DECRETO-LEI No 2.848, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1940. Código penal. Parte especial, Titulo I, dos crimes contra a pessoa. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm acesso em: 16 julho. 2017.

_____. Leis, decretos ..., LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990. Estatuto da criança e adolescente. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm acesso em: 16 julho. 2017.

_____. Leis, decretos, etc. Lei Nº 8.080, De 19 De Setembro De 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acesso em: 16 julho. 2017.

_____. Leis, decretos, etc. Lei Nº 8.142, De 28 De Dezembro De 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm acesso em 16 julho. 2017.

_____. Ministério da Saúde. HumanizaSus, política nacional de humanização, documento para discussão. Brasília, DF, 2003; 20 p. Disponível em: <http://www.hucff.ufrj.br/servico-social> acesso em: 16 julho. 2017.

_____. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Coleção Para Entender a Gestão do SUS. Brasília: CONASS, 1 ed., v.4, 2011. 223 p.

_____. Ministério da Saúde. O SUS no seu município garantindo saúde para todos. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/download/Cartilha%20Sus%20e%20os%20Municipios.pdf> Acesso em: 16 julho. 2017.

CELESTE, Ana. Os Mistérios do Suicídio. Março de 2016. Psicologia do Brasil. Disponível em: <<http://www.psicologiasdobrasil.com.br/os-misterios-do-suicidio/>> acesso em: 14 junho. 2017.

Conselho Federal de Psicologia. **O Suicídio e os Desafios para a Psicologia** / Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: CFP, 2013

CHRISTANTE, Luciana. Com saída. Unespciência. 2010. Disponível em: <<http://www.unesp.br/aci/revista/ed13/com-saida>> acesso em: 14 abr. 2017.

BRAVO, Maria Inês Souza (et al.) **Saúde e serviço social**. 2 ed., Cortez, Rio de Janeiro, UERJ, 2006.

_____, Maria Inês Souza. **Saúde e Serviço Social no Capitalismo: fundamento Sócio Histórico**. 1 ed., Cortez, São Paulo, 2013

BUSSULA, Danila Aparecida; OLIVEIRA, Dayane Aparecida; VOLPATO, Luci Martins Barbatto. O trabalho do Assistente Social junto aos Portadores de transtorno mental e suas Respectivas Família. 2010. Disponível em: <<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/2169/2349>> 2010. Acesso em: 10 maio. 2017.

DUARTE, Marcos José de O. O campo da Atenção Psicossocial na Política de Saúde Mental e o Serviço Social – **Considerações sobre o Ethos do Cuidado**. In: FORTI, Valeria; GUERRA, Yolanda. (org.) Serviço Social: Temas, Textos e Contextos. Rio de Janeiro: Lumem Juris. Pt 4: sobre o trabalho profissional do assistente social. 2010, p.183-196.

EXCLUSIVO: Um policial militar comete suicídio a cada 15 dias em São Paulo. SBT Brasil. 30 de março de 2017. Disponível em: <<http://www.sbt.com.br/jornalismo/sbtbrasil/noticias/88411/Exclusivo-Um-policialmilitar-comete-suicidio-a-cada-15-dias-em-Sao-Paulo.html> |> acesso em: 31 junho. 2017.

Família faz bem ou mal à saúde mental? Disponível em <<http://www.psiqweb.med.br>> Acesso em: 20 julho 2017.

FONSECA, J.J.S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002

GELBERT, Laura. OMS: suicídio causa uma morte a cada 40 segundos no mundo, Notícias e Mídias, Rádio ONU em Nova York. 10/09/2015. Disponível em: <<http://www.unmultimedia.org/radio/portuguese/2015/09/oms-suicidio-causa-umamorte-a-cada-40-segundos-no-mundo/#.WCot0PkrLIV>> acesso em: 14 julho. 2017

GOMES, Vanessa Gimenes; CAMPOS, Rosana Onocko; FURTADO, Juarex Pereira. Apoio Matricial: estratégia de interlocução na rede de saúde de Campinas/SP. Internet, disponível em: <http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/Apoio_Matricial_estrategia_interlocucao_rede_saude_Campinas_SP.pdf> . Acesso em 16 julho. 2017.

GONCALVES, Gil. Suicídio. Foi utilizada pela primeira vez por Desfontaines. Blog medicina. 2009. Disponível em: <http://guineveremedicina.blogspot.com.br/2009/10/suicidio-foi-utilizada-pelaprimeira.html> acesso em: 14 junho. 2017

MENDONÇA, Alba Valéria; BOECKEL, Cristina. Família é encontrada morta em condomínio na Barra, no Rio. G1, RJ. 29 de setembro de 2016. Disponível em: <http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2016/08/familia-e-encontrada-morta-emcondominio-na-barra-no-rio.html> acesso em: 02 MAIO. 2017.

MORAES, Carlos Antonio De Souza . **O Serviço Social brasileiro na entrada do século XXI: Formação, trabalho, pesquisa, dimensão investigativa e a particularidade da saúde.** cap.3 e 4. Puc- SP; São Paulo. 2016, p.157-266

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. In: WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre. Flórida: Wikimedia Foundation, 2016. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Organiza%C3%A7%C3%A3o_Mundial_da_Sa%C3%BAde&oldid=46764196. Acesso em: 16 julho. 2017.

PUSSETTI, Chiara; BRAZZABENI, Micol. Sofrimento social: idiomas da exclusão e políticas do assistencialismo. Etnográfica, Lisboa , v. 15, n. 3, p. 467-478, jun. 2011
.Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087365612011000300003&lng=pt&nrm=iso. acessos em: 12 julho. 2017.

ROBAINA, C. M. V. **O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental. Serviço Social e Sociedade.** São Paulo, n. 102, abr./jun. 2010, p. 339-351

VASCONCELOS, E.M. (org.) **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira.** Hucitec, São Paulo, 2010.