

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO SERVIÇO SOCIAL

Ana Beatriz Hannibal da Silva

Saúde Mental e Serviço Social: uma análise da assistência prestada às mulheres.

Florianópolis
2024

Ana Beatriz Hannibal da Silva

Saúde Mental e Serviço Social: uma análise da assistência prestada às mulheres.

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao curso de Serviço Social do Centro Socioeconômico da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador(a): Profa. Dra. Luciana Patrícia Zucco

Florianópolis
2024

Silva, Ana Beatriz Hannibal da
Saúde Mental e Serviço Social : uma análise da
assistência prestada às mulheres / Ana Beatriz Hannibal da
Silva ; orientadora, Luciana Patrícia Zucco, 2024.
57 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro
Socioeconômico, Graduação em Serviço Social,
Florianópolis, 2024.

Inclui referências.

1. Serviço Social. 2. Saúde Mental. 3. Gênero . I.
Zucco, Luciana Patrícia .II. Universidade Federal de
Santa Catarina. Graduação em Serviço Social. III. Título.

Ana Beatriz Hannibal da Silva

Saúde Mental e Serviço Social: uma análise da assistência prestada às mulheres.

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social e aprovado em sua forma final pelo Curso de Serviço Social.

Florianópolis, 06 de dezembro de 2024.

Insira neste espaço
a assinatura

Coordenação do Curso

Banca examinadora

Insira neste espaço
a assinatura

Profa. Dra. Luciana Patrícia Zucco
Orientador(a)

Insira neste espaço
a assinatura

Prof.(a) , Dr.(a) Fabiana Luiza Negri
Instituição Universidade Federal de Santa Catarina

Insira neste espaço
a assinatura

Dr.Ale Mujica Rodriguez
Pesquisadore

Florianópolis, 2024.

Dedico este trabalho a minha mãe, Daniane Denize Hannibal, sem ela não
seria possível.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família, principalmente a minha mãe, Daniane Denize Hannibal, sem você nada disso seria possível, obrigada por todo o suporte ao longo dessa jornada. Mãe e pai, vocês tornaram essa experiência possível, ter a oportunidade de estudar na UFSC e me graduar em uma das melhores universidades do país, obrigada.

Agradeço às minhas amigas da casa das 7 mulheres, Camila, Manuela, Lara, Ludmilla e Luiza. Obrigada pelas manhãs de praia, pelas tardes de conversas e as noites de filmes e festas, vocês tornaram essa experiência mais leve e divertida. Sempre vou lembrar de vocês com amor e carinho, obrigada.

As minhas amigas que conheci ao longo da graduação, em especial, Ana e Aline, onde compartilhamos angústias, ansiedades, lágrimas, mas também, alegrias e risadas. Vocês entendem essa jornada melhor que ninguém, obrigada por todo o apoio.

Quero agradecer os professores, que me proporcionaram um ensino de qualidade e crítico, obrigada por todos os ensinamentos.

Também quero agradecer a UFSC por ter me proporcionado experiências maravilhosas, pelas pessoas que conheci, os almoços no RU, a feira nas quartas, por tudo, obrigada UFSC, vou sentir sua falta.

Por fim, quero agradecer a minha orientadora, professora Luciana Patrícia Zucco, obrigada por todos os conhecimentos e orientações ao longo desse processo.

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso se propõe analisar a produção de conhecimento sobre a assistência à saúde mental, com destaque à temática do suicídio, prestada às mulheres pelos/as assistentes sociais, na literatura do Serviço Social. Para tanto, foi realizada uma pesquisa bibliográfica de abordagem qualitativa e de caráter exploratório, utilizando-se da análise temática para organização dos dados. Os resultados revelam uma baixa produção de estudos e referenciais teóricos produzidos pelo Serviço Social sobre as questões relacionadas ao suicídio, principalmente, considerando a perspectiva de gênero e de outros marcadores sociais.

Palavras-chave: Serviço Social 1; Saúde Mental 2; Gênero 3.

ABSTRACT

The present Final Paper's purpose is to analyse the production of knowledge on mental health assistance, prominently on the assistance provided by social workers to women who attempt suicide, in the Social Work academic literature. To this end, a bibliographical research, of qualitative and exploratory approach was carried out, making use of thematic analysis for data organization. The results show a low production of studies and theoretical references produced by the Social Work on issues related to suicide, especially from a gender and other social markers perspective.

Keywords: Social Work 1; Mental Health 2; Gender 3.

LISTA DE TABELAS

[OBJ]

Tabela 1 - Artigos selecionados	33
---------------------------------------	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS - Atenção Primária à Saúde

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CAPs - Centros de Atenção Psicossocial

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas

CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil

CBAS - Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

CF - Constituição Federal

CFESS - Conselho Federal De Serviço Social

CHC - Complexo do Hospital de Clínicas

CT - Comunidades Terapêuticas

eCR - Equipes de Consultório na Rua

eMAES - Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental

eSF - Equipes de Saúde da Família

HG - Hospitais Gerais

HP - Hospitais Psiquiátricos Especializados

HU-UFSC/EBSERH - Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago

INAMPS - Assistência Médica da Previdência Social

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

OMS - Organização Mundial da Saúde

PRIMAH - Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar

PS - Prontos-Socorros

PVC - Programa de Volta para Casa

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

SAES - Atenção Especializada à Saúde

SAMU - Atendimento Móvel de Urgência

SciELO - Scientific Electronic Library Online

Sisnad - Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas

SOE - Sem outra especificação

SRT - Serviços Residenciais Terapêuticos

SUS - Sistema Único de Saúde

TCC - Trabalho de Conclusão de Curso

UA - Unidades de Acolhimento

UBS - Unidades Básicas de Saúde

UFPR - Universidade Federal do Paraná

UMI - Unidade Materno Infantil

UPA - Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
1.1 METODOLOGIA	15
2. SAÚDE MENTAL - UMA BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO	17
2.1 SUS E A ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL.....	21
3. O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE.....	28
3.1 ASSISTÊNCIA PRESTADA À DEMANDA DE TENTATIVA DE SUICÍDIO.....	32
3.1.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PERIÓDICOS.....	34
3.1.2 PROCESSO DE TRABALHO.....	37
3.1.3 DIFICULDADES NA AÇÃO PROFISSIONAL.....	41
3.1.4 SAÚDE MENTAL NA PERSPECTIVA DE GÊNERO.....	45
4. CONCLUSÃO.....	51
REFERÊNCIA.....	53

1.INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) tem como objetivo analisar a produção de conhecimento sobre a assistência à saúde mental, com destaque à temática do suicídio, prestada às mulheres pelos/as assistentes sociais, na literatura do Serviço Social. A escolha desse tema foi motivada após aproximação com tal realidade, durante o estágio realizado no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC/EBSERH), na unidade de Urgência e Emergência Adulta. Durante o período de estágio percebeu-se um alto número de casos de tentativas de suicídio, principalmente na população feminina, o que impulsionou a realização da presente pesquisa.

Abordar à saúde mental a partir da produção de conhecimento do Serviço Social pode possibilitar compreender as demandas que se apresentam às/aos assistentes sociais, como o serviço é organizado pelas equipes e se as tentativas ou o suicídio são objeto da prática profissional e de pesquisa, uma vez que é uma realidade da dinâmica social. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014), por ano, aproximadamente, 800.000 pessoas morrem em decorrência do suicídio. No Brasil, segundo o Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (2021), calcula-se que entre 2010 e 2019 o número de mortes por suicídio foi de 112.230, aproximadamente 12 mil mortes por ano, no qual a região sul destaca-se com as maiores taxas de suicídio entre as regiões brasileiras. Em Santa Catarina (SC), segundo o Boletim Epidemiológico Barriga Verde (2022), no período de 2017 a 2021, foram constatados 3.888 óbitos por suicídio, atingindo, em 2021, a taxa de 13,2 mortes a cada 100 mil habitantes. Na Grande Florianópolis, em 2021, a taxa ficou em torno de 11,0, ocorrendo 121 óbitos por suicídio.

Ressalta-se, ainda, que de acordo com uma pesquisa realizada pela Fiocruz, na pandemia de Covid-19, no período de março de 2021 a fevereiro de 2022, ocorreu um aumento de 28% de suicídios.

A respeito das lesões autoprovocadas, segundo o Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (2021), em 2019, foram registradas 124.709 casos, constatando-se uma maior evidência nas

mulheres, com 71,3% do total de registros. Identifica-se que 46,3 % eram mulheres com idade entre 20 a 39 anos; 47,3% eram mulheres brancas e 42,4% eram mulheres negras. O meio de agressão mais utilizado é do envenenamento com 60,2% dos casos totais, e 40,9% tentaram suicídio mais de uma vez. É importante pontuar que há uma ausência de informação sobre orientação sexual dos indivíduos e população trans na pesquisa.

Destaca-se que os dados acerca do fenômeno do suicídio e sua relação com a população LGBTQIAPN+¹ são escassos. Em uma pesquisa feita por Carvalho et al (2019), que realizou uma revisão de literatura de 14 artigos, não foi localizado nenhum artigo sobre a realidade do Brasil. A pesquisa objetivou analisar as evidências científicas relacionadas à prevalência e fatores associados para o comportamento suicida em minorias sexuais. Identificou-se que a população trans é a mais predominante em relação à ideação suicida e tentativa com uma taxa de 67% e 35,5% respectivamente. Onde o fator de risco que mais se destaca é a discriminação, citada em 10 artigos (71,4%).

Quando se refere às tentativas de suicídio, segundo a OMS (2014), estima-se que para cada suicídio consumado, outras 20 tentativas são cometidas. De acordo com a literatura (Werneck et al., 2006; Stefanello et al., 2008; Alves et al., 2014; Ribeiro et al., 2018; Maronezi et al., 2021; Moura et al., 2022; Dantas et al., 2023), as mulheres são as que mais cometem tentativas de suicídio. Esse fenômeno se relaciona ao 'paradoxo do suicídio', uma definição que descreve que apesar de as mulheres apresentarem maior frequência de ideação e tentativas de suicídio, os homens cometem mais suicídios. Assim, fica evidente que as mulheres são mais impactadas pelo comportamento suicida. Este é categorizado em fatal, suicídio consumado, e não fatal, que se expressa na ideação e tentativa de suicídio. A ideação envolve pensamentos sobre a morte autoprovocada, e a tentativa de suicídio compreende em ações intencionais que podem suceder ou não em uma morte autoinfligida (Dantas et al., 2022).

De acordo com o Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001 - Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança, realizado pela Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde, as mulheres têm uma maior probabilidade

¹Lésbicas; gay; bissexuais; transexuais; travestis; queer; intersexuais; assexuais; pansexuais; não-binário; o + representam a inclusão de outras orientações sexuais e identidades de gênero que não estão mencionadas nas letras da sigla.

de desenvolver algum transtorno mental, apresentando sofrimento psíquico², em função de as diversas atividades que exercem na sociedade facilitarem tal fenômeno. Suas atribuições no espaço privado envolvem a condição de esposa, mãe, cuidadora, etc, que são associadas ao trabalho no espaço público, de modo geral, desigual em termos de oportunidades e salário, discriminatório e violento (Santos, 2009).

Com base nessas informações, é possível afirmar que o comportamento suicida vem sendo um fenômeno presente no Brasil, mas pouco debatido no âmbito do Serviço Social. Entende-se que o suicídio é um tema complexo e um problema de saúde pública, envolvendo uma miríade de motivações, de questões psicológicas a econômicas. Diante de tal cenário, o debate sobre o assunto no âmbito da profissão é um dado a ser considerado, sobretudo com o anúncio da OMS revelando que 90% dos casos de suicídio podem ser evitados através de ações de prevenção.

1.1 METODOLOGIA

No primeiro momento, a proposta era realizar uma pesquisa documental (Lüdke; André, 1986) através dos registros dos atendimentos e relatórios produzidos pela equipe do Serviço Social do HU-UFSC/EBSERH. Este tipo de pesquisa possibilita compreender as informações e os acontecimentos a partir do seu contexto histórico e social, proporcionando um conhecimento ampliado sobre a assistência prestada às mulheres que tentaram suicídio pelos/as assistentes sociais. Entretanto, devido aos trâmites e tempo necessários relacionados ao Comitê de Ética em Pesquisa do HU-UFSC/EBSERH, tal pesquisa se tornou inviável.

Dessa forma, o estudo foi estruturado a partir de uma pesquisa bibliográfica de abordagem qualitativa (Minayo, 2011) e de caráter exploratório (Gil, 2002), para analisar a produção de conhecimento sobre a assistência à saúde mental, com destaque à temática do suicídio, prestada às mulheres pelos/as assistentes sociais na literatura do Serviço Social. Para tanto, inicialmente, foram estabelecidas as

² O conceito de sofrimento psíquico apresenta-se no panorama dos estudos da Psicologia e da Psicopatologia de modo amplo, englobando não só os quadros clínicos próprios dos estudos psicopatológicos como também, as dificuldades e desajustamentos psíquicos em resposta às condições estressantes ou decorrentes dos conflitos cotidianos, caracterizados como hostis à vida humana. Assim, sofrer psicologicamente equivale a não experimentar bem-estar psicológico para viver. (Zanatta et al. 2021, p. 93)

revistas segundo a classificação Qualis³ e as palavras-chave como critérios de inclusão para orientar a coleta de dados. Privilegiou-se as Revistas Qualis A⁴, pois essas são avaliadas por sua excelência nas áreas do conhecimento, produção científica e relevância internacional, sendo o estrato mais elevado de qualidade (seguindo a sequência lógica onde o A1 é o estrato mais elevado e o A4 menos elevado). Posteriormente, para analisar os artigos mapeados, utilizou-se a análise temática. Segundo Bardin (1977), esta técnica consiste na identificação dos núcleos de sentido presentes nos temas, oriundos da categorização do material que constitui o *corpus* da pesquisa.

Para a exposição do conteúdo, o trabalho foi estruturado em seções. Na seção 1, consta esta introdução. Na seção 2, discute-se o histórico da saúde mental para situar momentos históricos que foram fundamentais para a construção de uma Rede de Atenção Psicossocial, como as reformas sanitária e psiquiátrica. Na seção 3, aborda-se a atuação do serviço social no âmbito da saúde e a discussão dos dados coletados. Por fim, na seção 4, são apresentados as considerações finais da pesquisa.

³ É um instrumento de avaliação da produção científica dos programas de pós-graduação, realizado por meio de estratos indicativos de qualidade. Recebem classificações nos seguintes estratos indicativos de qualidade: A1, mais elevado; A2; A3; A4; B1; B2; B3; B4; C - peso zero (CAPES, 2024)

⁴ Ao delimitar as revistas Qualis A, são excluídas da análise as revistas classificadas como Qualis B, produções de movimentos políticos, TCC 's, dissertações e teses.

2. SAÚDE MENTAL - UMA BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO

No Brasil, segundo Freitas (2021), desde a época do império já constata-se valores sobre a saúde mental, onde pessoas que possuíam algum transtorno mental e fossem parte das famílias ricas da sociedade eram deixadas nas Casas de Misericórdia, estas eram espécies de asilos, com o intuito de distanciá-las do convívio social. Naquele período histórico, ter um membro em sua família considerado louco era motivo de vergonha.

É a partir do século XVII que se começou a diferenciar socialmente o que seria uma pessoa normal de uma pessoa não normal, sendo denominado como louco. Essa distinção era realizada com o intuito de retirar da sociedade as pessoas que “atrapalhavam” sua ordem. Portanto, era considerado uma pessoa louca todo indivíduo que se distinguisse dos parâmetros de normalidade instituídos, ou se a pessoa era considerada improdutiva socialmente. A partir disso se criou uma necessidade de acomodar essas pessoas em locais específicos, como uma forma de excluí-los da comunidade, assim se deu a criação dos hospícios (Freitas, 2021).

Somente no século XIX que os indivíduos considerados loucos se tornaram uma questão a ser estudada e tratada, sendo o começo da apropriação da loucura pela medicina. Pinel foi um dos precursores a entender a loucura como doença, possuindo um método de isolamento dos indivíduos da sociedade e do convívio familiar para assegurar uma análise sistemática e prolongada do indivíduo, agora visto como alienado, objetivando uma reeducação moral (Zanello; Bukowitz, 2011)

Em 1841, no Rio de Janeiro, foi criada a primeira instituição no país destinada ao tratamento dos alienados, o Hospício Dom Pedro II, através do Decreto nº 82, mas somente em 1852 que a instituição começou a funcionar oficialmente, tendo sua gestão exercida pela Santa Casa de Misericórdia, uma instituição religiosa. Com a proclamação da República, o Hospício Dom Pedro II foi desligado da Santa Casa da Misericórdia e passou a ser gerido pelo Governo Federal, sendo renomeado como Hospício Nacional de Alienados. (Velloso et al., 2023).

Em 1911 é quando se reorganiza a assistência aos alienados, através do Decreto nº 8.834. A partir disso, o número de manicômios aumentou em todo o país. Dessa forma, por muito tempo, a assistência aos pacientes psiquiátricos se restringiram somente aos manicômios, onde as internações eram involuntárias e realizadas de forma violenta (Freitas, 2021). O modelo manicomial ficou marcado por

maus tratos aos pacientes, tendo como rotina a adoção de eletrochoque, banhos frios, amarração, lobotomia, falta de cuidados com higiene e alimentação etc. Os maus tratos serviam como punições com o intuito de uma reeducação moral do paciente (Zanello; Bukowitz, 2011).

Os manicômios também atuavam como aparelho de opressão de gênero, onde as mulheres eram violentadas, isoladas e invisibilizadas. Se as mulheres apresentassem qualquer aspecto considerado fora do padrão esperado pelos homens, eram internadas (Rangel; Castro, 2023).

Destaca-se que maioria dos hospícios construídos no Brasil eram gestados pela Igreja Católica, e tornaram-se locais para “descartar” os indivíduos indesejados, ou seja, os hospícios passaram a acolher não somente os loucos, mas todos que eram considerados prejudiciais à sociedade, entre eles estavam os leprosos, mendigos, ladrões, prostitutas, opositores políticos, entre outros, portanto, qualquer pessoa que fosse considerada perigosa à sociedade (Freitas, 2021).

À vista disso, entende-se que a concepção de loucura é atravessada por questões sociais e culturais, que são construídas ao longo do tempo. Sendo assim, cada sociedade determina compreensões de normalidade, portanto, tudo que sai da norma determinada é qualificado como anormal (Zanello; Bukowitz, 2011). Apenas na década de 1970 é que se constitui um movimento contra esse modelo manicomial, em meio à discussão da política de saúde pública vigente, denominado de Movimento de Reforma Sanitária Brasileira.

Salienta-se que no Brasil, anteriormente à Constituição Federal de 1988, as políticas de saúde eram voltadas para a recuperação da saúde, havendo uma distinção entre a população com carteira assinada e aqueles considerados indigentes, ou seja, sem carteira assinada. Os trabalhadores formais possuíam a Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), o que assegurava o acesso apenas à assistência médico-hospitalar, uma vez que a compreensão de saúde e, consequentemente, sua dinâmica tinha como referência a perspectiva biomédica. Os indivíduos que não contribuíam com a previdência, utilizavam os escassos serviços públicos de saúde, tal qual hospitais universitários, pequenos centros de saúde ou recorriam, em sua maioria, às instituições filantrópicas (Oliveira, 2022).

Desta forma, o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira lutava por uma transformação no sistema de saúde, com o objetivo de uma política pública de acesso universal, com integralidade, participação social e constituída como direito.

Tal manifestação se apresentava em um cenário de ditadura militar no país e era formada por sindicatos de várias categorias profissionais da saúde, líderes de comunidade, estudantes, docentes, entre outros.

O Movimento Sanitário tinha como pauta política e de discussão a situação da saúde da população, os serviços de saúde pública, a degradação da qualidade de vida da população, além de questionar o conceito de saúde que orientava as ações no âmbito da saúde. Por conseguinte, desenvolveu-se diversos debates acerca de diferentes áreas da saúde, como a luta pela melhoria nos serviços de saúde mental, a realidade institucional e a assistência prestada aos/às pacientes.

Foi a partir deste cenário e pela influência dos ideais do psiquiatra Franco Basaglia (que criticava o modo como os hospícios funcionavam, defendendo uma atuação de reinserção dos pacientes na comunidade), que em 1978 o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) se apresentou como uma resistência à lógica instituída no campo da saúde mental. Este reivindicava uma reforma psiquiátrica, exigindo um modelo antimanicomial, objetivando instituir um novo vínculo entre sociedade, sofrimento mental e instituições. A intenção era gerar uma nova referência de cuidado, onde os pacientes são pessoas ativas em seu cuidado e não um item de intervenção (Sampaio; Bispo Júnior, 2021). Portanto, era um movimento social que almejava a transformação no âmbito da saúde mental e do cuidado dos sujeitos vistos como loucos.

Foi em meio a essa conjuntura que, em 1986, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, com a participação, pela primeira vez, da população organizada. Nesta estavam presentes os movimentos sociais, trabalhadores da saúde e gestores, reivindicando um sistema único de saúde público, de qualidade, com equidade e controlado pela sociedade, através dos conselhos de saúde. Portanto, foi a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde que, em 1988, foi assegurado o SUS na Constituição Federal (CF) como um direito de todos e dever do Estado. A CF de 1988, em seu Art. 198 prevê que:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade. (Brasil, Constituição Federal, Art. 198).

A partir da conquista do SUS na CF ocorreram alguns avanços no âmbito da saúde, como a elaboração do Projeto de Lei 3.657, em 1989, que discutia sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, no qual, tinha como proposta o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental. No entanto, a proposta somente foi aprovada em 2001, sendo transformada na Lei 10.216, que ficou conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica. Esta estabeleceu o fechamento dos manicômios e hospícios espalhados pelo país e a mudança do modelo de tratamento. Em 1990, o Sistema de Saúde previsto na CF foi regulamentado pelas Leis 8.080 e 8.142. E, em 2002, o Ministério da Saúde determinou a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), com o propósito de prestar assistências aos indivíduos em sofrimento psíquico e/ou às demandas resultantes do uso nocivo de álcool e outras drogas.

Por conseguinte, após todo o movimento de luta e com as transformações no âmbito da saúde, o conceito de saúde mental, assim como o conceito de saúde, apresentou uma compreensão ampliada, considerando as condições de vida na sociedade, sendo definida como:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (Anais da 8a CNS, 1986, p. 382).

Logo, entende-se que a saúde mental dos indivíduos não se restringe somente a aspectos psicológicos. Ela é influenciada por aspectos que remetem ao contexto de vida das pessoas e como elas produzem e se reproduzem em sociedade, situando o biológico, o psicológico e o social, ou seja, o sofrimento psíquico implica em diferentes dimensões da vida individual e coletiva em sociedade, que se relacionam entre si, sendo estas culturais, econômicas, políticas, sociais etc. isto é, tudo que nos cerca.

É nesse contexto, que o SUS, em especial a Rede de Atenção Psicossocial, torna-se um serviço de garantia do cuidado à saúde mental. Destaca-se que mesmo com as mudanças na concepção de saúde e saúde mental, através dos movimentos

políticos da Reforma Sanitária e Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, ainda é muito presente métodos controversos para lidar com a saúde mental da população, perpetuando ideais higienistas, como no caso da aprovação do PL N.º 19044/2024, no município de Florianópolis. Este prevê a internação compulsória de pessoas em situação de rua que tenham transtornos mentais ou dependência química, no qual a internação é realizada através do pedido de familiar ou do responsável legal ou, na ausência deste, de servidor público da área de saúde, da assistência social ou dos órgãos públicos integrantes do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas (Sisnad).

2.1 SUS E A ASSISTÊNCIA A SAÚDE MENTAL

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema público, de acesso universal, com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. É constituído como um direito da população brasileira, sendo o Estado responsável por garantir que todos os indivíduos tenham acesso integral e igualitário à saúde sem nenhuma exclusão.

O SUS é fundamentado pelos princípios: da universalização, que prevê a todos/as os cidadão/ãs o direito de usufruir dos serviços prestados; da equidade, assegurando que as diferentes necessidades dos indivíduos sejam atendidas, com vista à redução das desigualdades; e da integralidade, garantindo o atendimento da população como um todo através da articulação da assistência à saúde em todas as esferas e com as demais políticas públicas.

Neste sentido, o SUS prevê de modo articulado a atenção à saúde nos diferentes níveis, sendo estes: a Atenção Primária à Saúde (APS) e a Atenção Especializada à Saúde (SAES), que são divididas em dois âmbitos: média e alta complexidade. Estes níveis de atenção à saúde são estruturados através do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. O SUS tem como princípio organizativo: a regionalização, que considera o perfil socioeconômico, epidemiológico e demográfico da população de cada região, e a articulação dos serviços; a hierarquização, que organiza a assistência à saúde em níveis de complexidade crescente; a descentralização, que redistribui a responsabilidade e poder entre os três níveis de governo: federal, estadual e municipal; a participação social, que prevê a participação da população na

elaboração de estratégias e no controle das políticas de saúde, através dos conselhos e conferências de saúde.

Além dos serviços no âmbito da saúde, o SUS também é responsável por realizar vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental, bem como assistência farmacêutica e fiscalização da qualidade dos alimentos.

No campo da assistência à saúde mental, o SUS possui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), definida pela Portaria 3.088/2011. Esta é formada por variados pontos de atenção, que se articulam entre si na perspectiva de atender pessoas em sofrimento psíquico e/ou demandas resultantes do uso de álcool e outras drogas. É uma rede que atua de forma integrada exercendo ações intersetoriais, visando a assistência ao/à usuário/a em sua totalidade.

A RAPS tem como diretrizes:

I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; III - combate a estigmas e preconceitos; IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; VI - diversificação das estratégias de cuidado; VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos; IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; XI - promoção de estratégias de educação permanente; e XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular. (Brasil, Portaria 3.088, de 2011, Art. 2)

A RAPS é estabelecida por seis eixos de serviços, são eles: I- Atenção Primária em Saúde. II- Atenção Especializada. III- Atenção às Urgências e Emergências. IV- Atenção Residencial de Caráter Transitório. V- Atenção Hospitalar. VI- Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação.

A principal porta de entrada para os serviços em saúde mental é a Atenção Primária à Saúde, que é composta pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Equipes de Saúde da Família (eSF) e Equipes de Consultório na Rua (eCR). As UBS e as eSF têm como objetivo assegurar o acesso inicial à saúde, incluindo os cuidados em saúde mental. Tais cuidados são ofertados através da base territorial, ou seja, localizados nos bairros perto da população, na perspectiva de garantir

ações de promoção e proteção à saúde, podendo ser individuais ou coletivas, com o intuito de gerar uma atenção integral à saúde dos usuários. As eCR são um serviço de atendimento móvel destinado à população em situação de rua, que presta cuidados à saúde, incluindo demandas no âmbito da saúde mental e do uso abusivo de álcool e outras drogas.

A Atenção Especializada é composta pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e pelas Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (eMAES).

Os CAPS são locais que ofertam serviços relacionados à saúde mental e também às demandas resultantes do uso abusivo de álcool e outras drogas, sendo um espaço acessível para toda a população. Existem variadas modalidades de CAPS que se distinguem de acordo com sua tipologia, CAPS, CAPS i e CAPS ad, e seu porte, I para municípios com a população acima de 15 mil habitantes; II para municípios com a população acima de 70 mil habitantes; III para municípios com a população acima de 150 mil habitantes; IV para municípios com a população acima de 500 mil habitantes.

Os CAPS I, II, III e IV são destinados à população adulta, atendendo usuários que manifestam intenso sofrimento psíquico, englobando também demandas consequentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, entre outros casos clínicos que impeçam de formar relações sociais e executar planos de vida. Os CAPS III e IV oferecem outros serviços, como retaguarda clínica e acolhimento noturno, possuindo leitos e funcionamento de 24 horas.

Dentre as modalidades de serviços, o CAPS i é direcionado a crianças e adolescentes que manifestam intenso sofrimento psíquico, englobando também demandas consequentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, entre outros casos clínicos que impeçam de formar relações sociais e executar planos de vida. O CAPS ad Álcool e Drogas é destinado à população adulta que manifesta intenso sofrimento psíquico consequente do uso abusivo de álcool e outras drogas. Por fim, os CAPS ad III e IV oferecem outros serviços, como leitos de hospitalidade e funcionamento 24 horas.

As Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental são constituídas obrigatoriamente por profissionais do serviço social, psicologia, enfermagem, psiquiatria, medicina e terapia ocupacional. Atendem indivíduos que indicam transtornos mentais mais predominantes e de gravidade moderada. Os

principais transtornos são de ansiedade e de humor, bem como de dependência química, onde os usuários são referenciados pela APS e pelos CAPS. As eMAES também possuem classificações, sendo estas de tipo I, II e III, e são diferenciadas de acordo com sua composição e carga horária dos profissionais.

A Atenção às Urgências e Emergências é constituída pelas Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA), Prontos-Socorros (PS), bem como pelos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Salas de Estabilização. São encarregadas de realizar acolhimento, classificação de risco e cuidado nos casos de urgência e emergência dos/as usuários/as com problemas de saúde mental. O SAMU é um serviço de atendimento móvel que atende as urgências em saúde, abrangendo as demandas de indivíduos com transtornos mentais e com o uso abusivo de álcool e outras drogas.

A Atenção Residencial de Caráter Transitório é constituída pelas Unidades de Acolhimento (UA) e pelas Comunidades Terapêuticas (CT). As UA são residências temporárias para indivíduos com demandas resultantes do uso nocivo de álcool e outras drogas, proporcionando cuidado de saúde, com funcionamento 24 horas. É destinado aos/às usuários/as que estão sendo acompanhados pelo CAPS e que se encontram em situação de vulnerabilidade social e/ou familiar e que requerem acolhimento terapêutico e protetivo. Existem UAs para adultos e para crianças e adolescentes. As Comunidades Terapêuticas, por sua vez, são instituições privadas, sem fins lucrativos, que oferecem acolhimento residencial para pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

A Atenção Hospitalar é formada pelas Unidades de Referência Especializadas em Saúde Mental em Hospitais Gerais (HG), os Leitos em Hospitais Psiquiátricos Especializados (HP) e os Leitos em Hospital-Dia. São serviços que proporcionam tratamento hospitalar para situações graves associadas a problemas de saúde mental e a demandas resultantes do uso nocivo de álcool e outras drogas. Tem o intuito de garantir a retaguarda clínica e psiquiátrica, principalmente, em situações de crise, abstinência e intoxicação grave.

As Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação são constituídas pelos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e pelo Programa de Volta para Casa (PVC). O SRT são moradias designadas a prestar cuidados a indivíduos em intenso sofrimento psíquico, que saíram de internações psiquiátricas de longa permanência em hospitais psiquiátricos e de custódia, e que não tenham amparo social e vínculo

familiar. Este serviço possui duas tipologias, que são determinadas pelas necessidades de cuidado dos usuários, SRT tipo I, que acolhe até dez moradores com certa autonomia; SRT tipo II, que acolhe até dez moradores com intenso nível de dependência, principalmente de aspectos físicos, onde precisam de cuidados permanentes. O PVC é um serviço que possui o intuito de desinstitucionalização dos usuários, disponibilizando um auxílio-reabilitação psicossocial, atualmente no valor de R\$755,00. É voltado para indivíduos em sofrimento psíquico que saíram de internações psiquiátricas de longa permanência em hospitais psiquiátricos e de custódia. Tem como objetivo proporcionar a autonomia, aumentar a participação social dos usuários e colaborar na criação de planos de vida.

Dessa forma, compreende-se que a RAPS foi construída com o intuito de estruturar os serviços de saúde mental, pretendendo a integração do cuidado, através da articulação de serviços de base territorial, em variados níveis de atenção à saúde assegurados pelo SUS. Entretanto, a rede tem seus entraves, como: atuação estritamente setorial e, frequentemente, medicalização excessiva do sofrimento psíquico; avanço das comunidades terapêuticas, que são geridas principalmente por instituições religiosas e pelo setor privado, que seguem uma perspectiva de cuidado contrária às estabelecidas nas diretrizes da RAPS; práticas profissionais que perpetuam uma objetificação dos indivíduos em sofrimento mental, como a demanda por internações, a descontinuidade do cuidado e a ambulatorização da assistência, resultando em metodologias de trabalho que sustentam a cultura manicomial (Macedo et al., 2017).

Outro ponto é o subfinanciamento da rede. Nos últimos anos, vem se intensificando a redução do financiamento e do ritmo de implantação de novos serviços, consequentes de uma política neoliberal e conservadora. Tem-se introduzido serviços em saúde mental sem evidências científicas, como a oferta da constelação familiar pelo SUS e o aumento do financiamento para internações psiquiátricas em comunidades terapêuticas. Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), atualmente, existem mais de 1800 Comunidades Terapêuticas no Brasil, que tiveram um aumento significativo de repasse de dinheiro público. Em 2019, somente pelo Ministério da Cidadania, foi repassado mais de R\$81 milhões para as comunidades terapêuticas, com um aumento de 65% do repasse em 2021, chegando a R\$134 milhões. No mesmo período, os CAPS ad tiveram um aumento no orçamento somente de 11%. Essa realidade explicita uma

dinâmica de retrocesso às instituições de lógica manicomial, que reafirmam um rompimento com as bases da Reforma Psiquiátrica Brasileira e uma ameaça de sucateamento dos serviços (Sampaio; Bispo Júnior, 2021).

Para compreender melhor as dificuldades enfrentadas na rede, menciona-se a pesquisa realizada por Sampaio e Bispo Júnior (2021), que avaliou a estrutura da RAPS e o processo de articulação do cuidado em saúde mental, através de entrevistas com gestores, profissionais e usuários, bem como da observação participante e da análise de dados secundários. Este estudo aponta problemas na estrutura e nos serviços assistenciais que agravam a situação dos pacientes em sofrimento mental, dentre eles: o reduzido número de profissionais de saúde mental para o atendimento das demandas, consequentemente, promovendo uma sobrecarga dos CAPS, com formações de longas filas de espera; a confusão na definição de critérios de atendimento para cada serviço; a dificuldade na articulação entre os serviços, interferindo a continuidade do cuidado e favorecendo a fragmentação da rede; o desconhecimento do fluxo e dos componentes da rede pelos/as profissionais; os encaminhamentos de modo formal e burocrático, revelando a desresponsabilização da equipe pelos usuários; a dificuldade das equipes de saúde da família em atender demandas em virtude de preconceito; a frágil formação profissional; a ausência de fluxos e protocolos; a atuação de cunho medicamentoso e médico centrado; as dificuldades no reconhecimento de serviços como constituintes da RAPS, como UPA e SAMU; a centralização do cuidado nos CAPS, como consequência da fragilidade entre os serviços da rede, em conjunto com a sobrecarga de certos serviços. Como resultado, tem-se o atendimento de demandas que não correspondem com o caráter dessas instituições, gerando lacunas no cuidado ofertado.

Dessa forma, compreende-se que a RAPS é uma rede de referência no cuidado e que proporciona a milhares de cidadãos brasileiros o acesso ao cuidado à saúde mental. Entretanto, a partir da conjuntura exposta, entende-se que a RAPS enfrenta diversos problemas e dificuldades, que implicam na qualidade do atendimento e na continuidade no cuidado integral da saúde mental dos usuários. Uma das principais questões é a falta recursos, que irá limitar a ampliação dos serviços e no número de profissionais atuando na rede, onde se torna normal encontrar serviços com falta de profissionais em seus quadros.

Outra dificuldade é a integração dos serviços da RAPS entre outras políticas, como a de assistência, educação, moradia etc. A falta de articulação entre os serviços, impacta na construção de uma rede de apoio e na promoção do cuidado integral.

Salienta-se também, como atuações de caráter medicamentoso ainda se encontram presentes nos serviços, perpetuando uma lógica biomédica no cuidado da saúde mental, e como, a política no Brasil incentiva os serviços privados a atuarem na proteção do cuidado. Ademais, identifica-se na RAPS continuamente uma abordagem generalista, não considerando as especificidades das diferentes populações atendidas. Tal como, a ausência de programas específicos para mulheres em sofrimento psíquico, por consequência, as particularidades de gênero que atravessam esses indivíduos são ignoradas nas ações profissionais. Isso resulta em um atendimento que não leva em conta as diferentes demandas, contextos sociais, culturais e econômicos que influenciam a saúde mental.

Isto posto, compreende-se uma dificuldade de se efetivar a política universal e de direitos estabelecida pelo SUS. Exige-se um olhar crítico para a estrutura da rede, entendendo-se a necessidade de ampliação da rede, integralidade dos serviços, contratação de profissionais, articulação intra e intersetorial, atuação em equipe e educação/capacitação dos profissionais, para que a rede possa de fato ofertar o cuidado integral dos usuários e efetivar uma política de acesso universal.

3. O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

O Serviço Social se constrói como uma profissão no Brasil a partir da década de 1930, vinculada à Igreja Católica. Sua atuação era voltada a uma educação moral dos pobres, sendo esta de natureza filantrópica e caritativa. A profissão se desenvolve em um cenário de avanço do capitalismo monopolista, onde a conjuntura marcava tensão entre classe trabalhadora e Estado/burguesia, em razão das contradições entre capital e trabalho (Iamamoto; Carvalho, 2006). Naquele momento, a profissão se constitui para atender a essas contradições, viabilizando práticas de adequação da população à realidade moral, social e econômica vigente. Atuou, portanto, como um instrumento de dominação para responder às expressões da questão social, entendida como:

(...) expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão. (Iamamoto; Carvalho, 2006, p.77)

Dessa forma, o serviço social se torna uma profissão que mantém a contradição fundante da estrutura do estado nação, pois tem sua atuação ordenada pelos interesses de classes, logo, ao mesmo tempo em que responde às demandas dos trabalhadores, responde as do capital.

Nas décadas de 1940 e 50, a profissão é influenciada pelo Serviço Social norte-americano, que tem suas bases no positivismo, almejando um conhecimento e prática tecnicistas. É somente no final da década de 1960, início de 1970, que ocorre o movimento de reconceituação do Serviço Social, visando a ruptura com as práticas conservadoras. O III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), realizado em 1979, foi um marco para a profissão e ficou conhecido como o “Congresso da Virada”. Nele ocorreu o debate para a reformulação dos conteúdos da formação profissional, na perspectiva teórico-prático e ético político, visando uma teoria social crítica, na adesão aos referenciais marxistas, projetados nas discussões acadêmicas dos anos de 1980.

Com isso, em 1993, a profissão é regulamentada por uma nova Lei (Lei 8662/93) e pela construção de um novo código de ética, que estrutura um novo projeto ético-político da profissão. Este tem como um dos princípios fundamentais o

“Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais” (Código de Ética do/a Assistente Social, 1993). Destaca-se que a profissão não rompe totalmente com o Serviço Social tradicional, portanto, com o conservadorismo, sendo esta uma luta presente na categoria. Em vista disso, entende-se que o objeto de trabalho do assistente social é a questão social e suas expressões, sendo a atuação do profissional determinada por seu contexto sócio-histórico e pelas relações de poder que o atravessa (Iamamoto, 2008).

A área da saúde e da saúde mental tem sido um desses espaços históricos da atuação profissional. A vista disso, quando se olha para o Serviço Social na saúde, constata-se que a profissão trabalha nessa área desde o seu início, sendo um dos campos que mais empregou os/as assistentes sociais. Sua atuação se concentrou especialmente nos hospitais, constituindo-se como Serviço Social Médico (Bravo; Matos, 2006). Na especificidade da saúde mental, o/a assistente social se inseriu nas instituições psiquiátricas, onde exercia um trabalho voltado para educação em relação aos hábitos de higiene, por meio da moralização do sujeito e da família. Suas ações eram subordinadas aos profissionais da medicina, atuando como um suporte destes profissionais, adotando um caráter assistencialista e acrítico (Patriota et al., 2010).

No entanto, após o movimento de reconceituação e das reformas sanitária e psiquiátrica, com um conceito ampliado de saúde referenciando a política de saúde pública, ocorreram mudanças no modelo de assistência à saúde e na atuação do Serviço Social na área. O/a assistente social passa a atuar no enfrentamento das expressões da questão social que afetam a saúde dos indivíduos, inserindo-se em todos os níveis de saúde, desde a atenção básica até a alta complexidade. Na década de 1990, foi reconhecida como profissão do campo da saúde, através da Resolução nº 218/1997 do Conselho Nacional de Saúde e da Resolução nº 383/1999 do Conselho Federal de Serviço Social.

Entende-se que a questão social se expressa em diversos âmbitos e de formas distintas no âmbito da sociedade. Contudo, a área da saúde e da saúde mental possuem particularidades que requerem profissionais que compreendam suas especificidades e as expressões da questão social manifestadas em demandas de saúde da população.

Dessa forma, o exercício profissional do/a assistente social é orientado pelos direitos e deveres amparados no Código de Ética Profissional. No campo da saúde, o/a profissional se insere no processo de garantia do acesso à saúde de modo integral e equânime, promovendo direitos, informação, participação dos indivíduos, articulação com as demais políticas públicas e articulação entre os/as usuários/as e a rede de serviços. Sua proposta é atuar de maneira crítica e reflexiva, analisando o contexto dos/as usuários/as em sua totalidade, promovendo a saúde integral e indo além das atuações imediatistas e focalizadas, por vezes, requeridas pelas instituições.

O CFESS, no documento “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”, destaca que as principais ações a serem realizadas pelo/a assistente social na área da saúde são:

Democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária; Construir o perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários, bem como subsidiar a prática dos demais profissionais de saúde; Enfatizar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes por meio das abordagens individual e/ou grupal; Facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social por meio da criação de mecanismos e rotinas de ação; Conhecer a realidade do usuário por meio da realização de visitas domiciliares, quando avaliada a necessidade pelo profissional do Serviço Social, procurando não invadir a privacidade dos mesmos e esclarecendo os seus objetivos profissionais; Conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais por meio de visitas institucionais, quando avaliada a necessidade pelo Serviço Social; Fortalecer os vínculos familiares, na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde; Organizar, normatizar e sistematizar o cotidiano do trabalho profissional por meio da criação e implementação de protocolos e rotinas de ação; Formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto as informações sociais dos usuários por meio do registro no prontuário único, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas em material de uso exclusivo do Serviço Social; Elaborar estudos socioeconômicos dos usuários e suas famílias, com vistas a subsidiar na construção de laudos e pareceres sociais a perspectiva de garantia de direitos e de acesso aos serviços sociais e de saúde; Buscar garantir o direito do usuário ao acesso aos serviços; Emitir manifestação técnica em matéria de serviço social, em pareceres individuais ou conjuntos,

observando o disposto na Resolução CFESS nº 557/2009.(Conselho Federal de Serviço Social, 2010, p. 44 - 45).

Sendo assim, o exercício profissional do/a assistente social é fundamental para a oferta da saúde integral, promovendo o direito à saúde aos/às indivíduos. Matos, em sua análise sobre o exercício profissional do/a assistente social na saúde, pontua que:

O Serviço Social se legitima na saúde a partir das contradições fundamentais da política de saúde. É nas lacunas, geradas pela não implantação efetiva do SUS que o profissional de Serviço Social vem sendo demandado a intervir. Por meio de sua atuação profissional, o assistente social tem sido o profissional que vem constituindo o 'elo invisível' do SUS. (Matos, 2009, p.58).

Com o objetivo de garantir uma atuação qualificada (Stavizki Junior; Viccari, 2019) é importante pontuar as dinâmicas e limitações institucionais, bem como a necessidade de compreensão destas pelos/as assistentes sociais, pois repercutem em seus processos de trabalho, envolvendo aspectos do espaço sócio-ocupacional, serviços disponíveis na rede e relações de forças que se constituem no cotidiano de trabalho. Compreende-se que os/as profissionais encontram dificuldades em sua rotina de trabalho para realizar ações orientadas pelo projeto ético-político da profissão e o da reforma sanitária, uma vez que as condições econômicas e políticas repercutem na oferta das políticas sociais e dificultam a construção do trabalho com as redes de serviços. Bravo e Matos (2006, p.17) afirmam que “O trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulados aos princípios dos projetos da reforma sanitária e ético-político do Serviço Social.”

Portanto, enfatiza-se a importância de a assistência à saúde realizada pelos/as assistentes sociais ultrapassar a aparência emergencial e burocrática das demandas, bem como apreender as particularidades e condições socioeconômicas que perpassam as relações sociais dos indivíduos, para se aproximar de modo ampliado da realidade, no caso, do processo saúde-doença, particularmente, do adoecimento mental. Nesse sentido, as discussões sobre o suicídio e como este fenômeno se apresenta de modo regional e nacional na contemporaneidade se colocam como central para a pesquisa, assim como as particularidades de gênero e sua relação com o sofrimento psíquico das mulheres.

3.1 ASSISTÊNCIA PRESTADA À DEMANDA DE TENTATIVA DE SUICÍDIO

Este estudo tem com objetivo analisar a produção de conhecimento sobre a assistência prestada pelos profissionais de serviço social a mulheres que tentaram suicídio, através de uma pesquisa bibliográfica.

Inicialmente, foi realizado um levantamento em revistas no âmbito do serviço social classificadas como Qualis A1, A2, A3 e A4, sendo elas: Textos & Contextos (Porto Alegre) (Qualis A1); Katálysis (Qualis A1); Serviço Social & Sociedade (Qualis A1); SER Social (Qualis A2); Em Pauta (Qualis A2); Serviço Social em Revista (Qualis A2); Serviço Social em Questão (Qualis A2); Emancipação (Qualis A2); Sociedade em Debate (Qualis A2); Serviço Social e Saúde (Qualis A3); Serviço Social em Perspectiva (Qualis A3); Praia Vermelha (Qualis A3); Moitará (Qualis A4); Serviço Social em Debate (Qualis A4). Para o levantamento dos artigos, utilizou-se as seguintes palavras-chave: gênero and saúde mental and serviço social; mulheres and saúde mental and serviço social; mulher and saúde mental and serviço social; suicídio and serviço social; tentativa de suicídio and serviço social. Para orientar a composição do corpus, foram definidos os seguintes critérios de inclusão: 1) artigos sobre a realidade brasileira; 2) artigos com título e texto em português 3) artigos com foco na assistência prestada às mulheres pelas/os assistentes sociais a mulheres que tentaram suicídio.

Nesta primeira busca, as revistas Katálysis; SER Social; Serviço Social em Revista; Serviço Social em Questão; Praia Vermelha não apresentaram nenhum resultado. Nas revistas Textos & Contextos (Porto Alegre); Serviço Social & Sociedade; Em Pauta; Emancipação; Sociedade em Debate; Serviço Social e Saúde; Serviço Social em Perspectiva; Moitará; Serviço Social em Debate, foram localizados, respectivamente: 6 artigos (3 repetidos); 2 artigos; 5 artigos (1 repetido); 2 artigos; 4 artigos (2 repetidos); 3 artigos; 3 artigos (1 repetido); 1 artigo; 2 artigos. Dessa forma, ao total, foram localizados 28 artigos, tendo 7 repetidos. Após leitura de títulos e resumos, nenhum respondeu aos critérios estabelecidos.

Portanto, devido à ausência de artigos nas revistas Qualis A de Serviço Social, a busca foi ampliada para a Scientific Electronic Library Online (SciELO) sem nenhuma delimitação de revista, e para a Coordenação de Aperfeiçoamento de

Pessoal de Nível Superior (CAPES), onde foi utilizado o filtro “produção nacional” na busca. Foram aplicadas as mesmas palavras-chave mencionadas acima.

Nesta busca, foram localizados 44 artigos na SciELO, tendo 18 artigos repetidos, mas, após a leitura de títulos e resumos, nenhum se enquadrava nos critérios estabelecidos. Na CAPES, foram localizados 339 artigos, tendo 85 artigos repetidos. No primeiro momento, após a leitura de títulos e resumos, foi localizado 1 artigo que se enquadraria nos critérios estabelecidos, sendo o artigo “Desafios no atendimento a mulheres com risco e/ou tentativa de suicídio em uma maternidade de alto risco” das autoras Larissa Bastos; Silvana Maria Escorsi; Maria Cristina Dias de Lima; Nattany Caruline Santos Rodrigues. Após a leitura do artigo, identificou-se que se tratava da análise da ação profissional de profissionais de saúde de diversas áreas, sem identificar a especificidade da atuação de assistentes sociais.

Portanto, em razão da carência de artigos acerca da temática, foi incluído o artigo mencionado acima e selecionados, através do levantamento feito, artigos que abordassem o processo de trabalho de assistentes sociais nos casos de tentativa de suicídio, sem recorte de gênero. Deste modo, foram selecionados 2 artigos da plataforma CAPES para análise, conforme apresentado no quadro a seguir:

Tabela 1 - Artigos selecionados

Texto	Título do Artigo	Autoria	Palavras-chave	Periódico	Ano*
01	Desafios no atendimento a mulheres com risco e/ou tentativa de suicídio em uma maternidade de alto risco	Larissa Bastos; Silvana Maria Escorsi; Maria Cristina Dias de Lima; Nattany Caruline Santos Rodrigues.	Saúde pública, Suicídio, Mulheres, Tentativa de Suicídio	Revista de Saúde Pública do Paraná	2019
02	O serviço social no atendimento de emergências psiquiátricas: processos de trabalho de assistentes sociais e residentes no	Carlos Stavizki Junior; Eunice Maria Vicari.	Suicídio; Serviço Social; Adolescência; Serviço de Emergência.	Revista Barbarói	2019

	atendimento de pacientes adolescentes com ideação e tentativa de suicídio				
--	--	--	--	--	--

Fonte: Elaboração própria (2024).

* Refere-se ao ano de publicação no periódico

Em decorrência do baixo número de artigos identificados acerca da temática produzidos pelo Serviço Social, questiona-se: como uma demanda tão alta, considerando os números apresentados, não é objeto de pesquisa e de publicações da profissão, uma vez que a saúde é, historicamente, um dos grandes campos de atuação do/a assistente social ? Os/as profissionais não estão trabalhando com a temática? Os/as profissionais não estão publicando? Não é uma temática cara às revistas de Serviço Social? Cabe, ainda, mencionar que tais indagações apontam para a necessidade de continuidade da pesquisa, uma vez que elas se impuseram no transcorrer da construção dos dados.

Para a análise dos dados e discussão dos resultados foi realizado a caracterização dos periódicos, situando a natureza das Revistas, suas classificações no Qualis de acordo com os estratos indicativos de qualidade, bem como instituição vinculada, para, em seguida, adentrar na discussão dos artigos selecionados.

3.1.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PERIÓDICOS

O artigo 01 foi publicado na Revista de Saúde Pública do Paraná, classificada pela CAPES como Qualis B4, tendo como área mãe a Saúde Coletiva. Publicação periódica da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA), por meio da Escola de Saúde Pública do Paraná (ESPP), objetiva divulgar pesquisas sobre os problemas de saúde da população, organização dos serviços de saúde e áreas correlatas. Tem como público-alvo servidores e dirigentes do Sistema Único de Saúde (SUS) e acadêmicos, professores e pesquisadores da área da saúde.

O artigo “Desafios no atendimento a mulheres com risco e/ou tentativa de suicídio em uma maternidade de alto risco” foi escrito pelas autoras: Larissa Bastos, que no período era Assistente Social Residente do Programa de Residência

Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar (PRIMAH) do Complexo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC/UFPR), e bacharela em Serviço Social pela UFPR; Silvana Maria Escorsim, professora do curso de Serviço Social da UFPR Litoral, doutora em Serviço Social pela PUC – São Paulo, tutora do eixo profissional de Serviço Social do PRIMAH – CHC/UFPR na área profissional de Serviço Social; Maria Cristina Dias de Lima, Assistente Social do CHC/UFPR, coordenadora do eixo profissional de Serviço Social do PRIMAH – CHC/UFPR, mestre em Saúde Coletiva pela UFPR; Nattany Caruline Santos Rodrigues, Assistente Social do CHC/UFPR, preceptora na área de Serviço Social no Programa de Saúde da Mulher do PRIMAH – CHC/UFPR, especialista em Saúde da Mulher pelo CHC/UFPR.

O artigo 02 foi publicado na Revista Barbarói, classificada pela CAPES como Qualis B1, tendo como área mãe a Psicologia. Possui periodicidade semestral e é editada pelos Departamentos de Ciências Humanas da Universidade de Santa Cruz do Sul (DCH/UNISC). De caráter interdisciplinar, abrangendo as áreas de antropologia, ciência política, filosofia, psicologia, sociologia e serviço social, objetiva publicar pesquisas que contribuam para a reflexão crítica sobre conceitos, teorias ou métodos que favoreçam novos questionamentos e caminhos para futuras investigações.

O artigo “O serviço social no atendimento de emergências psiquiátricas: processos de trabalho de assistentes sociais e residentes no atendimento de pacientes adolescentes com ideação e tentativa de suicídio” foi escrito pelos autores: Carlos Stavizki Junior, no período, mestrando no programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional - Universidade de Santa Cruz do Sul (PPGDR/UNISC), especialista em Atenção de Urgência e Emergência, realizado no programa de Pós-graduação em Residência Multiprofissional em Saúde - Ênfase em Urgência, Emergência e Terapia Intensiva (APESC/Hospital Santa Cruz), bacharel em Serviço Social pela Universidade de Santa Cruz do Sul; bacharel em Teologia pelo Centro de Ensino Superior de Maringá (CESUMAR); Eunice Maria Vicari, professora do Curso de Serviço Social da Universidade de Santa Cruz do Sul, possui graduação em Serviço Social pela Fundação Educacional do Alto do Vale do Rio do Peixe, mestrado em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e doutorado em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Os periódicos estão localizados na região Sul do país, Paraná e Rio Grande do Sul, no qual, o periódico do texto 01 é submetido a uma instituição de ensino de natureza pública e o periódico do texto 02 é submetido a uma instituição de ensino de natureza privada.

Nos artigos selecionados há uma prevalência de autoras, no artigo 01 todas são mulheres e no artigo 02 somente um homem. Destaca-se que são as mulheres que estão abordando a questão. Expressando, portanto, que os padrões construídos historicamente exercem uma influência na decisão profissional e acadêmica, bem como na escolha por certas áreas do conhecimento e temáticas (Santos; Zucco; Santos, 2022). Ademais, constata-se que a temática a respeito do suicídio não está sendo discutida nas revistas de âmbito do Serviço Social, embora essa seja uma realidade posta aos/às profissionais da saúde e, no caso, ao/às assistentes sociais. Estes/as recorrem a publicações em revistas das áreas de saúde coletiva e psicologia para abordar tal assunto.

O artigo 01, tem como objetivo analisar a ação profissional no atendimento às mulheres com risco⁵ e/ou tentativa de suicídio na Unidade Materno Infantil (UMI) do Complexo Hospital de Clínicas (CHC/UFPR). É denominada como uma pesquisa descritiva e de caráter quanti-qualitativo, onde foram realizados dois momentos de coleta de dados. No primeiro momento, foram realizadas entrevistas, com 10 questões semiestruturadas, com 20 profissionais de diferentes áreas, sendo estes/as: médicos/as, psicólogos/as, enfermeiros/as, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, técnicos/as de enfermagem e auxiliares de enfermagem. No segundo momento, foram utilizadas as Fichas de Notificação de Violência Autoprovocada e registros internos da equipe de Serviço Social da UMI, no período de janeiro de 2016 a janeiro de 2018. As autoras identificaram nos registros internos do Serviço Social da UMI, 31 atendimentos a mulheres com risco e/ou tentativa de suicídio, e nas Notificações de Violência Autoprovocada foram encontradas 12 fichas pertencentes a atendimentos a mulheres com risco e/ou tentativa de suicídio atendidas na UMI, constatando que 19 casos não foram notificados.

⁵ As autoras caracterizam risco de suicídio como: “ideação suicida; automutilação; uso de álcool e outras drogas; transtornos mentais; tentativas de suicídio prévias e/ou tentativa de suicídio atual; histórico de comportamento suicida no núcleo familiar; vítimas de violência doméstica e/ou sexual, entre outras.”(Bastos et al, 2019, p. 45)

O artigo 02, tem como objetivo analisar os processos de trabalho dos Assistentes Sociais e residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Santa Cruz, com ênfase em Urgência, Emergência e Terapia Intensiva, em casos de tentativa de suicídio ou ideação suicida de adolescentes atendidos no Serviço de Emergência. É denominada como uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, onde foram realizadas entrevistas semiestruturada com 6 Assistentes Sociais, sendo 3 ex-residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde com ênfase em Intensivismo, Urgência e Emergência, e 3 Assistentes Sociais do Hospital Santa Cruz.

Após realizar a leitura integral dos artigos e análise dos dados, os mesmos foram categorizados em dois blocos temáticos para a discussão: 1) Processo de trabalho; 2) Dificuldades na ação profissional.

3.1.2 PROCESSO DE TRABALHO

Neste subitem foi trabalhado um dos núcleos de sentido, o processo de trabalho, decorrente do processo de categorização do material e que se apresentou central para a discussão do objeto de pesquisa e, conseqüentemente, para a temática em questão.

No artigo 01, por se tratar de um estudo com equipe multiprofissional da área de saúde, as autoras ao relatarem sobre o processo de trabalho dos/as profissionais não demarcam as especificidades das ações desenvolvidas e apontam para práticas generalistas. A ausência da qualificação das particularidades das ações profissionais pode estar relacionada a uma concepção de saúde que remete ao modelo proposto pela Reforma Sanitária, ou seja, "O trabalho em saúde é sempre realizado por um trabalhador de dimensão coletiva. Não há nenhum perfil de trabalho que dê conta sozinho do mundo das necessidades de saúde, o objeto real do trabalho em saúde." (Bastos et al, 2019, p.51 apud Merby; Franco, 2008, p. 431)

As autoras identificaram três elementos em comum que se relacionavam à organização da assistência prestada às mulheres com ideação suicida e tentativa, que são: acolhimento, atendimento e encaminhamentos. Em suma, a rotina estabelecida na UMI, relatada pelas autoras, dá-se da seguinte forma: as mulheres passam pela triagem ou acolhimento, recebendo uma classificação de risco como resultado da avaliação clínica da enfermagem, para, em seguida, serem atendidas

pela equipe médica. Após esse trajeto no âmbito da instituição, a equipe multiprofissional atende às usuárias, no entanto, as pacientes podem não receber atendimento de todos/as os/as profissionais da equipe, conforme sinalizam as autoras:

Após passar por essas duas etapas, o restante da equipe multiprofissional (psicologia, serviço social, terapia ocupacional, etc.) **possivelmente irá realizar o atendimento** e conforme cada prática profissional serão realizados os devidos procedimentos e encaminhamentos.” (Bastos et al, 2019, p.50-51, grifo nosso)

Ademais, apontam para uma leitura biomédica da assistência prestada, sendo possível considerar que esta era centrada no/a médico/a e no/a enfermeiro/a, sugerindo que a equipe multidisciplinar atuaria como apoio:

[...] o modelo biomédico ainda é hegemônico no processo de trabalho da UMI e que a inexistência de um protocolo que norteie os atendimentos inviabiliza o trabalho em equipe. Tal modelo, que impera nos hospitais ainda hoje, tem sua organização pautada na segmentação dos sujeitos, que são concebidos a partir de suas doenças e, por conseguinte, das especialidades que irão tratá-las. As diferentes profissões, em sua ação profissional em saúde, também reproduzem essa lógica compartimentalizada, atuando apenas de forma restrita. Entretanto, as diversas profissões se entrecruzam num objetivo comum que é o cuidado em saúde, aparentemente segmentado, tendo em vista a lógica da compartimentalização da saúde. (Bastos et al, 2019, p.51)

Explicitam com a pesquisa realizada uma leitura da assistência à saúde mental distante de um conceito ampliado de saúde (Brasil, 1988), perpetuando um processo de trabalho que fragmenta as dimensões da vida em sociedade e reduz a compreensão das relações sociais. Tal fragmentação afeta o cuidado em saúde das usuárias com histórico de saúde mental, em especial com ideação e/ou tentativa de suicídio, pois suas demandas eram atendidas de modo focalizado e biomédico.

as necessidades de saúde expressam múltiplas dimensões – social, psicológica, biológica e cultural, e que o conhecimento e as intervenções acerca desse objeto complexo – o processo saúde-doença – constituem um intenso processo de especialização, a nenhum agente isolado cabe, na atualidade, a possibilidade de realizar a totalidade das ações de saúde demandadas, seja por cada um dos usuários em particular, seja pelo coletivo de usuários de um serviço. (Schraiber et al., 1999, p. 232)

Entende-se que para realizar o cuidado e a assistência em saúde de forma qualificada e integral dos indivíduos é imprescindível um atendimento e acompanhamento multiprofissional às usuárias.

No artigo 02, o/a autor/a constataram que a equipe de serviço social que atua no serviço de Emergência desenvolveu um fluxo de trabalho para os casos relacionados à saúde mental, sinalizando que:

Observa-se que a atuação dos profissionais de Serviço Social, em casos de Saúde Mental no Serviço de Emergência, baseia-se no pragmatismo, visando a construção de um fluxo de atendimento capaz de efetivar o acolhimento, planejamento, encaminhamentos e o monitoramento do caso. (Stavizki Junior; Viccari, 2019, p. 118)

O fluxo de atendimento se estabelece da seguinte forma: passo 1 - Acolhimento/Atendimento com o/a paciente e familiares/responsáveis, objetivando compreender a situação sócio familiar, escolar e de saúde dos/as adolescentes. Passo 2 - Levantamento de Informações, quando é realizado o contato com os serviços da rede (Rede de Saúde Mental, eSF e Assistência Social), para apurar se existe algum acompanhamento à família e/ou ocorrências anteriores de episódios psiquiátricos do/a paciente. Passo 3 - Planejamento, quando ocorre as discussões dos casos, principalmente com a psicologia e a equipe médica. Passo 4 - Encaminhamentos, que objetivam assegurar a continuidade do tratamento e criar um fluxo de referência e contra-referência com a rede. Os principais encaminhamentos, normalmente, são para o CAPSi e o setor da Assistência Social do município, mas também possuem casos de encaminhamentos para Conselho Tutelar e Ministério Público. Passo 5 - Monitoramento, que consiste nas ações de orientações para os/as pacientes e familiares/responsáveis, disponibilizando assistência até a alta hospitalar. O/a autor/a ressaltam que a efetivação do fluxo de atendimento varia de caso para caso, de acordo com sua complexidade, tempo de permanência no serviço e adesão ao tratamento.

Pontuam, ainda, que o serviço social promoveu uma comunicação positiva entre o serviço de Emergência com a rede de saúde mental, especialmente com o CAPSi, e que isso se deve pela pouca rotatividade de profissionais nos serviços, podendo assim construir um fluxo entre os serviços. Soma-se a isso, a realização de *rounds* multiprofissionais no âmbito institucional para as trocas de conhecimentos com profissionais de outras áreas. O/a autor/a destacam a importância do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde para a formação profissional e a inserção da atuação do Serviço Social em um serviço de Emergência com foco na saúde mental, passando a ser um profissional de referência dentro do serviço.

A vista dos aspectos mencionados pelo/a autor/a, os mesmos podem indicar que o estabelecimento dessas ações contribuíram para uma assistência efetiva, na medida em que demonstraram o estabelecimento do/a assistente social como um profissional de referência no serviço, em conjunto, com a construção de um fluxo com a rede de saúde, operando a intersectorialidade. Segundo Amarante:

[...] princípio da intersectorialidade, isto é, de estratégias que perpassem vários setores sociais, tanto do campo da saúde mental e saúde em geral, quanto das políticas públicas e da sociedade como um todo. Em outras palavras, os serviços de atenção psicossocial devem sair da sede dos serviços e buscar na sociedade vínculos que complementem e ampliem os recursos existentes. Deve articular-se com todos os recursos existentes no campo da saúde mental, isto é, com Rede de Atenção à Saúde Mental [...], e no campo da saúde em geral [...] ou no âmbito das políticas públicas em geral [...], e, finalmente, no âmbito dos recursos criados pela sociedade civil para organizar-se, defender-se, solidarizar-se. As políticas de saúde mental e atenção psicossocial devem organizar-se em “rede”, isto é, formando uma série de pontos de encontro, de trajetórias de cooperação, de simultaneidade de iniciativa e atores sociais envolvidos. (Amarante, 2011, p. 86)

Diante do exposto sobre as duas realidades analisadas pelos textos, identifica-se que possuem processos de trabalho distintos e outros similares. Os aspectos em que se diferem são no levantamento de informações, planejamento e discussões de casos, sendo que no texto 01 não está explicitada tal dinâmica na execução da assistência prestada. A sistematização das informações permite compreender o histórico de saúde do/a paciente, bem como planejar estratégias e intervenções necessárias para cada demanda apresentada; a discussão de caso possibilita que se compartilhe diferentes percepções sobre as situações, com olhares específicos de cada profissão, contribuindo para a compreensão do sujeito como um todo. Estes dados podem estar relacionados ao fato de a organização do serviço não prevê-los de modo sistematizado ou não se constituir em objeto da análise, o que impossibilita visibilizar a compreensão das demandas, risco de reinternações, divergência de atuações, continuidade do cuidado, atendimento de demandas, entre outros.

Os processos que possuem similaridades são as ações de acolhimento, intervenção e encaminhamentos, que são elementos de suma importância para a efetivação da saúde do/a usuário/a. A ação do acolhimento possibilita ter um primeiro contato com o/a usuário/a, onde se procura estabelecer um vínculo, focando na escuta das demandas e na sua compreensão, no qual se torna um

momento essencial para estabelecer uma confiança entre o/a usuário/a e o/a profissional.

O atendimento prevê as intervenções necessárias, identificadas no acolhimento, objetivando o atendimento integral da saúde do usuário/a, sendo primordial estabelecer qual a finalidade e objetivo da intervenção. Os encaminhamentos possibilitam que o usuário seja direcionado para um serviço específico que irá atender suas necessidades e dando a continuidade no seu processo de cuidado à saúde. Nesse sentido, o encaminhamento é um instrumento de efetivação do tratamento.

Uma ação não citada em nenhum dos dois artigos é o registro das informações sobre o processo saúde doença dos/as usuários/as e da atuação desenvolvida no âmbito da instituição. Entende-se que ao documentá-las é possível realizar a organização das intervenções e uma análise crítica sobre as mesmas, através da sistematização da prática prestada pela Equipe e pelo Serviço Social. Tal ação asseguraria o processo investigativo, ou seja, a análise dos elementos coletados, viabilizando a compreensão da realidade social posta pelo/a usuário/a, de sua família e suas dinâmicas, logo, das demandas e elaboração das intervenções necessárias, o que assegura o acesso à saúde. Sendo assim, os registros das informações se tornam um instrumento importante de avaliação e planejamento dos casos, sendo essencial para efetivar uma assistência qualificada.

Destaca-se que pelos dois espaços de trabalho analisados serem serviços hospitalares, os atendimentos, em sua maioria, são mais rápidos, devido à alta demanda e à necessidade de rotatividade dos leitos, onde se constata uma exigência por resolutivas mais imediatas. Desta forma, salienta-se que é essencial que as atuações dos assistentes sociais necessitam ultrapassar a aparência emergencial e burocrática das demandas, apropriando-se das particularidades e condições socioeconômicas que perpassam os/as indivíduos/as para não recair em ações pontuais e limitadas ao adoecimento mental e suas expressões.

Em vista disso, constata-se que a assistência prestada pelos/as profissionais dos serviços hospitalares aos usuários com ideação e/ou tentativa de suicídio, ocorre através do acolhimento, do atendimento e do encaminhamento dos/as pacientes.

3.1.3 DIFICULDADES NA AÇÃO PROFISSIONAL

Este subitem discute sobre as dificuldades na ação profissional frente a demandas de ideação e/ou tentativa de suicídio, que impactam diretamente na efetivação da assistência a esses indivíduos.

No artigo 01, a partir das entrevistas, constatou-se diversas dificuldades para a efetivação do cuidado com as usuárias. Identifica-se que um dos principais problemas é a fragmentação do trabalho multiprofissional, os/as profissionais entrevistados/as relataram que cada profissão se limita a si mesma, destaca-se os seguintes relatos:

Ainda temos muita dificuldade de trabalhar a questão multi, muita dificuldade, mesmo com a residência já estando aí há quase 10 anos. Acaba que cada um faz o seu [...] Eu acho que a grande dificuldade que a gente tem ainda é o acionamento da psiquiatria. Primeiro que não podemos fazer, quem tem que fazer é o médico, isso já é a primeira barreira” (informação verbal - Bastos et al, p. 50, 2019)

[...] então se você focar em fazer seu trabalho o mais rápido possível, o mais preciso possível, não precisa saber exatamente a história, mas você sabe que você faz parte desse contexto e que você tem que ajudar sendo mais clara, mais objetiva, mais rápida, o máximo que você puder, porque logo depois você tem outro profissional e ele também tem a parte dele para ser feita” (informação verbal - Bastos et al, p. 51, 2019)

Dessa forma, compreende-se que uma atuação profissional fragmentada trará consequências, no qual, o/a profissional terá uma compreensão limitada sobre as usuárias e suas demandas, o que ocasiona em uma assistência fragilizada e, por vezes, ineficiente, tendo como consequência o seu retorno ao serviço. Esse cenário é uma consequência direta da ausência de discussões de casos entre os profissionais, como citado no bloco anterior.

Outra questão latente identificada pelas autoras é a queixa dos profissionais a respeito da inexistência de um fluxo e a falta de orientações para realizar intervenções acerca dessas demandas no ambiente hospitalar. Como resultado, apontam que ocorrem divergências a respeito das intervenções entre os/as profissionais e até mesmo casos de não atendimento às pacientes. A falta de conhecimento na atuação com essa população pode refletir em uma compreensão estigmatizada por parte dos/as profissionais em relação a essas mulheres, como pode ser observada em suas falas: “A dificuldade é que algumas entram em surto e acabam **contaminando a paciente** que está mais próxima. Então, por isso que é a

importância (sic) delas terem um lugar mais reservado para elas" (informação verbal - Bastos et al, p. 54, 2019. Grifo nosso).

A ação de isolar as pessoas em sofrimento psíquico ainda permanece uma realidade nas instituições e explicitam:

(...) uma leitura rasa, pela perspectiva do senso comum sobre o assunto, relacionando o suicídio a problemas exclusivamente de ordem psiquiátrica, sugerindo o isolamento do convívio social por serem "perigosos", além disso esta é uma visão negativa sobre a mulher que acessa a maternidade por risco e/ou tentativa de suicídio, que se acentua quando ela é gestante. Essa forma de conceber indivíduos com questões de saúde mental é ultrapassada, e se persegue a sua superação desde a instituição do novo modelo de direcionamento da política de saúde mental no Brasil, a partir da Reforma Psiquiátrica em meados dos anos 70 (Bastos et al, p. 54, 2019)

Outros aspectos levantados pelas profissionais, que é importante destacar, são as condições de trabalho precárias, pela falta de profissionais e de materiais de trabalho, resultando na sobrecarga de trabalho, consequentemente, impactando diretamente a atuação profissional. Importante pontuar acerca dessa questão que, além da falta de contratação de novos profissionais, o trabalho precarizado também está relacionado à precarização dos vínculos trabalhistas, ocasionando na alta rotatividade dos/as trabalhadores, repercutindo na continuidade e eficácia dos serviços. Por fim, também, citam a dificuldade de preenchimento de notificação de violência autoprovocada, que demonstra a falta de conhecimento e despreparo por parte dos profissionais perante a atuação ao paciente com ideação e/ou tentativa de suicídio, e o desinteresse da instituição em promover educação permanente acerca do assunto.

No artigo 02, enfatiza-se algumas dificuldades mencionadas pelo/a autor e autora, como a pressão por intervenções rápidas, por se tratar de um serviço de Emergência e possuir uma dinâmica premente, mais "célere". Soma-se a esta as condições físicas da instituição, como espaço inadequado para os atendimentos, onde não possuem um local que garanta o sigilo profissional. Mesmo o sigilo sendo um direito da população, esse cenário ainda é muito comum nos serviços hospitalares. Na maioria dos casos, os/as profissionais não possuem uma sala própria para atendimento, dificultando não somente a efetivação do sigilo profissional, mas o atendimento prestado, pois está sujeito a interrupções, ao desconforto dos/as usuários/as para relatar seu caso, a moralização da situação em

que o paciente se encontra, entre outros. Segundo o CFESS, o dever do sigilo é estabelecido em duas razões:

(...) a primeira seria à dignidade da pessoa humana, cuja intimidade deve ser preservada na relação de confiança que deve existir entre assistente social e usuário. Por outro lado, uma base importante do segredo profissional se deve à facilidade com que o assistente social tem acesso à esfera íntima do outro, em um momento extremamente vulnerável, vez que este acesso à intimidade do usuário se produz em circunstâncias de indefesa e dependência do usuário em relação ao assistente social. A segunda seria o respeito ao princípio do bem comum, como forma de garantir o necessário respeito à intimidade do usuário, cuja consequência seria a não inibição dos mesmos à procura de ajuda em situação adversa de suas vidas. (Parecer Jurídico do CFESS nº 06/2013).

Outro ponto mencionado foi que, mesmo o serviço tendo uma boa vinculação com a rede, principalmente com o CAPSi, como mencionado anteriormente, ainda encontram dificuldades em estabelecer um segmento de referência e contra-referência dos casos, o que acaba interferindo no monitoramento de possíveis internações futuras. Além disso, reafirmam o despreparo dos/as demais profissionais no atendimento a essas demandas e sua estigmatização.

A própria questão do suicídio ainda é vista com preconceito, estigmas e incertezas para as equipes de saúde. O Assistente Social, em sua atuação profissional, deve atentar-se para as condutas dos demais trabalhadores, evitando que a falta de informação dos profissionais de saúde prejudique o manejo ou a adesão do paciente ao tratamento. Esta tarefa foi apresentada como complicadora na atuação do Serviço Social em um Serviço de Emergência, diante da constante necessidade de conquista por espaço profissional. (Stavizki Junior; Viccari, 2019, p. 127)

Portanto, diante dos desafios relatados, observa-se que os profissionais do artigo 01 possuem uma falta de conhecimento sobre a temática do suicídio e, ainda, perpetuam pensamentos estigmatizados acerca dessas demandas. Nesse sentido, torna-se essencial a educação permanente para esses profissionais e a construção de um fluxo para atender as demandas. Da mesma forma, necessitam atuar em equipe multiprofissional, onde suas ações são discutidas e compartilhadas por todos os/as profissionais, rompendo com a lógica biomédica estabelecida no local, e atendendo os indivíduos em sua totalidade.

De forma distinta, no artigo 02, nota-se que a existência de um fluxo estabelecido pelas assistentes sociais para o atendimento de casos de ideação e/ou tentativa de suicídio, ainda que os/as profissionais se deparem com desafios,

conseguem prestar uma assistência de qualidade para os/as usuários/as. Estes buscam compreender os/as usuários/as e suas demandas, discutem os casos com outros/as profissionais, planejam seus atendimentos e possuem um fluxo com a rede para dar continuidade no cuidado. Nesse sentido, fica evidente que o conhecimento acerca do assunto é essencial para uma atuação ampliada em saúde, de acordo com o previsto na RAPS/SUS.

Isto posto, entende-se que a inserção de assistentes sociais nas equipes multiprofissionais na área de saúde mental tem a possibilidade de analisar e atuar nos casos com maior amplitude, ultrapassando o âmbito biológico, compreendendo o/a usuário/a em suas diferentes dimensões de sua vida - individual e coletiva -, isto é, tudo que o/a cerca, em sua totalidade. Ou seja, a atuação do/a assistente social em serviços de saúde mental contribuem para a qualificação e efetivação da atenção integral prestada aos/às usuários/as.

É importante destacar que esperava-se uma discussão considerando a leitura dos estudos feministas e de gênero nos artigos, entretanto, tal abordagem não foi identificada. Tal expectativa teórica se deve ao fato de as mulheres, como visto anteriormente, serem o segmento da população com maior índice de tentativas de suicídio. Indaga-se, portanto, quais questões de gênero perpassam o sofrimento psíquico? Qual a contribuição dos estudos feministas e de gênero para a área da saúde mental e o que possibilita explicitar? Estes questionamentos orientaram as discussões que seguem.

3.1.4 SAÚDE MENTAL NA PERSPECTIVA DE GÊNERO

A utilização da categoria gênero evidencia as diferenças no modo como as mulheres e homens se constituem e estabelecem suas relações na sociedade, que associadas a outros marcadores da diferença podem contribuir para a compreensão sobre o sofrimento psíquico (Santos, 2009). Desse modo, entende-se que a categoria gênero ultrapassa o sentido de sexo, sendo socialmente construída e explicitando dimensões da opressão e vulnerabilidades das mulheres nas sociedades ocidentais. Para Scott (1991), compreende-se o gênero a partir de dois momentos que se relacionam entre si. 1) O primeiro aponta para a constituição das relações sociais pautada nas diferenças entre os sexos, envolvendo quatro elementos conectados, a saber: I - Símbolos de aspecto cultural acessíveis, tal qual

Eva e Maria, como símbolo da mulher; II - Conceitos normativos, que são retratados através da religião, educação, política, entre outros, de teor binário, ou seja, o feminino e o masculino; III - Instituições e organizações sociais, como o parentesco, mercado de trabalho, educação, sistema político, economia; IV - Identidade subjetiva, que ocorre nas relações com os/as outros/as, segundo a dinâmica instituída pelas sociedades (Freitas, 2017). Logo, a categoria gênero possibilita explicitar que as identidades de gênero são sociais e historicamente construídas. O segundo momento remete a forma de significar as relações de poder, ou seja, o gênero, a partir desta concepção, indica a distribuição desigual de poder, situando a construção de inferioridade da mulher na sociedade, bem como os interesses e os feitos masculinos, que hierarquizam o feminino nas relações sociais.

Em vista disso, entende-se que o gênero perpassa o sofrimento psíquico dos indivíduos. Nesse sentido, o sofrimento psíquico das mulheres e dos homens também estaria, de certo modo, relacionado ao modo como o feminino e masculino se constituem, assim como ao binarismo de gênero imposto pela nossa sociedade. Algumas pesquisas (Zanello; Bukowitz, 2011; Zanello; Fiuza; Costa, 2015) ilustram tal concepção e situam a discussão no campo acadêmico e na realidade social.

O estudo de Zanello e Bukowitz (2011), realizado através de visitas ao setor de internação de um hospital psiquiátrico, evidenciam como os valores e estereótipos de gênero se mostram na quebra psíquica⁶ dos indivíduos. No decorrer destas visitas foram realizadas 22 entrevistas abertas, sendo 12 mulheres e 10 homens. As autoras identificam que 77% das falas das mulheres são voltadas para os relacionamentos, principalmente amorosos e familiares; 71% dos relatos dos homens são voltados para assuntos envolvendo virilidade, especialmente nos aspectos sexuais e laborais. Apontam, com isso, que o sofrimento psíquico grave dos indivíduos é desenvolvido por valores estereotipados de gênero.

Em outro estudo, publicado em 2015, Zanello, Fiuza e Costa realizaram 15 entrevistas com usuários de um CAPs, sendo 8 homens e 7 mulheres. O objetivo era identificar os valores de gênero presentes no sofrimento psíquico dos indivíduos. Nesta pesquisa, as/o autor/as identificaram no discurso das mulheres sentimentos

⁶ “Em termos epistemológicos, o uso do termo “quebra psíquica” parte de um pressuposto de definição e interpretação da “loucura” sob um viés da subjetividade, abrindo vias para o uso do conceito de loucura enquanto “sofrimento psíquico grave” e o uso de uma semiologia simbólica. Isto é, faz-se fundamental, dentro desta visão, a participação da cultura e do contexto social.”(Zanello, Bukowitz, 2011, p.20)

de sofrimento por não conseguirem realizar os afazeres domésticos e prestarem os cuidados maternos, bem como pelos interditos que geram silenciamento e pelo padrão de beleza vigente na sociedade. Nos discursos dos homens se fez presente questões relacionadas à virilidade, principalmente nos aspectos laborais, por não conseguirem mais trabalhar, e sexual. Portanto, segundo Zanello, Fiuza e Costa (2015), os resultados encontrados mostram que o sofrimento psíquico se manifesta de modo particular entre homens e mulheres, onde as questões precursoras do sofrimento são influenciadas pelos estereótipos de gênero, assim como no estudo de Zanello e Bukowitz (2011).

Os estereótipos de gênero se fazem presentes em ambas as pesquisas, apontando para a reprodução de uma dinâmica social, independentemente do período e do campo da pesquisa, corroborando a compreensão de que as identidades de gênero são socialmente construídas. Zanello e Bukowitz afirmam que:

Os estereótipos sustentam a desigualdade e relação de poder hierárquica entre os gêneros. Além disso, reafirmam os valores sociais e constituem espaço privilegiado na formação identitária das pessoas de uma sociedade: pessoas que não se adaptam aos estereótipos de gênero são consideradas anômalas, marginalizadas. (Zanello; Bukowitz, 2011, p.6)

Logo, assim com Dantas et al. (2022), entende-se que o sofrimento dispõe de caráter histórico e de relações entre os sujeitos e a realidade social, que são atravessadas por questões de poder e dominação, relacionadas a uma cultura patriarcal, racista, sexista e cisnormativa, reafirmando as discussões de gênero. Estas se apresentam no campo da saúde mental, especialmente voltadas às funções reprodutivas, como gravidez, parto, puerpério e menopausa. Há, portanto, um conceito simplista e biologizante da saúde mental das mulheres (Santos, 2009), reproduzindo que as ações, segundo a perspectiva biomédica, voltadas habitualmente às mulheres, voltem-se à psiquiatrização, à patologização e à medicalização (Alves, 2018).

Tal abordagem se torna preocupante, pois as mulheres possuem mais chances de desenvolver transtornos mentais e de se manterem em tal realidade. De acordo com a pesquisa de Rabasquinho e Pereira (2007), que objetivou analisar os transtornos mentais e sua variável entre os gêneros, nos/as usuários/as atendidos/as no serviço de psicologia do Departamento de Psiquiatria e Saúde

Mental do Hospital Amato Lusitano, há uma prevalência de transtornos entre as mulheres. Dos/as 483 usuários/as que fizeram parte do estudo, 59,6% são mulheres e 40,4% homens, 5% apresentaram como diagnóstico principal Perturbações de Humor⁷ e 4,9% diagnóstico secundário de outra perturbação, destes 72,9% eram mulheres e 27,1 % eram homens. Além disso, foram identificadas: Perturbações de ansiedade⁸ em 11,2% dos/as usuários/as como diagnóstico principal, sendo 64% mulheres e 36% homens; Perturbações de Adaptação⁹ como diagnóstico principal em 22,8% dos/as usuários/as, destes 77,3% eram mulheres e 22,7% homens; Problemas de vida relacionais e ambientais¹⁰ em 3,2% dos/as usuários/as como diagnóstico principal e 17,7% como diagnóstico secundário, presente em 73,5% das mulheres e em 26,5% dos homens (taxas calculadas em diagnóstico secundário); Psicofármacos¹¹, 40,2% dos/as usuários/as utilizavam antidepressivos, sendo 68,6% mulheres, e 41,6% utilizavam ansiolíticos, sendo 64,7% mulheres.

Dados mais atuais corroboram com os de Rabasquinho e Pereira (2007). Segundo o Boletim Fatos e Números da Secretaria Nacional da Família¹², em 2019, 10,2% da população brasileira, aproximadamente 16,3 milhões de pessoas, com 18 anos ou mais de idade, possuem diagnóstico de depressão, no qual as mulheres apresentam 2,8 vezes mais do que os homens.

Isto posto, percebe-se que há uma prevalência na manifestação de transtornos mentais nas mulheres. Esses resultados ressaltam a necessidade de abordagens específicas, através da perspectiva de gênero, no tratamento e na compreensão dos transtornos mentais.

⁷ Foram classificadas como perturbação de humor: depressão maior; bipolaridade; distímia; perturbações depressivas SOE (sem outra especificação); perturbações de humor SOE; perturbações de humor secundárias a outra doença (Rabasquinho; Pereira, 2007).

⁸ . Foram classificadas como perturbações de ansiedade: ansiedade generalizada; perturbações de ansiedade secundária a outra doença física ou mental; fobia social; perturbações de pânico com e sem agorafobia; perturbação obsessivo-compulsiva; perturbações de ansiedade SOE (Rabasquinho; Pereira, 2007).

⁹ Foram classificadas como perturbação de adaptação: perturbações de adaptação (PA) com humor depressivo; PA com ansiedade; PA mista com humor depressivo e ansiedade; PA mista de emoções e comportamentos (Rabasquinho; Pereira, 2007).

¹⁰ Foram considerados como problemas de vida relacionais e ambientais: situações de vida causadoras de stress, com origem em problemas profissionais, académicos, problemas conjugais, relação pais/filhos e problemas relacionados com acontecimentos estressantes em fases da vida específicas, tais como divórcio e luto, entre outros (Rabasquinho; Pereira, 2007).

¹¹ Psicofármacos são medicamentos que são utilizados para tratar transtornos psicológicos (Rabasquinho; Pereira, 2007).

¹² O Boletim Fatos e Números é uma publicação eletrônica do Observatório Nacional da Família da Secretaria Nacional da Família e do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, publicado em 2022.

Diante disso, pontua-se que a ausência da análise de gênero, além de ignorar sua influência no sofrimento psíquico, também, invisibiliza os demais marcadores sociais, como raça e etnia, classe, sexualidade, além de geracional. Tais marcadores são fundamentais para situar o contexto do processo de adoecimento mental, assim como os tipos de tratamento e ações intersetoriais, ou seja, a importância de analisar o sofrimento psíquico através da interseccionalidade.

Para as autoras Collins e Bilge:

A interseccionalidade investiga como as relações interseccionais de poder influenciam as relações sociais em sociedades marcadas pela diversidade, bem como as experiências individuais na vida cotidiana. Como ferramenta analítica, a interseccionalidade considera que as categorias de raça, classe, gênero, orientação sexual, nacionalidade, capacidade, etnia e faixa etária – entre outras – são inter-relacionadas e moldam-se mutuamente. A interseccionalidade é uma forma de entender e explicar a complexidade do mundo, das pessoas e das experiências humanas. [...] Em determinada sociedade, em determinado período, as relações de poder que envolvem raça, classe e gênero, por exemplo, não se manifestam como entidades distintas e mutuamente excludentes. De fato, essas categorias se sobrepõem e funcionam de maneira unificada. Além disso, apesar de geralmente invisíveis, essas relações interseccionais de poder afetam todos os aspectos do convívio social. (Collins e Bilge, 2021, p.16-17)

Dessa forma, a interseccionalidade se torna uma ferramenta de análise, possibilitando aprofundar a leitura da realidade social. Entende-se que as opressões decorrentes das desigualdades de gênero não afetam da mesma forma todas as mulheres, o que impõe uma leitura dos marcadores sociais de raça, etnia, classe, orientação sexual, entre outros.

Empiricamente, a experiência de estágio igualmente apontou para a ausência de uma análise de gênero e suas interseccionalidades sobre o sofrimento psíquico das mulheres no exercício dos/as profissionais de saúde. A tendência era de uma postura biologizante, perpetuando a trajetória da saúde mental no Brasil, que foi constituída a partir de aspectos biológicos e a-históricos. Neste sentido, a partir da análise dos textos, é possível afirmar que o sistema de atenção à saúde mental é capaz de corroborar os papéis sociais, ao não considerar as relações de gênero como uma questão do sofrimento psíquico na assistência à saúde.

Da identificação de tal realidade decorre o questionamento sobre a leitura empregada pelos/as profissionais para a compreensão das tentativas de suicídio pelas mulheres e como essas são atendidas pelo Serviço Social em uma Unidade Materno Infantil, em um Serviço de Emergência, na RAPS como um todo?

O direito à saúde implica em atenção especial às necessidades específicas de saúde de cada setor da população. As mulheres, por sua dupla carga de trabalho – no lar e fora do lar – e por seu papel especial de reprodutoras da espécie, apresentam problemas específicos de saúde que não podem ser ignorados pela rede de serviços públicos". (Anais da 8a CNS, 1986, p. 117).

A discussão de diretrizes para uma leitura da saúde de forma integral e interseccional estão postas desde os anos 80, com o movimento da Reforma Sanitária. Contudo, no cenário atual ainda há dificuldades de uma leitura para a saúde das mulheres de modo abrangente, onde se apresenta um olhar biologizante e simplista na compreensão da sua saúde mental. Deste modo, a luta por uma atuação totalizante na saúde ainda se faz presente e necessária.

4. CONCLUSÃO

Os resultados da pesquisa apontam para uma produção de estudos e referenciais teóricos residuais produzidos pelo Serviço Social sobre as questões relacionadas ao suicídio, principalmente, considerando a perspectiva de gênero e de outros marcadores sociais. Quando encontrados os escassos artigos desenvolvidos por assistentes sociais referente ao tema, nota-se que não estão sendo publicados em revistas do Serviço Social, mas em revistas da área da psicologia e saúde coletiva. Logo, a discussão sobre o suicídio não se apresenta, ainda, como objeto *stricto sensu* na produção de conhecimento da profissão, o que não significa que não haja pesquisas sobre a temática, tampouco que os/as profissionais não trabalhem no campo da saúde mental. Pontua-se que a fundamentação teórica da análise e discussão dos resultados são, em sua maioria, referenciados por autores/as de outras áreas do conhecimento, corroborando com o resultado encontrado de uma restrita produção de estudos e referenciais teóricos produzidos pelo Serviço Social.

Considera-se que o pequeno número de artigos sobre a temática pode ser reflexo da ausência de disciplinas e debates sobre essa realidade temática no processo de formação dos/as assistentes sociais na graduação e, principalmente, na pós graduação, ainda que localizadas algumas referências sobre a reforma psiquiátrica e a política de saúde mental, de modo geral, sem privilegiar a leitura dos estudos de gênero.

Verifica-se que os indicadores apresentam um aumento significativo do processo de adoecimento mental da população nas últimas décadas, com destaque à população feminina.

Embora os resultados indiquem que o debate tenha como centralidade o processo de trabalho dos/as profissionais, identifica-se que a assistência prestada pelos/as assistentes sociais, em serviços hospitalares, a usuários/as com ideação e/ou tentativa de suicídio, ocorre através do acolhimento e encaminhamento dos/as pacientes à rede de serviços. A dinâmica específica é, portanto, de ambiente hospitalar, ou seja, a análise dos artigos retrata uma pequena parcela do que são os variados serviços que constituem a RAPS.

Ademais, a execução da assistência é atravessada por algumas dificuldades, como: o trabalho fragmentado, que secundariza o trabalho coletivo em

saúde, interdisciplinar e explicita um dos principais problemas no SUS; a reprodução, ainda, de uma atuação focada na doença e não na saúde integral; a exigência por intervenções rápidas; as condições de trabalho precárias, pela falta de profissionais e de materiais de trabalho; a ausência do debate acerca de gênero e demais marcadores sociais no sofrimento psíquico.

Ressalta-se, ainda, que a tentativa de suicídio entre as mulheres se mostra uma questão emergente e que se impõe à categoria profissional, na medida em que esta se encontra em instituições que viabilizam o cuidado em saúde mental. Portanto, reafirma-se a necessidade de pesquisas sobre o campo da saúde mental para ampliar o conhecimento sobre o assunto e instrumentalizar teórico e metodologicamente os/as assistentes sociais que asseguram o acesso e a assistência aos/às usuários/as

Por fim, espera-se que esta pesquisa aponte para a importância de novos estudos na área, compreendendo a relação entre saúde mental, sofrimento psíquico e gênero, e que estes promovam visibilidade à temática, sendo esta uma demanda da profissão, além de instigar a realização de novas pesquisas no âmbito da saúde mental, a partir de uma leitura dos estudos de gênero e feminista, em uma perspectiva interseccional.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

ALVES, Tahiana Meneses. Interfaces entre gênero e saúde mental abordadas por estudos qualitativos das ciências sociais e humanas: foco nas experiências subjetivas. *GÊNERO*, Niterói, v.18, n.2, p.155-177, 2018. DOI: <https://doi.org/10.22409/rg.v18i2.1149>

BARRIGA VERDE INFORMATIVO EPIDEMIOLÓGICO. Suicídio em Santa Catarina: tentativas, comportamento autoagressivo, mortalidade e prevenção. 2022. Disponível em: <BBV-suicidiox-17-21.pdf> (dive.sc.gov.br). Acesso em: 12 ago. 2024.

BASTOS, Larissa et al. Desafios no Atendimento a Mulheres com Risco e/ou Tentativa de Suicídio em uma Maternidade de Alto Risco. *R. Saúde Públ. Paraná*. v. 2, n. 1, p. 43-56, Jul. 2019. DOI: <https://doi.org/10.32811/25954482-2019v2n1p43>

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. 2021. Disponível em: boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf (www.gov.br) Acesso em: 12 ago. 2024.

BRASIL. Conselho Federal de Serviço Social. Código de ética do(a) assistente social. Brasília, 1993. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf Acesso em: 15 out. 2024.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 30 ago. 2024.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e organiza o Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm?mscld=af8d8426d12111ec969c7954231d6d5a. Acesso em: 25 set. 2024.

BRASIL, Fundação Oswaldo Cruz. A saúde antes do SUS. *Radis*, 2019. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/reportagem/a-saude-antes-do-sus/#:~:text=Antes%20do%20nascimento%20do%20SUS,sa%C3%BAde%20e%20previd%C3%Aancia%20andavam%20juntos>. Acesso em: 02 out. 2024.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Organiza o Sistema Único de Saúde – SUS e estabelece outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 26 set. 2024.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e outros mecanismos de

financiamento. Brasília, 1990. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 24 set. 2024.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e altera dispositivos da Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989. Brasília, 2001. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 02 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. 8º Congresso Nacional de Saúde: Documento final. Brasília, 2019. Disponível em:
<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0219VIIIcns.pdf>. Acesso em: 20 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instrutivo Técnico da Rede de Atenção Psicossocial – Raps – no Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo_tecnico_raps_sus.pdf. Acesso em: 30 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 30 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:
<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus>. Acesso em: 27 jul. 2024.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. Saúde mental: fatos e números. Brasília, 2022. Disponível em:
<https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/observatorio-nacional-da-familia/fatos-e-numeros/5.SADEMENTAL28.12.22.pdf>. Acesso em: 30 out. 2024.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, Ana Elizabete et al. Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional. Rio de Janeiro: Cortez, 2006. p. 408.

CARVALHO, Kauan Gustavo et al. Comportamento suicida em minorias sexuais: prevalência e fatores associados. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v.11, n. 14, n.p, 2019. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e867.2019>. Acesso em: 10 dez. 2024.

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social. Parecer Jurídico nº 06/2013. Brasília, 2013. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/PJ/PJ%2006-13.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2024.

COLLINS, Patricia Hill; BILGE, Sirma. Interseccionalidade, tradução Rane Souza. - 1. ed. - São Paulo, Boitempo, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde. Brasília, DF, 2010.

DANTAS, Eder Samuel Oliveira et al. Suicídio de mulheres no Brasil: necessária discussão sob a perspectiva de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, n. 5, p. 1469-1477, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.16212022>

FREITAS, Rita de Cássia Santos. A Construção Social dos Papéis de Gênero na Família e as (nossas) Práticas em Saúde. In: LISBOA, Teresa Kleba et al (Org.). *Estudos Interdisciplinares Sobre Gênero, Família e Saúde*. [s.l.]: [s.n.], 2017. p. 24-44.

HOSPÍCIO DE PEDRO II. Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1970). Disponível em:

https://dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/wiki_dicionario/index.php/HOSP%C3%8DCIO_DE_PEDRO_II#Ficha_T%C3%A9cnica Acesso em: 3 ago. 2024.

IAMAMOTO, Marilda Vilela; CARVALHO, Raul. *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica*. São Paulo, Cortez, 2006.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. *Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social*. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2008.

LIANDRO, Bismarck. A EVOLUÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL: REINSERÇÃO SOCIAL. *Revista Científica Semana Acadêmica*. Fortaleza, ano MMXVIII, Nº. 000126, 16/07/2018. Disponível em:

https://semanaacademica.org.br/system/files/artigos/a_evolucao_da_saude_mental_no_brasil_reinsercao_social_0.pdf Acesso em: 03 ago. 2024.

LUDERMIR, Ana Bernarda. Desigualdades de Classe e Gênero e Saúde Mental nas Cidades. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p.451-467, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000300005>

MACEDO, João Paulo et al. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Saúde Soc.* São Paulo, v.26, n.1, p.155-170, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017165827>

MARTINI, Débora et al. A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE: uma reflexão sobre o município de Florianópolis. In: *Congresso Catarinense de Assistentes Sociais*, 2013, Florianópolis. Disponível em:

<https://cress-sc.org.br/wp-content/uploads/2014/03/A-inser%C3%A7%C3%A3o-do-a-sistente-social-na-%C3%A1rea-da-sa%C3%BAde.pdf>. Acesso: 19 out. 2024

MATOS, Maurílio Castro. Assistente Social: Trabalhador(a) da Área da Saúde. *Reflexões a Partir do Debate Brasileiro*. Interações: Sociedade e as Novas Modernidades, v. 9, n. 17, p. 45-63, 2009.

Organización Panamericana de la Salud. *Prevención del suicidio: un imperativo global* [Internet]. Washington, DC: OPS; 2014. Disponível em:

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54141/9789275318508_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 27 ago. 2024

PATRIOTA, Lucia Maria et al. A saúde mental na formação do Curso de Serviço Social. *Textos & Contextos* (Porto Alegre), v. 9, n. 1, p. 55 - 65, jan./jun. 2010.

RABASQUINHO, Cidália; PEREIRA, Henrique. Gênero e saúde mental: Uma abordagem epidemiológica. *Análise Psicológica*, v. 25, n. 3, p. 439-454, 2007.

RANGEL, Sabrina Proença Azevedo; CASTRO, Adriana Miranda. Saúde mental: onde se colocam as questões de gênero? Os papéis das mulheres cisgêneras. *Saúde Debate* | Rio de Janeiro, v. 47, n. especial 1, dez. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-28982023E19048P>

SAMPAIO; Mariá Lanzotti; BISCO JÚNIOR, José Patrício. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. *Cad. Saúde Pública*, v. 37, n. 3, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00042620>

SANTOS, Anna Maria Corbi Caldas. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 4, p. 1177-1182, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400023>

SCHRAIBER, Lilia Blima et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81231999000200002>

SCOTT, Joan. Gênero: Uma Categoria Útil Para Análise Histórica. Traduzido por Christine Rufino Dabat e Maria Betânia Ávila

SOUSA, Camila Viviane Lui; AMATO, Laura Janaina Dias. Oficinas Extensionistas no Centro de Atenção Psicossocial: Saúde Mental e Gênero em Debate. *Interfaces - Revista de Extensão da UFMG*, Belo Horizonte, v. 11, n. 2, p. 67-84, jul./dez. 2023.

SOUZA, Maria de Fátima. História do Serviço Social no Brasil. Portal dos Serviços Sociais, 2023. Disponível em: <https://portaldoss.com.br/historia-do-servico-social-no-brasil/> Acesso em: 20 out. 2024.

STAVIZKI JUNIOR, Carlos; VICCARI, Eunice Maria. O Serviço Social no Atendimento de Emergências Psiquiátricas: Processos de Trabalho de Assistentes Sociais e Residentes no Atendimento de Pacientes Adolescentes com Ideação e Tentativa de Suicídio. *Barbarói, Santa Cruz do Sul*, v. 1 n.51, p.113-132, jan/jun, 2019. DOI: <https://doi.org/10.17058/barbaroi.v51i1.12913>

TRABUCO, Karem Emannuely de Oliveira; SANTOS, Diajane da Silva. Da Reforma Sanitária a Reforma Psiquiátrica: os movimentos sociais e a conquista de direitos. *In: JORNADA INTERNACIONAL POLÍTICAS PÚBLICAS*, 7., 2015, São Luís, MA

ZANATTA, Cléia et al. Sofrimento Psíquico, Envelhecimento e Finitude. Revista Valore, Volta Redonda, v. 6 (edição especial), p. 92-108, 2021. DOI: <https://doi.org/10.22408/reva602021102292-108>

ZANELLO, Valeska; BUKOWITZ, Bruna. Loucura e cultura: uma escuta das relações de gênero nas falas de pacientes psiquiatrizados. Revista Labrys Estudos Feministas. v. 20-21, 2011. Disponível em: http://icts.unb.br/jspui/bitstream/10482/19544/3/ARTIGO_LoucuraCulturaEscuta.pdf
Acesso em: 05 ago. 2014.

ZANELLO, Valeska; FIUZA, Gabriela; COSTA, Humberto Soares. Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico. Fractal: Revista de Psicologia, v. 27, n. 3, p. 238-246, set.-dez. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-0292/1483>