



## Mesa Coordenada 1

### ATUAÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL COM A SAÚDE MENTAL

#### A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: visão panorâmica da realidade brasileira

[10.51205/sinespp.2024.mesa.artigoartigo001](https://doi.org/10.51205/sinespp.2024.mesa.artigoartigo001)

#### MENTAL HEALTH IN PRIMARY CARE: panoramic view of the brazilian reality

**Fernanda Luma Guilherme Barboza<sup>1</sup>**

**Lucia Cristina dos Santos Rosa<sup>2</sup>**

**Thaís de Andrade Alves Guimarães<sup>3</sup>**

#### RESUMO

Este texto, tem por objetivo traçar uma visão panorâmica da saúde mental na atenção básica, destacando avanços e estagnações. Baseia-se em pesquisa bibliográfica. Na primeira parte, recupera a trajetória das articulações entre saúde mental e atenção básica, a partir das ações ministeriais. Em seguida sinaliza a importância da Estratégia Saúde da Família no cuidar no território, na perspectiva de criar uma outra relação entre o território e o louco-loucura.

**Palavras-Chave:** Saúde mental; Atenção Básica; Atenção Psicossocial.

#### ABSTRACT

This text aims to provide a panoramic view of mental health in primary care, highlighting advances and stagnations. It is based on bibliographical research. In the first part, it recovers the trajectory of the articulations between mental health and primary care, based on ministerial actions. It then highlights the importance of the Family Health Strategy in providing care in the territory, with a view to creating another relationship between the territory and madness.

**Keywords:** Mental health; Basic Care; Psychosocial Care.

<sup>1</sup> Coordenadora da Mesa. Coordenadora do Projeto Sobre Suicídio. Doutora em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). E-mail: fernanda.lumaas@gmail.com.

<sup>2</sup> Professora do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Piauí. Doutorado em Serviço Social (UFRJ). E-mail: profaluciarosa@gmail.com.

<sup>3</sup> Assistente Social do Núcleo de Acessibilidade da Universidade Federal do Piauí (NAU/UFPI), Doutora em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). E-mail: thais.guimaraes@ufpi.edu.br.

## 1 INTRODUÇÃO

A expressão máxima da apropriação médica da loucura se materializou no modelo manicomial de atenção em saúde mental. Fundamentado na perspectiva do “isolamento terapêutico” – isolar para tratar – buscando retirar todas as influências do meio, na perspectiva de retorno à normalidade da pessoa com transtorno mental, a partir da relação médico “pedagógica”-alienado. Com as intensificações dos conhecimentos médicos associados aos conhecimentos jurídicos, em torno do “louco que matou” e estarreceu a sociedade, associa-se à figura do louco à incapacidade para o trabalho capitalista e para o discernimento, sobretudo para o autogoverno e domínio da razão. Assim a imagem do perigo/periculosidade reforça todo arcabouço da suspensão da cidadania do “louco” em nome da razão. Os loucos são homogeneizados e sua abordagem é massificada na figura do paciente – aquele ser inerte, frente ao protagonismo do agente terapêutico, o médico.

As consequências de toda arquitetura manicomial começam a ruir no pós 2ª Guerra Mundial, em vista dos horrores do nazismo. Sendo o manicômio equiparado aos campos de concentração, iniciam-se vários processos reformistas, com diversas tradições. Um aspecto que contribuiu para o cuidar em liberdade foram as descobertas dos psicotrópicos e seus efeitos estabilizadores e também todo edifício social construído a partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos, cujas bases são acionadas também para a defesa da cidadania e de um novo modo de cuidar. Também colaborou para isso a criação de vários órgãos internacionais, como a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), vinculada à Organização Mundial da Saúde (OMS), que emite diretrizes para orientar os países, contribuindo nos efeitos inovadores, na direção do cuidar em liberdade e na condenação do modelo manicomial, em 1990.

Destarte, torna-se fundamental para subsidiar os planos de saúde mental dos diferentes países, as diretrizes emanadas em 2001 pela OPAS, no seguinte sentido: 1) Proporcionar tratamento na atenção primária; 2) Garantir o acesso aos medicamentos psicotrópicos; 3) Garantir atenção na comunidade; 4) Educação em saúde para a população; 5) Envolver as comunidades, as famílias e os usuários; 6) Estabelecer políticas, programas e legislação nacionais; 7) Formar recursos humanos; 8) Criar vínculos com os outros setores; 9) Monitorizar a saúde mental na comunidade; 10) Dar mais apoio à pesquisa (OPAS, 2001).

O Brasil entra tardiamente em processos reformistas, tendo em vista a predominância de governos autoritários até 1978, quando se esgota o regime militar, que é impulsionado a se

abrir para outros atores. Com a consolidação democrática a partir da Constituição Federal de 1988, ficam dadas as condições para a direção segura de novas formas de cuidar, a partir do Sistema Único de Saúde (SUS).

Inicialmente, a atenção básica/primária entra em cena como uma esfera estratégica para mudar a predominância do paradigma biomédico, focando na promoção em saúde e no trabalho em equipe. E, também como fator fundamental para o cuidar, o território da pessoa com transtorno mental, o lugar onde ela vive, para reinventar sua vida.

Este texto, tem por objetivo traçar uma visão panorâmica da saúde mental na atenção básica, destacando avanços e estagnações. Metodologicamente, se baseia em pesquisa bibliográfica. Não há a pretensão de esgotar as discussões, mas, trazer aspectos que ainda persistem como desafios.

## **2 SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA: UM BALANÇO DA REALIDADE BRASILEIRA**

Com a assunção da política de reestruturação da assistência psiquiátrica em saúde mental, pela coordenação de saúde mental do Ministério da Saúde, a partir de 1990, uma outra forma de cuidar da pessoa com transtorno mental ganha predominância nos documentos oficiais, na direção da garantia do cuidar em liberdade.

Os hospitais psiquiátricos/ manicômios passam a ser avaliados e fiscalizados, tendo seus leitos reduzidos, até pela constatação da intensa violação de direitos humanos. Financiamentos passam a ser garantidos para a abertura de serviços de saúde mental de base comunitária.

Com base no paradigma basagliano<sup>4</sup>, de atenção psicossocial, inicia-se a desconstrução do modelo manicomial hegemônico no país. O processo é coroado com a Lei nº 10.216/2001 que redireciona o modelo assistencial e estabelece os direitos da pessoa com transtorno mental, ou seja, há o reconhecimento do estatuto da cidadania para este segmento.

Com a assunção do Sistema Único de Saúde, reconhecido na Constituição Federal de 1988 como um sistema universal, que rompe com a cidadania regulada, busca-se redirecionar toda atenção em saúde baseada no modelo médico privatista hospitalizante, baseado na cura. Ou seja, focado na doença. Vale ressaltar que até 1920 os psiquiatras não entendiam a prevenção da doença mental como uma extensão dos cuidados às pessoas ditas “normais”.

---

<sup>4</sup> Referência a Franco Basaglia, grande referência da reforma psiquiátrica italiana, que inspirou a reforma brasileira.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, sediada em Alma Ata em 1978, é que marcará a elaboração de uma abordagem de Atenção Primária à Saúde, apoiada pelo compromisso internacional com a saúde universal. A Declaração de Alma Ata amplia a concepção de cuidados de saúde, incorporando novos princípios como intervenção intersectorial, autorresponsabilidade e participação comunitária no planejamento, organização, implementação e monitoramento dos cuidados primários de saúde; reconhece a promoção e proteção da saúde como elementos indispensáveis para o desenvolvimento socioeconômico, enfatizando a importância dos níveis locais para atender às necessidades de saúde da comunidade e melhorar sua qualidade de vida (Brasil, 2002).

Mas, o processo longe de ser linear, é atravessado por tensões, pois há diferentes projetos societários em disputa, haja vista a construção de uma política pública figurar como arena de disputas, negociações, avanços, estagnações e até retrocessos/desmontes (Bravo, 2007).

Nos textos oficiais, quando a saúde é associada aos determinantes sociais do processo saúde doença, não mais a ausência de doença ou à cura, toda a sociedade e sua organização passam a compor as reflexões sobre os processos de cuidar em saúde.

Em 1994 é criado, pelo Ministério da Saúde, o Programa Saúde da Família, visando priorizar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, no território de vida dos sujeitos, a partir das Unidades Básicas de Saúde, que são eleitas como porta de entrada principal do SUS. Seus pressupostos introduzem alterações substanciais no paradigma assistencial, ao focalizar a família e não apenas os seus membros ou a pessoa individualmente. Também prevê a atuação em equipe multiprofissional, para além da categoria médica.

O Programa tem uma dimensão educativa que lhe é constitutiva, sendo estratégica para alterar a relação da sociedade com a loucura e o louco. Pois mesmo com os desmontes do modelo manicomial ainda persistem, pelos 200 anos de cultura manicomial, os resquícios do estigma na comunidade, o que cria barreira para a inserção e convivência comunitária da pessoa com transtorno mental.

Aqui cabe um destaque ao envolvimento do assistente social em grupos de socioeducação e saúde, possibilitando que os usuários tenham acesso às informações sobre diferentes políticas públicas, sobre suas condições de saúde, além de promover a participação da comunidade em iniciativas de controle social. Destaca-se a relevância da atuação do assistente social em facilitar o acesso dos usuários aos serviços de saúde como um direito social,

além de enfrentar os determinantes sociais que impactam no processo de saúde-doença-cuidado.

O Assistente Social na atenção básica contribuiu junto às Equipes de Saúde da Família em discussões das interferências sociais no processo saúde-doença, desconstruindo a relação de atendimento em saúde meramente curativo, clínico individual e médico centrado. Também tem um papel importante na promoção do acesso da população à saúde como direito adquirido, de forma universal, realizando seu serviço de modo que o usuário tenha informações claras ao procurar o serviço, um atendimento humanizado, acesso aos serviços de média e alta complexidade. Possibilitar o acesso significa promover a cidadania, a inclusão social; significa modificar a realidade das famílias, melhorando sua qualidade de vida e suprimindo necessidades concretas de saúde. Mas esta é uma tarefa do conjunto dos trabalhadores da saúde, com os quais o assistente social pode contribuir (Krüger e Moscon, 2010, p. 9).

Um outro aspecto a ser considerado ainda, é que a formação dos profissionais de saúde, persiste focalizado no modelo biomédico, haja vista que as instituições de ensino se encontram distantes dos serviços do SUS. Com a mercantilização do ensino superior, cresce também a ênfase no modelo biomédico, que secundariza a saúde mental, relegada ao campo psi (psiquiatria e psicologia), subalternizando as demais áreas do conhecimento.

Em 2006, o Programa Saúde da Família é metamorfoseado em Estratégia Saúde da Família (ESF), por que o primeiro se configura com uma temporalidade determinada. Enquanto o termo “estratégia” traz em seu cerne a perspectiva de continuidade, duradouro, com temporalidade de existência indeterminada. Inicialmente a saúde mental é excluída de suas ações programáticas, o que torna problemática a sua inclusão, pois passa a ser considerada um trabalho a mais.

Além disso, a cultura do encaminhamento para os Centros de Atenção Psicossocial, (CAPS) equipamento carro chefe do cuidar em liberdade e no território de vida, persiste. Ou seja, resquícios da cultura manicomial ainda se encontram muito presente. Até por que a inserção da pessoa com transtorno mental na comunidade é atravessada por estigmas, inclusive dos profissionais de saúde, exigindo intenso investimento inclusive temporal na desconstrução de ações e reinvenção da vida no território.

Em 2003, em Brasília, a coordenação de saúde mental realiza a Oficina de Saúde Mental: “Desafios da integração com a rede básica”, como atividade pré congresso no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – ABRASCO (Brasil, 2004). O documento resultante aponta os CAPS como dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental, mas destaca que não é o único tipo de serviço de atenção em saúde

mental, devendo esta ser feita dentro de uma rede de cuidado, como: atenção básica, ambulatorios, residências terapêuticas, centros de convivência e outros.

A ESF é vista como um cenário importante de atuação na saúde mental pela proximidade do território vivencial; por poder visualizar fatores de risco (Albino; Marzzani, 2004) para a saúde mental no território e na família; poder dispensar um cuidado longitudinal; poder se articular com outros serviços e políticas; poder atuar em quadros leves. Pela proximidade com a família, pode detectar pessoas que necessitam a atenção em saúde mental.

A atuação do profissional de Serviço Social na Atenção Básica perpassa pela compreensão dos aspectos sociais, econômicos e culturais que interferem no processo de saúde-doença, e a busca de estratégias para o enfrentamento destas questões. Neste sentido a atuação do assistente social deve estar pautada em uma proposta que vise o enfrentamento das expressões da questão social que repercutem nos diversos níveis de complexidade da saúde, já que não é possível compreender ou definir as necessidades de saúde sem levar em conta que elas são produtos das relações sociais e destas com o meio físico, social e cultural (Miotto; Nogueira, 2006, p. 12).

A organização das ações em saúde mental na atenção básica, tem por eixo: o apoio matricial da equipe de saúde mental às equipes da atenção básica (podendo ocorrer via CAPS ou NASF); as responsabilidades compartilhadas entre as diferentes equipes. Ou seja, parte-se do pressuposto que a atenção do usuário do SUS em geral é responsabilidade das unidades de saúde de seu território, como porta de entrada/acesso ao SUS. Em havendo necessidade, será encaminhado para outros níveis de atenção, secundária, ambulatorial ou Caps.

O matriciamento tem como principal eixo disponibilizar às equipes de referência da atenção básica, um suporte especializado que se traduz em interlocuções, ações compartilhadas, estudos de caso, apoio técnico pedagógico, culminando na construção coletiva do agir em saúde mental, que se torna responsabilidade de todos, e não de um único equipamento.

Em 2008 são criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, composta por profissionais de diferentes núcleos de conhecimento, inclusive profissionais da saúde mental, para apoiar os trabalhadores da Estratégia Saúde da Família. Neles o trabalho do assistente social é centrado no território e organizado de forma a promover o apoio matricial por meio de uma abordagem compartilhada e interdisciplinar. Isso envolve a troca de conhecimentos, capacitação e compartilhamento de responsabilidades entre os profissionais, proporcionando uma experiência enriquecedora para todos os envolvidos. Para isso, são utilizadas diversas

metodologias, como análise de casos, elaboração de planos terapêuticos personalizados, orientações e atendimentos conjuntos (Brasil, 2010).

Em 2013 o Ministério da Saúde lança o Cadernos de Atenção básica 34, voltado exclusivamente para a abordagem da saúde mental (Brasil, 2013), para desmistificar as ações em saúde, e desconstruir dúvidas, curiosidades e receios dos profissionais de saúde. O mesmo configura-se como uma estratégia de capacitação e requalificação profissional, ao desmistificar as ações em saúde mental.

Com as alterações nos direcionamentos das políticas governamentais a partir de 2016, alterações substanciais são introduzidas na política de saúde, tais como a extinção das equipes de NASF em 2020. Nesse contexto, também são alteradas as bases de financiamento da atenção básica, pelo Previne Brasil. Tem 7 indicadores de atenção, baseadas nas ações de saúde da mulher, saúde bucal, pré-natal; saúde da criança e doenças crônicas (hipertensão arterial e diabetes *melittus*).

Também há a remanicomização do modelo assistencial em saúde mental, haja vista uma nova correlação de forças, desfavorável à reforma psiquiátrica e que prioriza as comunidades terapêuticas (Guimarães; Rosa, 2019).

Essa modalidade de tratamento favorece a desresponsabilização do Estado no financiamento de comunidades terapêuticas - com pouca ou nenhuma regulação pública e, por vezes, não possuindo profissionais contratados, resultando em processo de denúncia e fiscalização por parte dos Conselhos Federais de Psicologia e Serviço Social -, com o modelo de assistência atenção à saúde, centrado na medicação ou na cura pelo viés religioso que entende a dependência ou uso de drogas ilícitas como problema moral, tendo a fé como única salvação. Por vezes, chegam a usar o isolamento para exploração de mão de obra do usuário para lucro privado da direção da comunidade (...). Esse modelo tem conseguido muitos adeptos em tempos em que a insegurança e o medo levam ao reforço de antigas instituições, sobretudo a família e o clã como refúgios contra um mundo hostil, ao retorno de formas místicas e autoritárias ou fundamentalistas de religião e à adesão à imagem da autoridade política forte ou despótica (Barboza, 2022, p. 49-50).

Nesse horizonte, a Rede de Atenção Psicossocial sofre um crescente desinvestimento, gerador de precarização dos Caps. Tudo isso é agravado pela PEC 95/2016 que congela o orçamento da saúde e da educação por 20 anos, havendo um desinvestimento geral nessas políticas, com claros desmontes.

Com a pandemia da COVID-19 e suas medidas sanitárias para evitar o contágio, associadas às medidas de extinção do NASF e mudança no financiamento da atenção básica, arrefecem-se as ações em saúde mental, inclusive o matriciamento.

### **3 AVANÇOS E ESTAGNAÇÕES NA INTERLOCUÇÃO ENTRE ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE MENTAL**

Como visto, de 1985 a 2015, com governos progressistas no poder político federal, observam-se avanços significativos no sentido da desconstrução da arquitetura que deu sustentação ao modelo manicomial e a seus pressupostos. Destarte, o cuidar em liberdade, no território, na reinvenção da vida avança significativamente, sinalizando para as crescentes inserções da pessoa com transtorno mental na condição cidadão, com direito à cidade e as suas políticas públicas.

Como informa Lancetti (2004), na saúde mental, a estrutura dos níveis de atenção da saúde em geral, que se inicia na atenção básica (primária); podendo seguir para a atenção secundária (ambulatorial) e terciária (hospitalar/alta complexidade), é completamente invertida.

A complexidade no cuidar em saúde mental encontra-se na comunidade/território, pela herança e resquícios do modelo manicomial que produziu uma cultura que informa que “lugar de louco é no hospício”; que essa pessoa é pressupostamente perigosa e incapaz para o convívio social. Sabe-se que mudanças culturais ocorrem mais lentamente. Tal fato também é agravado pela formação profissional ainda majoritariamente medicocentrada, secundarizando as ações de saúde mental.

De 2003 a 2010 assiste-se no país, intensos investimentos na saúde mental, inclusive na capacitação de pessoas. Destaca-se que é uma responsabilidade do SUS formar seus recursos humanos.

Mas, a partir de 2016, com governantes que aceleram os processos neoliberalizantes, com isso também a remanicomialização, os rumos da política de saúde mental antimanicomial sofrem retrocessos e estagnações, com tendência de precarização e isolamento da Rede de Atenção Psicossocial, em relação às demais políticas públicas.

Logo, a conjuntura desfavorável aos avanços universalizantes e cidadãos do SUS/Reforma Psiquiátrica antimanicomial, deixaram um rastro de difícil superação, até pelo crescente desinvestimento orçamentário e queda no nível de investimento em capacitações pelo governo federal, o que reverbera na saúde mental.

Apesar do matriciamento se tornar o principal indicador de saúde mental e se ter muitas experiências de práticas exitosas na literatura disponível, a conjuntura em geral desestimula os

profissionais de saúde mental que, com a pandemia da COVID-19, também foram muito afetados.

Vale ressaltar ainda que com a intensificação da lógica gerencialista no processo de trabalho em saúde no serviço público, ou seja, a forma de ser da empresa privada, os trabalhadores em geral, dentre os quais os da atenção básica são exigidos a se dedicar mais temporalmente para registros quantificáveis, o que também contribui para que se distancie de trabalhos que demandem mais carga subjetiva, como no geral, se configuram as ações em saúde mental. Todavia, é uma conquista e um compartilhar que vale a pena investir.

#### **4 CONCLUSÃO**

Como pode ser observado, a trajetória histórica para inclusão da saúde mental na atenção básica ocorreu de forma tardia e morosa, haja vista por exemplo, o distanciamento entre a oficina de 2003 e o lançamento, 10 anos depois, dos cadernos da Atenção básica, voltados para a saúde mental.

No entanto, a literatura aponta para avanços significativos da saúde mental na atenção básica, com boas e exitosas práticas. Nesse sentido, apontam-se avanços significativos na formação e na implementação de ações entre Equipes da ESF e do CAPS. Mas as mudanças conjunturais, na correlação de força e nos processos de trabalho incidem sobre as práticas e possibilidades de ações compartilhadas com outras equipes, mesmo que no mesmo território e política social. Logo, torna-se um desafio conquistar os profissionais atuantes nessa política para se perceberem como facilitadores e assumir o papel de agentes de mudança na integração entre a política de atenção básica em saúde e outras políticas públicas, como a de saúde mental. Além disso, é recomendável que todos os profissionais participem de programas de educação continuada, com o objetivo de aprimorar práticas colaborativas, promover a autonomia dos indivíduos e resolver questões em benefício da comunidade e dos serviços de saúde.

Um desafio é a intensa rotatividade de profissionais da saúde em geral, que tendem a migrar/circular para e entre diferentes serviços, bem como a crescente terceirização de recursos humanos, o que leva a contratações por indicação política e outros expedientes que ferem os princípios do serviço público.

Com a conjuntura de desmontes, instalada a partir de 2016, a remanicomialização do modelo é fortalecida. O grande desafio da conjuntura do momento é retomar os princípios do

SUS e da reforma psiquiátrica, para robustecer o cuidar em liberdade, ao mesmo tempo os governantes investirem em saúde/saúde mental, revogando a citada PEC e revisando seus compromissos com o bem público e a cidadania do segmento mais fragilizado da população brasileira, destituída de tudo e principalmente, das ações fundamentais em saúde/saúde mental. Também olhar para quem provê cuidado, com os trabalhadores da atenção básica e dos serviços de saúde mental que também precisam ser cuidados.

## REFERÊNCIAS

- ALBINO, S.; MARZZANI, S.H.S. Prevenção de saúde mental no Programa Saúde da Família. P. 29-38. **Dynamis** – Revista tecno-científica. V.12, n. 46, jan/mar 04.
- BARBOZA, Fernanda Luma G. **Internação involuntária e compulsória de dependentes químicos**: discursos e práticas do Estado e do Serviço Social. São Paulo: Editora Dialética, 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção básica, 34**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS**: Os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**: Núcleo de Apoio a Saúde da Família (Caderno de Atenção Básica, n. 27). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_promocao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf)>. Acesso em: 27 abr 2024.
- BRAVO, M.I.S. **Serviço Social e reforma sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.
- LANCETTI, A. Notas sobre clínica e política. **Rev. Latinoam. Psicop. Fund.**, VII, 3, 67-69, set. 2004.
- GUIMARÃES, Thaís. A. A.; ROSA, Lucia. C. S. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil, no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O social em questão** (online), v. 44, p. 111-138, 2019.
- MIOTO, Regina Célia Tamasso; NOGUEIRA, Vera Maria. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. **Serviço Social e Saúde**: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez, 2006.
- MOSCON, Nelize. KRÜGER, Tânia Regina. O Serviço Social na Atenção Básica e o acesso aos Serviços de Saúde. **Rev. Saúde Públ. Santa Cat.**, Florianópolis, v. 3, n. 2, jul./dez. 2010.

OPAS, Organização Pan-Americana de Saúde. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Milão: 2001.

## Mesa Coordenada 1

### ATUAÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL COM A SAÚDE MENTAL

## O TRABALHO COM CUIDADOS PALIATIVOS APÓS TENTATIVA DE SUICÍDIO

[10.51205/sinespp.2024.mesa.artigoartigo002](https://doi.org/10.51205/sinespp.2024.mesa.artigoartigo002)

### WORKING WITH PALLIATIVE CARE AFTER A SUICIDE ATTEMPT

Cláudia Aline de Brito Oliveira<sup>1</sup>  
Fernanda Luma Guilherme Barboza<sup>2</sup>  
Lucia Cristina dos Santos Rosa<sup>3</sup>

#### RESUMO

Este ensaio tem como objetivo refletir sobre a importância da associação da abordagem dos cuidados paliativos no atendimento a casos de tentativa de suicídio, dando especial enfoque à atuação de assistentes sociais nessa temática. Parte das experiências das autoras e do acervo sobre as temáticas, e pretende contribuir com elementos que ampliem olhares na perspectiva da garantia da qualidade assistencial, sobretudo no que se refere ao trabalho em equipe e, em especial, à intervenção de assistentes sociais.

**Palavras-chave:** Cuidados Paliativos. Suicídio. Serviço Social.

#### ABSTRACT

This essay aims to reflect on the importance of associating the palliative care approach in dealing with cases of attempted suicide, giving special focus to the work of social workers on this topic. It is based on the experiences of the authors and the collection on the themes, and intends to contribute with elements that broaden views from the perspective of ensuring quality of care, especially with regard to teamwork and, in particular, the intervention of social workers.

**Keywords:** Palliative care. Suicide. Social service.

<sup>1</sup> Mestra em Gestão e Saúde Coletiva pela FOP/UNICAMP e Doutoranda em Psicologia pela UFES. E-mail: claudiaalinepsi@gmail.com.

<sup>2</sup> Coordenadora da Mesa. Coordenadora do Projeto Sobre Suicídio. Doutora em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). E-mail: fernanda.lumaas@gmail.com.

<sup>3</sup> Professora do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Piauí. Doutorado em Serviço Social (UFRJ). E-mail: profaluciarosa@gmail.com.

## 1 INTRODUÇÃO

Na perspectiva de um cuidado integral, o Serviço Social tem sido progressivamente demandado a ocupar, não apenas o espaço assistencial/interventivo, mas também o seu lugar de produzir conhecimentos à luz da teoria social crítica e de seu projeto ético-político, em temas que ainda podem ser considerados emergentes, como cuidados paliativos e suicídio.

O avanço estabelecido pelos marcos legais do SUS, ao conceber saúde a partir dos determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado, embora convirja com a perspectiva hegemônica na profissão de apreender a realidade a partir da totalidade, traz igualmente o desafio de (re)pensar a complexidade dos objetos de intervenção em saúde mental, em prol da reinvenção da vida, da qualidade assistencial e da defesa dos direitos humanos.

A atuação da profissão mediada por diagnósticos de transtorno mental, pelo tema do sentido da vida, da morte e da demanda do alívio do sofrimento subjacente a essas experiências convoca as profissões à reflexão, pois a despeito da difusão e dos avanços dos conhecimentos paliativos e tecnológicos, ainda há significativo impacto na equipe de saúde, que oscila entre sentimentos de onipotência e de frustração. Como afirma Kovács (2003, p.28): “Às vezes, o mais difícil não é lidar com a morte e sim acompanhar o paciente vivo que está morrendo”. Ou, no recorte específico deste ensaio, aquele que parece estar desejando morrer, em um contexto ocupacional em que o imperativo é a defesa da vida.

A multifatorialidade que envolve o comportamento suicida, compreende igualmente situações-limites que desafiam as competências e atribuições profissionais de cada categoria, bem como o manejo de si, do outro e de todo contexto institucional e conjuntural. O que fica ainda mais comprometido quando há uma intensa e profunda perda da dimensão cuidadora na produção da saúde, centrada no modelo biomédico hegemônico neoliberal (Merhy, 1998), intensificada pela crescente precarização e desfinanciamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e pelos impactos das decisões governamentais, que não acompanharam as necessidades agravadas pela pandemia da COVID-19.

Este ensaio situa-se como subproduto de pesquisa “Participação de assistentes sociais na atenção à crise em saúde mental”, realizada nos hospitais no Piauí e coordenado pela Universidade Federal do Piauí, e dos avanços nas discussões do Grupo Interinstitucional de Prevenção do Suicídio (GTI) da Secretaria do Estado de Saúde do Piauí (SESAPI).

O objetivo é apontar a importância de associar a abordagem dos cuidados paliativos no atendimento de casos de tentativa de suicídio, destacando a atuação de assistentes sociais, embora entenda que muitas das provocações e recomendações aqui colocadas são de ordem interdisciplinar, logo, cabendo também a outras profissões.

Ele está dividido em: conceituação e contextualização dos cuidados paliativos no Brasil e suas conexões com a saúde mental; atendimento a tentativas de suicídio nos hospitais e atuação do Serviço Social. Para tanto, foi realizada uma pesquisa bibliográfica, com busca no acervo da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações com os seguintes descritores: Serviço Social; assistente social; cuidados paliativos; e suicídio.

## **2 CUIDADOS PALIATIVOS E SUAS CONEXÕES COM A SAÚDE MENTAL**

Ao longo dos séculos e em diferentes sociedades, se estabeleceram diferentes concepções da vida e da morte, bem como distintas formas de lidar com estas. O historiador Philippe Ariès (2003), apresenta as diferentes atitudes dos homens diante da morte: a “Morte Domada” (caracterizada por uma naturalização da morte no cotidiano das sociedades, não sendo interpretada como uma ruptura brusca da vida); a Morte de Si (marcada pela generalização do uso dos caixões e das placas tumulares, o que evoca a memória do morto); a Morte do Outro (em que a morte se torna insuportável, dando início a um desconforto, estranhamento e silenciamento sobre esta). A última fase seria a da Morte Interdita (em que essa se transforma em objeto de saberes médicos e instituições financeiras, deslocando-a do ambiente doméstico, para o ambiente hospitalar; impessoal e até empresariamento via agências funerárias, que cuidarão de todo rito funerário. O tema “morte” se tornou interdito no século 20. Já no século 21, ora ela permanece interdita (quando tratada como um tabu), ora ela aparece escancarada (e banalizada) nos meios de comunicação.

Não só, mas também pelo afastamento do ambiente familiar, cresce a importância de se atentar aos rituais de despedida quando da iminência da morte. O período da pandemia da Covid-19, comprometeu os rituais de despedida, impedindo os processos culturais/coletivos, trazendo novas questões e impactos na saúde mental dos sobreviventes. Ressaltamos que a própria ideia de cuidado paliativo não deixa de ser ela também um ritual de passagem, com cuidados e preparo do indivíduo, familiares e da própria equipe.

Os Cuidados Paliativos surgem com o movimento Hospice, em 1840, na França – apesar de sua ideia de cuidado e transição remontar ao início da humanidade, advinda da relação histórica entre saúde e religião (Santos, 2011). Com os *Hospices*, Cecily Saunders e Elisabeth Kübler-Ross apresentam uma nova filosofia para o cuidar que envolvia, dentre outros fatores: a) controle efetivo da dor e dos sintomas; e b) cuidado abarcando não apenas a dimensão física, mas também psicológica, social e espiritual.

Hoje, entende-se Cuidados Paliativos baseados em alguns princípios, como: promoção do alívio da dor e outros sintomas desagradáveis; não acelerar nem adiar a morte; integração dos aspectos psicológicos e espirituais no cuidado; abordagem multiprofissional e sistema de suporte para os familiares (inclusive para enfrentar o luto), e outros (Matsumoto, 2012).

A despeito da iniciativa isolada em 1944 do Asilo da Penha (considerada a protoforma de *hospice* brasileiro), só a partir de 1980 foram aparecendo unidades de cuidados paliativos no Brasil, as quais a grande maioria era vinculada ao tratamento de pacientes com câncer e/ou dor crônica. O Brasil, desde 2018, conta com uma Política Pública de Cuidados Paliativos (Arantes, 2019), que se propõe a garantir acesso a essa abordagem para qualquer pessoa que enfrente uma enfermidade que ameace a continuidade de sua vida, mas, que ainda só está disponível apenas para 0,03% dos que dela necessitam.

Do ponto de vista da experiência do usuário/paciente em adoecimento ou sofrimento mental, a ameaça à vida e à sua qualidade/sentido, pode ser sintetizada em 5 aspectos: 1) Raramente a pessoa acometida admite estar “enferma”, como ocorre na maioria das demais doenças. Geralmente são familiares ou amigos, que pela observação de alterações comportamentais, na linguagem (“não fala coisa com coisa”) ou na vestimenta (ficar nu em público), quem identificam os primeiros indícios de um transtorno mental. 2) Muitos sinais e sintomas do transtorno mental interferem no senso de identidade da pessoa, pois são acompanhados de sentimentos de estranhamento de si e do mundo, empobrecimento do eu, alterações emocionais (pessimismo ou delírios de grandeza) e até sensoriais (alucinações). 3) É frequente o tratamento ocorrer de maneira involuntária, pois em muitos casos não há como obter a adesão voluntária e consciente ao tratamento, seja pelo tabu, pelo uso descontínuo de psicoativos ou sua recusa. 4) É comum o autoestigma, devido ao transtorno mental na sociedade moderna ocidental ter sido associado à periculosidade e incapacidade por muito tempo, logo, à deterioração da identidade positiva da pessoa (Goffman, 1988). 5) O tratamento em serviços fechados, sobretudo hospitais especializados agravam o cenário, pois reforça

estigmas como a “carreira moral do doente mental” (Goffman, 1992), que inicia com a pessoa detentora de direitos, podendo culminar numa espécie de “morte social”.

Do ponto de vista da experiência dos familiares, como analisam Teixeira *et al* (2021), para alguns, já a partir da primeira internação em hospitais especializados, a experiência de sofrimento com o transtorno mental inicia-se com o distanciamento do território, pela centralidade dos hospitais psiquiátricos nas capitais. A reforma psiquiátrica preconiza o cuidado no território, mas, nem todo serviço de saúde está qualificado para o manejo de quadros agudos ou a crise em saúde mental, alguns até resistem a recebê-los. Como a maioria dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) não tem funcionamento noturno nem nos fins de semana e há poucos Caps III, conseqüentemente, sendo comum o acionamento do modelo manicomial. Vale destacar que a distância não impacta apenas os relacionamentos, mas também o orçamento doméstico.

Por outro lado, os projetos terapêuticos institucionais e os processos de trabalho institucionais, no geral, não incluem um trabalho social com as famílias, que nem sempre participam da tomada de decisão sobre o destino do indivíduo em questão, nem são qualificadas para o seu manejo, sobretudo em contexto de crise. Como mostram Teixeira *et al* (2021), desconsideram-se as particularidades de cada circunstância e de cada família. Estes acabam aprendendo a prover cuidado no modelo “ensaio e erro” (Rosa, 2011).

Em alguns hospitais especializados ainda persistem práticas que reiteram a violência institucional, o que é possível ser notado na falta de qualificação das pessoas encarregadas de promover a contenção física/mecânica; ou pela ausência de comunicação com o usuário, que mesmo consciente e com independência, não é informado pelos profissionais sobre os caminhos de seu atendimento, reforçando tabus e resistências, bem como intensificando sentimentos de abandono, “traição” e “morte social”. Também por isso, as sobrecargas, objetivas e subjetivas pairam sobre os familiares cuidadores, exigidos inclusive a serem acompanhantes da pessoa internada, sobretudo em risco de tentativas de suicídio. Os serviços desconsideram que o tempo de cuidar tende a colidir com o tempo de trabalho e ao invés de acolher há uma tendência de culpabilização das famílias, desconsiderando-as como sujeitos de direitos, ressaltando-se muitas vezes apenas os seus deveres. Nesse diapasão, por vezes familiares cuidadoras também se encontram em crise, precisando de abordagens que aliviem o sofrimento e ofereçam suporte/retaguarda assistencial.

Na contramão desse horizonte, muitos profissionais ainda caem no equívoco de entender e indicar cuidados paliativos apenas para tratamento de fim de vida (numa perspectiva etarista ou de doenças sem cura). Santos (2011) afirma que independente da doença ou condição envolver morte a “curtíssimo (horas a dias), curto (dias a meses) ou médio (meses a ano) prazo” (p. 12), são indicados os cuidados paliativos – o que coloca o imperativo de educar a equipe de saúde como um todo para este manejo. Pois tanto pacientes em estado terminal ou já em cuidados paliativos podem desenvolver ideação suicida quanto pessoas que tentam suicídio podem ser alvo de cuidados paliativos devido à gravidade e/ou letalidade do meio usado para morte.

Barboza (2023) explana que um quadro de dor física e/ou doença crônica costuma provocar alterações emocionais, sendo por isso colocadas pela OMS (2000; 2014) como fatores de risco para tentativas de suicídio.

Doenças como câncer, transtornos neurológicos, esclerose múltipla, Coreia de Huntington, lesões espinhais, epilepsia, lesões cerebrais, tumores cerebrais, acidente vascular cerebral, AIDS, doenças cardíacas, pulmonares e renais, entre outras, podem representar um aumento do risco de suicídio, por estarem acompanhadas por dor, preocupações, agravamento de transtornos mentais, limitações no comportamento social e perda das capacidades laborativas (...). Indivíduos com dores crônicas também apresentam maior risco (ESPPR, 2019, p. 34).

Estima-se que o ter de lidar com estas dores ou doenças pode estar relacionado a até 51% dos suicídios o mundo, não somente pelo medo da morte premente, mas também ao medo do prolongamento de uma vida sem dignidade, devido à dependência física que se coloca em cena e/ou a um desejo de acelerar a morte em virtude da ausência de perspectivas de um resto de vida em meio à dor (Barboza, 2023). Ressalta-se que o quadro de ideação suicida pode se apresentar antes e até durante o momento da internação hospitalar, o que demanda um trabalho de atenção, humanização e cuidados paliativos para e pelos profissionais e um trabalho social com os cuidadores (familiares ou profissionais) que respondem pela pessoa diante dos serviços de saúde, posto que também os afeta (Rosa, 2003).

### **3 TENTATIVA DE SUICÍDIO NA EMERGÊNCIA**

Apesar da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1990), conceituar Cuidados Paliativos como uma abordagem que melhora a qualidade de vida de “pacientes” e suas famílias, que enfrentam problemas associados a ‘doenças’ que ameaçam a vida, e a tentativa de suicídio não

ser considerada uma doença, mas um agravo, entendemos que a abordagem em cuidados paliativos após uma tentativa de suicídio que não chega à emergência hospitalar ainda como óbito, mas que tem o alto risco desse desfecho, coloca em discussão a necessidade e urgência de um melhor acolhimento à família, possibilitando por exemplo despedidas dignas em um tipo de morte que tende a ser repentina, traumática, violenta e, por isso, deixar muitas questões problemáticas em cena potencializando um luto complicado<sup>4</sup>.

Em se tratando de lutos complicados que têm como pano de fundo um suicídio, fazer um acolhimento digno, humanizado e competente contribui com a redução da incidência de futuros suicídios, fazendo uso do trabalho de posvenção<sup>5</sup> e encaminhamentos que possam auxiliar os sobreviventes enlutados do suicídio para cuidados em prevenção de adoecimento e promoção de saúde mental. Para que essa demanda não retorne para a rede psicossocial em forma de adoecimento, absenteísmo e outras expressões.

Santos (2009) alerta que em se tratando de Unidades de Terapia Intensiva - UTI, todo paciente lá internado deveria receber cuidados paliativos, uma vez que estão com sua vida sob ameaça (perfil desta unidade). Ressaltamos que isso não exclui a busca de cura e o cuidado curativo, mas apenas prepara o sujeito internado e a família para tudo que possa acontecer. E nesse “tudo” está a possibilidade de o paciente não resistir, a despeito da intervenção realizada pela equipe. Nos espaços ocupacionais da saúde, talvez mais que em outros, isso pode ser desafiador, tendo em vista que majoritariamente a formação dos profissionais de saúde se voltam mais à perspectiva curativa, o que dificulta a alguns profissionais sequer conseguir pensar em tratar da morte como uma possibilidade no atendimento, não conseguindo também abordá-la com o usuário ou a família.

Estima-se que entre 1/3 à metade dos profissionais que tratam semanalmente de casos de suicídio, acabem por ter que lidar também com os impactos emocionais, como: raiva, abalo narcísico nas suas ideias de onipotência e culpa (Botega, 2015) – o que requer responsabilidade do Estado em dispor de espaços de formação, acolhimento e tratamento para cuidar de quem cuida. Afinal, a principal tecnologia em saúde mental é baseada na tecnologia leve (Merhy, 2002), alicerçada no relacionamento humano, no encontro e no vínculo construído entre o profissional de saúde e os usuários dos serviços.

---

<sup>4</sup> Maria Helena Franco (2010) aponta que o luto complicado se caracteriza por uma desorganização prolongada que impede o enlutado de retomar suas atividades.

<sup>5</sup> Barboza (2023) apresenta o termo posvenção para se referir a ações de apoio aos sobreviventes da perda por suicídio, visto que a morte e como o luto será manejado podem acarretar em risco de suicídio para quem fica.

#### 4 ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

Cuidados paliativos e suicídio são dois temas que ainda podem ser considerados emergentes para o Serviço Social, visto a pouca literatura que oriente a atuação dos/as assistentes sociais. Evidentemente, a teoria social aglutina e indica os elementos transformadores da realidade, mas, para isso, são necessárias mediações. Entendemos que o intuito da teoria social crítica marxista é a reconstrução do movimento do real pela via do pensamento, analisando situações concretas a fim de subsidiar a transformação da realidade, superando sua forma fenomênica, empírica e aparente (Lenin, 2010). Embora nem sempre ela ofereça conhecimentos específicos imediatos para o desenvolvimento de uma ação, sempre apresenta conteúdos teórico-políticos que darão consistência àquela. Afinal, a teoria social tem a função de oferecer parâmetros para uma análise criativa que “recupere as especificidades do processo de formação da sociedade, dos movimentos e inflexões conjunturais, dos atores e forças políticas ali presentes” (Iamamoto, 1997, p. 179).

Sobre isso, vale trazer à tona a importância da atuação do Serviço Social nessa problemática visto que, por vezes, há questões de cunho social abrangentes e cruciais para dar andamento à algumas situações limite que tendem a passar despercebidas por outras profissões, por exemplo: se o usuário que tentou se matar e está sem perspectiva de sobrevivência é o provedor da casa, ou é o único responsável pelas crianças que vivem no domicílio, ou tem um trabalho sem vínculo previdenciário, o que desafiará a sobrevivência material daquela família enquanto o paciente estiver internado ou caso chegue a falecer. Em qualquer destas situações, urge uma atenção e intervenção social.

É essencial detectar demandas sociais que repercutam no acompanhamento da família à pessoa que está internada, como transporte, alimentação, estadia (caso morem em município diferente do hospital), avaliando as fontes que podem ser acionadas, atentando às especificidades de cada família e suas diferentes disponibilidades de tempo, recursos, suporte social (formal e informal), olhares e ações sobre a morte iminente. Igualmente, observar os conflitos familiares que costumam vir à tona nesse momento, se há sobrecarga de um cuidador, pois estes podem ser potencializadores de novas tentativas de suicídio. A reorganização do cotidiano do paciente e da família pode implicar sérios problemas trabalhistas, intimamente relacionados à renda familiar (Mingione, Magni e Pereira, 2011 *in* Santos, 2011), e comprometer a vida das cuidadoras e muitas vezes da família como um todo.

Ressalta-se que apesar da universalidade do SUS, entre 70 a 80% dos usuários em internação são pobres (Barata, 2008), e como a pobreza no Brasil tende a habitar determinados corpos da classe trabalhadora mais do que outros, é constitutivo da ação de assistentes sociais atuar nos marcadores da desigualdade social que se interseccionam no interior da classe, como geração, gênero e raça/etnia.

Embora nem sempre faça parte da realidade possível do trabalho do/a assistente social em hospitais a prática de visita domiciliar, este pode e deve acionar outros serviços da rede (como Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, Centro de Referência da Assistência Social - CRAS, Atenção Básica, etc) a fim de subsidiar o estudo social do caso com realização de visita domiciliar, analisando contexto socioeconômico, dinâmica familiar, rede de suporte e, principalmente, fornecer orientação e encaminhamentos que viabilizem direitos. Também é indispensável a realização de pesquisas que decifrem manifestações da questão social, para subsidiar as equipes profissionais sobre modos de vida e produção de saúde e cuidado.

É imprescindível conhecer os principais fatores de risco para suicídio, especialmente aqueles que são modificáveis e, no nosso caso, que guardam relação com seu meio social, para poder atuar sobre eles, como: histórico anterior de tentativa de suicídio, estar desempregado ou aposentado, isolamento social, ser migrante, dinâmica familiar violenta, presença de dor ou doença crônica incapacitante, facilidade de acesso a meios letais, estigmatização, discriminação no território e outros. Essas, muitas vezes não serão levadas em conta no plano de atendimento, pois consideradas “irrelevantes”, “variáveis sombra” (Saraceno; Asioli; Tognini, 1994), frente ao predomínio das “variáveis fortes”, biomédicas, de intervenção medicocentradas. O que coloca o imperativo das contribuições do olhar do social, a fim de instrumentalizar usuário e família para o cuidado e redução dos danos.

É necessário aderir aos protocolos de comunicação de notícias difíceis, o que ainda é desafiador para muitos profissionais, inclusive porque às vezes não houve sequer a oportunidade de estabelecer um relacionamento prévio com o usuário. Ter que ser o/a portador/a da fatídica notícia de que não há cura a oferecer (o que não é sinônimo de “não há nada que possamos fazer”) é uma tarefa penosa, ainda mais tendo em vista os poucos recursos efetivos para os cuidados paliativos na rede de saúde.

Asseveramos que acompanhar, dar suporte e também compartilhar e aprender com cada um dos usuários e famílias exige uma disponibilidade que não vem sem um preparo prévio. O qual, não tem sido oferecido pelas graduações de forma geral, apesar de desde 2004 se ter uma

Política Nacional de Educação Permanente (2004), que se propõe a associar aprendizagem-trabalho. Outros elementos que dificultam esse trabalho são: condução de ações sem que haja, necessariamente, uma responsabilidade compartilhada; falsas promessas de cura, o que é conhecido como mentira piedosa; “conspiração do silêncio”; uso de distanásia; frágil relação de confiança entre equipe e paciente/familiar (INCA, 2010).

Para auxiliar a preparação para este momento da comunicação de notícias difíceis, do qual o/a assistente social pode e deve fazer parte, existe o Protocolo Spikes – elaborado por um grupo de oncologistas americanos e canadenses. Vamos entender do que se trata o Protocolo SPIKES. O S, de *Setting up*, se refere à preparação/treino para o encontro, pois há muitos detalhes importantes a serem lembrados, como: que apesar de a notícia poder ser triste (o paciente pode não sobreviver), é importante manter a calma, pois as informações dadas podem ajudar o paciente e a família a planejarem os próximos passos; escolher um lugar calmo e que permita que a conversa seja particular (pois no caso do suicídio, a família pode ter uma série de tabus sobre o assunto, como se envergonhar de que alguém saiba que seu ente tentou se matar); manter um acompanhante com o paciente e/ou familiar, pois isso costuma deixá-los mais seguros e o/a auxiliará a lembrar do que será conversado (pois, por mais responsivos e conscientes que pareçam estar, estes ainda podem estar no choque de ter encontrado um corpo desacordado, urinado, vomitado, com presença de sangue ou outras características comuns a tentativas de suicídio – o que dificultará que a mente mantenha lembrança da conversa posteriormente).

O P, de *Perception*, se refere a perceber o paciente/familiar. Aqui é importante investigar o que ele/a sabe do que está acontecendo, procurando usar perguntas abertas (por exemplo: você sabe se seu parente já havia apresentado problemas com comportamento suicida? Já houveram outras tentativas antes? Se sim, foi com o mesmo meio letal? Ele/a já verbalizou que desejava morrer? Conseguem perceber elementos/acontecimentos que surgem logo antes dessas tentativas?).

O I, de *Invitation*, trata-se de um convite para o diálogo. Aqui é importante que seja identificado até onde o paciente/familiar quer saber sobre o que está acontecendo, se quer ser totalmente informado ou se prefere que outra pessoa saiba e tome as decisões por ele/a (por exemplo: quais as chances de sobrevivência; se há riscos de consequências, como uma tetraplegia; se houve algum conflito entre eles logo antes da tentativa e se foram ditas ou omitidas coisas que gostariam de ter oportunidade de falar para o/a paciente e que, como

profissionais, podemos intermediar). Se deixarem claro que não desejam falar sobre o assunto, mantenha-se disponível para conversar em outro momento, se mudarem de ideia.

O K, de *Knowledge*, se refere a transmissão das informações. É crucial nesse momento falar sobre do que se trata o suicídio como sofrimento e adoecimento mental com todas suas multifatorialidades, tentando dissipar qualquer resquício de culpa que possa haver na família – isso tende a prevenir lutos difíceis caso o paciente não sobreviva. É importante ter atenção ao uso de palavras adequadas ao vocabulário do paciente/familiar, e se certificar se ele/a está entendendo o que você está falando.

O E, de *Emotions*, trata de expressão das emoções. Sinaliza a importância de aguardar a resposta emocional que vem após a notícia, dar tempo ao paciente/familiar, para chorar, ficar em silêncio, sair do choque e o que mais possa ser expressado nesse momento. Recomenda-se manter uma postura compassiva, pois quanto maior for o vínculo, maior tende a ser a resposta emocional. Barboza (2023, p. 291) aponta que falar sobre o assunto permitiria um momento de alívio e de expressão de sentimentos que, se não bem manejados, podem levar os familiares ou outras pessoas impactadas por a perda a um sofrimento e adoecimento como o do seu ente, inclusive criando fantasias de reencontro através de morte semelhante.

E, por último, vem o S, de *Strategy and Summary*, que se refere a resumir e organizar estratégias. Há de se deixar claro para o usuário/familiar que ele/a não será abandonado/a, que existe um plano, curativo ou não (INCA, 2010). Mesmo quando não é possível fazer mais nada para salvar o corpo, sempre há algo a se fazer para salvar a alma (como centro das emoções) se não a de quem vai (por não termos tempo hábil), com certeza a de quem fica.

Aqui destacamos o princípio do Código de Ética do assistente social, que reconhece a liberdade como valor ético central e as demandas políticas a ela inerentes: autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais. Liberdade corresponde à existência de alternativas, à possibilidade de escolhas, logo, é importante que usuário e familiares conheçam quais as suas possibilidades de escolha diante desses quadros. E autonomia aqui não abrange só a capacidade de independência para tomar decisões (que é possível que no momento da internação o paciente já não tenha), mas também a valorização e respeito sobre opiniões e escolhas deste (que pode ter deixado um testamento vital) e dos outros durante a intervenção profissional. Vale ressaltar que o desrespeito ao usuário não ocorre apenas por ação explícita, mas também por ações discretas e por omissão.

Ainda há uma forte presença do neoconservadorismo na profissão, que endossa tabus, estigmas e discriminações no cotidiano das instituições onde as políticas sociais são implementadas. Não raro, profissionais que atuam na saúde hostilizam e revitimizam pacientes que dão entrada após uma tentativa de suicídio, devido às suas crenças morais e religiosas, bem como desconhecimento, que tornam profissionais hostis, antiéticos e omissos. Almeida *in* CRESS-RJ (2013) alerta que práticas que contribuem para a discriminação são protagonizadas não apenas por profissionais, mas também por usuários, familiares e gestores, sendo construções sociais e, como tais, passíveis de serem desconstruídas através do trabalho político e educativo. Para tanto, lembramos o 10º princípio do Código de Ética, que destaca a importância do aprimoramento intelectual como condição para compreender a realidade e a questão social de forma crítica, bem como para buscar mecanismos e instrumentos para a ampliação de direitos (Barroco e Terra, 2012).

## **5 CONCLUSÃO**

Ainda há um longo caminho a percorrer a fim de atuar diante da complexidade desses dois temas sinônimos de tabus: morte e suicídio. O que não é uma tarefa fácil, considerando a complexidade e necessária conexão entre vários atores e distintos saberes no compartilhamento de cuidado interdisciplinar e ações intersetoriais na rede de atenção, que possibilitem a integralidade da atenção ao indivíduo com histórico de tentativa suicida.

Por fim, pensar no suicídio na sociedade do capital requer desvelar sua natureza destrutiva e contraditória, visto que é reconhecidamente pautada na exploração e caracterizada por opressão, desigualdade, competitividade e que, na atual quadra do capital, tem dado respostas individualizantes, barbarizantes e majoritariamente medicamentosas ao adoecimento e sofrimento, negando sua dimensão política e social.

## **REFERÊNCIAS**

ARANTES, A.C. Q. **A morte é um dia que vale a pena viver**. Rio de Janeiro: Sextante, 2019.

ARIÈS, Philippe. **História da Morte no Ocidente**: da idade média aos nossos dias. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.

BARATA, Rita Barradas. Acesso e uso de serviços de saúde: considerações sobre os resultados da pesquisa de condições de vida 2006. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 19-29, jul./dez. 2008.

BARBOZA, Fernanda Luma G. **Suicídio: o que sabemos e o que há para além do discurso hegemônico**. São Paulo: Editora Dialética, 2023.

CRESS-RJ, Conselho Regional de Serviço Social (Org.). **Projeto ético político e exercício profissional em serviço social: os princípios do código de ética articulados à atuação crítica de assistentes sociais**. Rio de Janeiro: CRESS, 2013.

GOFFMAN, E. **Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

INCA, Instituto Nacional de Câncer (Brasil). **Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde**. Rio de Janeiro: INCA, 2010.

KOVÁCS, M. J. **Educação para a morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação**. São Paulo: FAPESP/Casa do Psicólogo, 2003.

MATSUMOTO D. Y. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: Carvalho RT, Parsons HA (Org.). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP - Ampliado e Atualizado**. 2. ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. p. 23-30.

MERHY, E. E. **Saúde – a cartografia do trabalho vivo**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

ROSA, L.C.S. **Transtorno mental e o cuidado na família**. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

SANTOS, Franklin Santana. **Cuidados Paliativos: Diretrizes, humanização e alívio de sintomas**. São Paulo, SP: Atheneu, 2011.

SARACENO, B; ASIOLI, F.; TOGNONI, G. **Manual de saúde mental**. São Paulo: Hucitec, 1994.

TEIXEIRA, V. S.; MONTEIRO, C. B.; FERREIRA, E.C et al. Primeira internação psiquiátrica na visão dos familiares. **Rev. Latinoamericana Psicopat. Fund.**, São Paulo, 24(3), 704-720, set. 2021.

## Mesa Coordenada 1

### ATUAÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL COM A SAÚDE MENTAL

## TENDÊNCIAS DA INTERVENÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA ATENÇÃO À CRISE EM SAÚDE MENTAL

[10.51205/sinespp.2024.mesa.artigoartigo003](https://10.51205/sinespp.2024.mesa.artigoartigo003)

## TRENDS IN THE INTERVENTION OF SOCIAL WORKERS IN MENTAL HEALTH CRISIS CARE

Fernanda Luma Guilherme Barboza<sup>1</sup>

Lucia Cristina dos Santos Rosa<sup>2</sup>

Thaís de Andrade Alves Guimarães<sup>3</sup>

### RESUMO

Este ensaio, subproduto de pesquisa realizada no contexto nordestino brasileiro, objetiva repensar as tendências da intervenção de assistentes sociais na atenção à crise em saúde mental. Parte das experiências das autoras e do acervo da categoria. O primeiro tópico contextualiza histórica, política e conceitualmente o legado sobre a crise em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. O segundo, busca apreender as apropriações sobre a crise a partir do Serviço Social brasileiro, explorando as tendências da direção do exercício profissional. A pesquisa se deu através de levantamento bibliográfico e documental em bibliotecas digitais. Concluiu-se que há muito a construir para um Serviço Social robusto na emergência em saúde mental, qualificando respostas críticas e propositivas que apreendam as múltiplas refrações da questão social à luz da totalidade.

**Palavras-chave:** Serviço Social. Crise em saúde mental. Reforma psiquiátrica.

### ABSTRACT

This essay, a by-product of research carried out in the Brazilian northeastern context, aims to rethink the trends in social worker intervention in mental health crisis care. Part of the experiences of the

<sup>1</sup> Coordenadora da Mesa. Coordenadora do Projeto Sobre Suicídio. Doutora em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). E-mail: fernanda.lumaas@gmail.com.

<sup>2</sup> Professora do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Piauí. Doutorado em Serviço Social (UFRJ). E-mail: profaluciarosa@gmail.com.

<sup>3</sup> Assistente Social do Núcleo de Acessibilidade da Universidade Federal do Piauí (NAU/UFPI), Doutora em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). E-mail: thais.guimaraes@ufpi.edu.br.

authors and the category's collection. The first topic historically, politically and conceptually contextualizes the legacy of the mental health crisis in the context of Brazilian psychiatric reform. The second seeks to understand the appropriations of the crisis from the Brazilian Social Service, exploring the trends in the direction of professional practice. The research was carried out through bibliographic and documentary research in digital libraries. It was concluded that there is much to be built for a robust Social Service in mental health emergencies, qualifying critical and propositional responses that grasp the multiple refractions of the social issue in light of the totality.

**Keywords:** Social worker. Mental health crisis. Psychiatric reform.

## 1 INTRODUÇÃO

Apesar da política de saúde brasileira ser um dos maiores campos empregadores de assistentes sociais e o Serviço Social ser considerado uma das profissões da saúde, durante o período formativo na graduação por vezes há incipientes mediações para intervenções nas múltiplas expressões da questão social nessa área, tais como as que atravessam a saúde mental. Afinal, como já pontuou Iamamoto (2008), apreender a questão social é também apreender como os sujeitos a vivenciam.

Nesse contexto, são bem-vindas formações complementares, idealmente de forma contínua e permanente, que potencializem a habilitação tanto a fazer a crítica da racionalidade posta no atual estágio do capital (que, no caso da saúde mental, tem apostado numa linha de uso de práticas neoliberais para gerir o sofrimento), quanto a aprimorar seus conhecimentos numa determinada direção societária e profissional.

O Sistema Único de Saúde (SUS), ao definir saúde a partir dos determinantes sociais do processo saúde doença, também traz outros elementos, de um lado reforçadores acerca da importância da profissão, pois convoca a perspectiva de integralidade, totalidade, como condensa a perspectiva marxiana, inerente ao Projeto Ético-Político do Serviço Social brasileiro. Mas, também tensionadores, pois o social passa a ser incorporado como pressuposto das intervenções de toda profissão e trabalhadores no/do campo da saúde, configurando-se pela polissemia, abrangência e “imprecisão” conceitual (Costa, 2000).

Diante disso, o profissional integra equipes multiprofissionais, em diferentes espaços da política de saúde mental, sendo muito comum o comentário acerca do desconhecimento pelas outras profissões, de o que é e o que faz o Serviço Social, fazendo-se necessário intensificar o debate acerca dos acúmulos da profissão em relação à sua intervenção na saúde mental.

Este ensaio é subproduto da pesquisa participação de assistentes sociais na atenção à crise em saúde mental, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí. Objetiva trazer elementos para repensar e problematizar a inserção e a intervenção do/a assistente social em contexto de crise em saúde mental, assim como contribuir para o debate sobre a profissão no cenário de ameaças à reforma psiquiátrica brasileira e de avanço do neoconservadorismo. O mesmo parte do acervo produzido pela categoria, de domínio público, sobre atuação a partir das urgências e emergências em saúde mental. Para tanto, recuperou-se, através de uma breve contextualização histórica, as discussões políticas, conceituais e o legado sobre a crise em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. Em seguida, busca-se apreender as discussões sobre a crise a partir da produção do Serviço Social e experiências das autoras.

## **2 A CRISE EM SAÚDE MENTAL E SUA APROPRIAÇÃO PELA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Desde a apropriação biomédica da loucura pelos saberes da psiquiatria, a partir da sociedade moderna, capitalista, a loucura é reduzida a uma doença, na perspectiva anatomopatológica, ou seja, como se fosse estritamente orgânica, mais recentemente relacionada à neuroquímica cerebral, mas materializada em sinais e sintomas circunscritos à clínica psiquiátrica.

Em pesquisa realizada por Artur Perrusi (1995, p. 226) sobre as representações da doença mental, o autor já pontuava que a hegemonia do modelo biomédico de doença trazia entraves, na medida em que o que vem sendo entendido como “sintoma psiquiátrico” engloba comportamentos desviantes, o que, por sua vez, proporciona que o entendimento e discurso hegemônico presente na saúde mental seja usado como tecnologia de normatização, controle e dominação dos corpos e de naturalização da barbárie, dificultando que seja percebido o significado político e social desse tipo de intervenção ou entendimento. Sob esse endereçamento, o autor mostra ainda que a representação do médico psiquiatra sobre a doença mental (ao qual acrescentaríamos todas as demais áreas do conhecimento, que muitas vezes têm sido replicantes desse discurso) é reduzida ao diagnóstico que irá direcionar todo o resto que vem a seguir como ideia de tratamento, desconsiderando a complexidade e pluralidade que envolve a experiência de diferentes usuários e diferentes transtornos mentais.

Ressaltamos que considerar os transtornos mentais um problema estritamente químico e biológico é funcional para o capitalismo, e uma ameaça de retrocesso ao conservadorismo tão presente na história do Serviço Social, quando flerta e reforça discursos e intervenções/omissões conservadoras, ao individualizar problemas sociais. Essa bioquimicalização (Fisher, 2020) do sofrimento extremo e transtornos mentais é diretamente proporcional à despolitização dessa discussão na política de saúde mental, além de alimentar o mercado das multinacionais farmacêuticas. Nesse ponto, vale enfatizar que essa discussão não vem se colocar numa negação da existência do impacto fisiológico e/ou neuroquímico cerebral dos transtornos mentais, mas sim questionar o atual caminho adotado, que ao colocar tudo na conta da “multifatorialidade” acaba por não dizer nada sobre a causa destes, e bem pouco sobre a cura.

O paradigma biomédico é fortalecido na década de 1950, com a disponibilização dos neurolépticos no mercado farmacêutico mundial, fato que, também amplia a possibilidade do cuidar em “liberdade”, pela contenção não mais institucional, mas, química. Com isso, houve maior estreitamento da atenção desse segmento com a categoria médica, que diagnostica, prescreve e define a terapêutica, pautados na internação e na medicalização.

Aqui cabe um parêntese para esclarecer esse último termo. Medicalização da vida não deve ser entendida como medicamentarizar (ato de medicar, que é apenas uma das facetas da medicalização). A cultura da medicalização trata de traduzir um conjunto de fenômenos sociais sob a ótica da saúde (majoritariamente biomédica). O que implica transformar experiências consideradas indesejadas (de ordem social, moral ou política) em objetos da saúde (Freitas e Amarante, 2017), o que impactará normas de moral, comportamentos sociais e direções do que é entendido como cuidado, principalmente na política de saúde mental. Por exemplo, se alguém procura um assistente social e verbaliza estar pensando em se matar e tem como primeiro (e às vezes único) encaminhamento a figura do psiquiatra, a categoria pode estar sendo tão medicalizante quanto um médico. Afinal, contida nas entrelinhas desse encaminhamento há um entendimento que a única coisa que aquele indivíduo precisa é de uma pílula mágica para seu cérebro – o que desconsidera a direção dos pressupostos da reforma Psiquiátrica brasileira e deslegitima que aquele sofrimento guarda intensa relação com as condições da sua vida social.

Mesmo após promulgação da Reforma Psiquiátrica, a atenção à crise em saúde mental começa a ser sucateada em variadas direções, coexistindo vários paradigmas. O Caderno de

Atenção Básica nº 34 (Brasil, 2013), endossa esse direcionamento, mostrando o quão trabalhadores da saúde se sentem inseguros e despreparados para dispensar cuidados pessoas em sofrimento extremo ou adoecimento mental. Ressaltamos que a aptidão para o manejo à pessoa em crise se impôs, sobretudo, com o aumento dos casos de adoecimento mental durante e após a pandemia da COVID 19.

O caderno supracitado traz importante ressalva ao desconstruir a ideia de crise associada exclusivamente à serviços de saúde, associando-a constitutivamente à condição humana. Nesse campo, a principal tecnologia em saúde utilizada é a do tipo leve (Merhy, 2007), baseada no relacionamento humano, o que exige saber se comunicar, se relacionar e negociar. No paradigma psicossocial, medicar e internar devem ser os últimos recursos acionados, após serem consideradas outras ofertas (Brasil, 2013). Logo, o manejo a situações de crise deve ser considerado “essencialmente relacional”, sendo o profissional é situado como um mediador entre o usuário e sua rede de relações sociais. Nesse diapasão,

Não há local específico e unicamente responsável por acolher às situações de crise. A abordagem às situações de crise deve acontecer no local onde se encontra o usuário, ou seja, em seu circuito de vida ou de cuidado: a casa, rua, UBS, Caps, pronto socorro etc., não sendo de exclusividade do profissional médico ou mesmo do profissional de Saúde. Manifestar disponibilidade de escuta, negociar processualmente a aproximação são posturas fundamentais para a busca de encontro com o usuário (Brasil, 2013, p. 102).

Logo, desde que instrumentalizado minimamente para tal fim, qualquer instituição e profissional, que não apenas o médico, podem e devem oferecer algum nível de suporte a uma pessoa em situação de crise em saúde mental. Mas, com certeza, espera-se de um profissional/trabalhador da saúde mental, um preparo mais substancial.

Como discute Zeferino (2015), o conceito de crise é polissêmico, variando em cada época, lugar, cultura, entre as diferentes profissões e profissionais, sendo um campo de disputas teóricas, políticas e éticas. Dias, Ferigato e Fernandes (2020, p. 596) conceituam a atenção à crise em saúde mental como “um conjunto de práticas de cuidado desenvolvidas no âmbito do modelo comunitário de atenção e se desenvolve junto a usuários em situações consideradas agudas e graves”.

Historicamente a emergência em saúde mental (comumente chamada de psiquiátrica) está vinculada à agudização de sintomas psicopatológicos, ao momento do surto e a tratamentos farmacológicos e segregadores, assumindo uma conotação negativa. Com base em Dell’Aqua (1991), as autoras exploram as situações de crise a partir de cinco parâmetros,

exigindo a existência de pelo menos três: “grave sintomatologia psiquiátrica; grave ruptura no plano familiar e/ou social; recusa do tratamento; recusa obstinada de contato e situações de alarme” (p. 34) e incapacidade pessoal de afrontá-las.

Entretanto, como mostram Dias; Ferigato e Fernandes (2020), na disputa pela manutenção da hegemonia biomédica, o conceito de crise em saúde mental associada à medicina anatomopatológica é que se enraizou e persiste. Os autores apontam para as contradições e particularidades da atenção à crise em saúde mental cujas características, o modelo biomédico se mostrou insuficiente para dar conta, redirecionando-a para o paradigma psicossocial, a partir da perspectiva da inclusão, vínculo, conhecimento da história e contexto do sujeito, valorização da singularidade e pautada no conceito de vulnerabilidades.

Saraceno, Asioli e Tognoni (1994, p. 22), ressaltam a importância de se lançar luz às “variáveis sombras” (recursos individuais; contexto de vida, inclusive familiar; recursos dos serviços de atenção e da rede socioassistencial), ou seja, lançar luz para os determinantes sociais do processo saúde-doença, normalmente desconsiderados pelo paradigma biomédico, em contraponto às variáveis fortes (diagnóstico, agudeza ou cronicidade e história da enfermidade).

No caso das demais profissões, se há uma concordância com a ideia de bioquimicalização da doença, há uma concordância implícita que não há o que a minha profissão possa intervir. É por essa razão que se torna necessário enfocar esse indivíduo de um modo que coloque entre parênteses a sua doença (Basaglia, 1985), visto que ela não diz tudo sobre esse ele.

A psiquiatria hegemônica conservadora segue dominada por um biologicismo que não estimula (e, por vezes, não acata) o diálogo com outros campos do conhecimento. Fascinados (e patrocinados) pela discussão da química do cérebro, e todas as pílulas mágicas de regulação cerebral, desconhecem e/ou negam que a crise do indivíduo guarda relação e é impactada pelo seu contexto de vida e pelas expressões da questão social (Barboza, 2023).

Hoje há novos elementos, ferramentas para ampliar a discussão, alterar as práticas e ampliar a cidadania da pessoa em sofrimento extremo e/ou com transtorno mental, trazendo inclusive experiências de outros países, tais como: o cartão da crise; os grupos de ajuda mútua e de ouvidores de vozes; a comunidade de fala; gestão autônoma da medicação; o método diálogo aberto e outros que tem recuperado a importância das dimensões interseccionais. Configurando-se como ferramentas para contribuir no processo de desinstitucionalização,

desmedicalização, despatologização e fortalecimento do protagonismo, participação e controle social de usuários e familiares.

Sob a égide da clínica ampliada, que implica o social, como se situa o/a assistente social como componente da equipe multiprofissional na atenção à crise em saúde mental brasileira? Que apropriações implementam? E, talvez a questão mais crucial, falando da sociedade capitalista, baseada na exploração, opressão, desigualdade, individualismo e tantos outros fenômenos produtores de sofrimento e adoecimento, onde se conectam esses elementos na análise e intervenção do Serviço Social?

### **3 O/A ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO À CRISE EM SAÚDE MENTAL**

Há uma potência e relevância no trabalho do/a assistente social, embora siga por vezes tido como subalterno no trabalho em equipe por diversas razões: questões macroestruturais, sobretudo pelas crescentes contratações por terceirizações, desfinanciamento, congelamento orçamentário imposto (pela Emenda Constitucional 95/2016, que dispõe sobre o teto dos gastos públicos) e sucateamento do SUS; mas também, por fatores internos da categoria, que ora secundariza a discussão da saúde mental, ora intimida outras discussões (sob o manto do “risco da psicologização”), ora deturpa a discussão pela adoção de perspectivas como a do Serviço Social clínico, terapias familiares ou terapias sistêmicas. O resultado é que a saúde mental, um espaço sócio-ocupacional presente desde as origens da profissão no país, ainda tem uma parca produção, sobretudo em emergências. Mas, a literatura do campo traz importantes elementos sobre os direcionamentos da intervenção profissional.

Nossa pesquisa procedeu a um levantamento no google acadêmico, Biblioteca Virtual em Saúde-BVS e Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações – BDTD, com base nos descritores Serviço Social; assistente social e emergência psiquiátrica. Para a análise, também foi incluído o que foi localizado a partir do tema do suicídio, no diálogo com o Serviço Social. Foram localizados 8 trabalhos em português, realizados no Brasil, considerando-se apenas aqueles com disponibilização total da obra. A obra mais antiga data de 2014. Entre 2014 a 2022 aparece no geral uma obra por ano. A maioria tendo por base empírica, serviços de emergência localizados no estado do Rio de Janeiro (Sudeste). Entretanto, outras cidades também serviram de base empírica, como Fortaleza (Nordeste) e Santa Cruz do Sul (Sul).

O que pôde ser notado é que comumente impera uma abordagem bem genérica sobre o Serviço Social na emergência psiquiátrica, processando-se reflexões no geral amplas, voltadas para a importância/contribuições do Serviço Social nesse dispositivo. Quando há um foco mais específico, são destacadas ferramentas ou conceitos, tais como a palavra, a recepção, o acolhimento, a interdisciplinaridade. Ou, contextos específicos, como a abordagem de pessoas com ideação ou tentativas de suicídio e processos de trabalho do Serviço Social em Pronto Socorro. Ou, ainda, determinado público, como os adolescentes.

Ao explorar cada obra, observam-se três tendências, para e sobre o exercício profissional do assistente social. A primeira, aponta para o uso de ferramentas e conceitos específicos, que perpassam e convocam a práxis de todas as categorias profissionais que atuam no SUS, tratada de maneira genérica, por exemplo, a partir do acolhimento que faz parte da Política Nacional de Humanização (Moreira, 2016). Explicita-se o acolhimento integrado, mas, sem discussão sobre as competências e as atribuições do Serviço Social, com tendência à diluir o lugar ocupado pelo profissional, no geral, com esvaziamento das contribuições específicas da profissão. Até pelas polivalências das atividades realizadas, mais focadas nos interesses e objetivos institucionais, sem um plano de trabalho específico da área (Pimentel, 2014).

Embora muitos trabalhos busquem focar a interdisciplinaridade, há tendência de privilegiamento das ações em uma categoria e diluição das atribuições e competências das demais e também do trabalho colaborativo, realizado em comum. A segunda tendência, tende a reafirmar a subalternidade do Serviço Social no trabalho em equipe, com o Serviço Social participando no acolhimento inicial dos usuários, para triar, selecionar os direcionamentos do fluxo dos usuários na Emergência ou na rede socioassistencial (Oliveira, 2002), sem ser citado nas ações com grupo de pacientes e grupo de profissionais, aparentemente participando de maneira “secundária” no trabalho em equipe multiprofissional.

A pesquisa mostrou alguns limites na abordagem do trabalho em equipe que, quando atende migrantes, por exemplo, tal fato tende a persistir como invisível, sem merecer registros nos documentos assistenciais, sendo ignorados dados sociodemográficos fundamentais como naturalidade, escolaridade, religião, profissão e renda, indicadores que contribuem na caracterização das classes sociais preponderantes no serviço e, também, os impactos sobre o adoecimento/transtorno mental, como fator que vulnerabiliza ainda mais a classe trabalhadora migrante pobre, sem suporte familiar, desenraizada em metrópoles.

Tais sinalizações figuraram demanda para a profissão de Serviço Social, que tem alguns eixos para parametrar sua ação, sobretudo, o perfil investigativo, voltado para realizar estudos socioeconômicos sobre os usuários, levantando seu perfil e condição de classe social e, ações de articulação com a equipe de saúde (CFESS, 2014). O/a assistente social em um espaço de recepção/acolhimento pode também verificar a forma com que o usuário chega a uma emergência, muitas vezes, com direitos violados, até pela peregrinação sem resolutividade entre diferentes serviços, podendo sinalizar para a fragilidade da rede socioassistencial e/ou dos vínculos.

Nos textos de Costa (2020), Moreira (2016) e Pimentel (2014) são exploradas as precárias condições de trabalho das equipes plantonistas e em especial do/a assistente social, em alguns espaços, sem sala privativa, com contratos de trabalho terceirizados, sem instrumentais próprios, a despeito do que traz a resolução 493/2006 do CFESS. Stavizki Junior e Viccari (2018) sinalizam para limites no trabalho intrasetorial, entre serviços da própria política de saúde mental que, por exemplo, não realizam discussão de casos. O que exigiria a conexão entre vários atores e distintos saberes no compartilhamento de cuidado interdisciplinar além de ações intersetoriais, que possibilitassem a integralidade da atenção à pessoa demandante.

Nascimento, Rocha e Silva (2019), através de revisão bibliográfica narrativa, evidenciam que além da baixa produção do Serviço Social na abordagem do tema do suicídio, as intervenções ocorrem de formas raras e pontuais, focalizadas nos aspectos relacionados ao processo de internação e alta hospitalar do usuário (suporte familiar, transporte), encaminhamentos para a rede socioassistencial, apoio aos sobreviventes (pessoas que perderam alguém por suicídio) e aspectos relacionados aos princípios básicos de dignidade humana (como roupa e cesta básica), ganhando destaque uma atuação referenciada ao “caráter burocrático do fazer profissional” (p.115) frente ao suicídio.

Falar do ato de se matar impõe conhecer os principais fatores de risco, e, no caso do Serviço Social, especialmente aqueles que guardam relação com os determinantes sociais, para poder atuar sobre eles, como: o fato do usuário estar desvinculado do mundo do trabalho nessa sociedade que o centraliza (desempregado, aposentado), isolamento social, histórico de violência, facilidade de acesso a meios para se matar, e outros. Esses, muitas vezes não serão levados em conta no plano de atendimento biomédico, o que reforça o imperativo do olhar social.

Sob a subalternização, a diluição e a baixa reflexão e sistematização do Serviço Social na saúde mental em geral, Costa (2020, p. 189) endossa que “o Serviço Social vem privando o campo da saúde mental da riqueza de seu saber próprio, fértil de contribuições para que a Reforma Psiquiátrica alcance o seu projeto ético político: uma sociedade igualitária, que comporte as diferenças”. Discute ainda que os profissionais tem dificuldade em “dar concretude aos princípios da reforma psiquiátrica e ao projeto ético político profissional” (p. 190) referenciados no exercício profissional de forma abstrata, sem mediações a partir da realidade de vida dos usuários.

Destacamos o lugar privilegiado dos Parâmetros de Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde que, dentre outros elementos, aponta para a necessidade dos/as assistentes sociais desenvolverem ações socioeducativas em seu cotidiano profissional ligadas a “orientações reflexivas e socialização de informações realizadas por meio de abordagens individuais, grupais ou coletivas ao usuário, família e população de determinada área programática” (CFESS, 2009, p. 33). O que, no âmbito da saúde mental, envolveria favorecer e ampliar o conhecimento crítico da realidade social desses sujeitos, potencializando estratégias sustentáveis e de resistência à essa captura do discurso biomédico, atuando para efetivar os princípios defendidos em seu Projeto Ético-Político, como o reconhecimento da liberdade como valor ético central, que pressupõe, possibilidade de escolha, o que por sua vez, demanda que o sujeito em questão seja informado sobre que possibilidades são essas – por exemplo, que há outras opções de prevenção, promoção e tratamento que não são apenas a medicamentosa.

A terceira tendência, minoritária, direciona para a potência de assistentes sociais nas equipes que integra, com relações mais horizontais e inovações implementadas, como a construção de um protocolo em um serviço de atendimento de adolescentes com ideação e tentativa de suicídio, que inclui acolhimento/atendimento, levantamento de informações, planejamento, encaminhamento e monitoramento. Nesse sentido, destacam que as competências profissionais “contribuem para o aprimoramento das equipes e qualificação dos fluxos de trabalho, efetivando a atenção integral dos usuários” (Stavizki Junior e Viccari, 2018, p. 126).

Barboza (2023) destaca a importância da elaboração de um protocolo articulado de atendimento às situações que envolvam pessoas em crise de saúde mental, do qual façam parte os diferentes pontos da RAPS – da Atenção Básica aos serviços de emergência –, e diferentes

políticas públicas (como Educação, Assistência Social e outras). Tal protocolo precisa ser divulgado e os serviços precisam se organizar para receber esta demanda.

Outra tendência que se observou é que comumente o processo de trabalho nas emergências em saúde mental se organiza a partir do plantão, um espaço concentrado em “intervenção imediata” (Moreira, 2016), ágil, rápida, um lugar de passagem – que se não bem entendido e manejado se desliza para um constante “conter incêndios, cujos fósforos da origem nunca são de fato apagados”, visto que pouco ou nunca se atua na prevenção do retorno e/ou agravamento desses casos.

Marx já afirmava que a existência real do homem se dá no mundo concreto das relações humanas concretas. O homem seria o seu mundo em sociedade, em relações de produção, nas condições que determinam seu posicionamento em determinada classe social. Ele não pode ser visto e tratado nas suas mazelas como se fosse um ser abstrato, escondido em algum lugar fora do mundo em que as mudanças e destruições que acontecem neste não o impactassem diretamente (Barboza, 2023, p. 195).

A intervenção das assistentes sociais solicita um atendimento mais amplo, humanizado e articulado à rede de serviços da comunidade. Nessa perspectiva, é necessário implicar os programas de graduação e pós-graduação, ampliando o escopo da ideia de educação em saúde para abarcar os temas da crise, da morte, do suicídio e de humanização no trato a pessoas em sofrimento mental, incluindo os enlutados (que se multiplicaram em número e demandas após a pandemia).

#### **4 CONCLUSÃO**

Finalizamos apontando que nossa intenção não é esgotar o assunto, nem trazer respostas mágicas a um assunto tão complexo. Mas, sim, compartilhar questionamentos e angústias intelectuais vivenciadas em diferentes espaços ocupacionais no que diz respeito a crise de saúde mental e que vivemos, entendendo que a profissão tem muito a enriquecer e investir nesse debate.

Em meio ao contexto de aprofundamento das expressões da questão social, em que a ação do Estado tem sido caracterizada mais pela desproteção social e repressão do que por uma atuação por meio de políticas públicas efetivas, segue a tônica de responder a questões de crise em saúde mental com o peculiar enfrentamento histórico da questão social (o aparato policial) e a desconsideração dos parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de

Saúde, que asseveram que a intervenção “não pode se limitar a ótica da individualização das situações sociais” (CFESS, 2014, p. 7),

Inclusive, Eduardo Vasconcelos (2016) ao analisar o Serviço Social na saúde mental, evidencia os pontos em comum entre a reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial e o projeto ético político do Serviço Social (PEP), destacando a ênfase na defesa intransigente dos direitos humanos. Avalia ainda que a profissão, assumiu no Projeto Ético Político “a luta pela superação da sociedade de classes e do capitalismo, em um processo de politização e ativismo sem precedentes e sem similaridades em qualquer outra profissão” (p.44).

Assim, há muito que se caminhar para a construção de um Serviço Social robusto na emergência em saúde mental, qualificando respostas críticas e propositivas que apreendam as múltiplas refrações da questão social à luz da totalidade, fazendo jus ao que a categoria buscou romper com o movimento de reconceituação e negando as abordagens positivistas que individualizam processos que são coletivos e que psicologizam adoecimentos que são também sociais, obscurecendo sua dimensão coletiva, bem como desestoricizando e despolitizando sua intervenção.

## REFERÊNCIAS

- BARBOZA, Fernanda Luma G. **Suicídio: o que sabemos e o que há para além do discurso hegemônico**. São Paulo: Editora Dialética, 2023.
- BRASIL. **Cadernos de atenção básica – Saúde mental**. Nº 34. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de saúde**. Brasília: CFESS, 2014.
- COSTA, A. C. P. Reflexões sobre o trabalho do assistente social na emergência psiquiátrica. **Revista Serviço Social em Debate**, v. 3, n.2, 2020, p. 177-195.
- DIAS, M. K.; FERIGATO, S. H.; FERNANDES, A. D. S. Atenção à crise em saúde mental: centralização e descentralização das práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(2): 595-602, 2020.
- FISHER, M. **Realismo Capitalista: É mais fácil imaginar o fim do mundo do que o fim do capitalismo?** São Paulo: Autonomia Literária, 2020.
- MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
- MOREIRA, I. J. A. **Serviço Social no acolhimento em saúde mental: uma análise sobre o serviço na emergência psiquiátrica do Pronto Socorro Aeroporto de Macaé-RJ**. Trabalho de

Conclusão de Curso. (Graduação em Serviço Social). Universidade Federal Fluminense, Rio das Ostras, 2016.

NASCIMENTO, F. E. R.; ROCHA, M. G. F.; SILVA, A. P. L. A produção científica do Serviço Social na questão do suicídio. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 54, p. 102-118, jul./dez. 2019.

OLIVEIRA, P. R. M. **Valorizando a palavra na emergência psiquiátrica**: a recepção das diferenças. Dissertação. (Mestrado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

PERRUSI, A. **Imagens da loucura**: representação social da doença mental na psiquiatria. São Paulo: Cortez; Recife: Ed. UFPE, 1995.

PIMENTEL, A. Q. **Serviço Social e saúde mental**: um olhar do Serviço Social na emergência psiquiátrica do Pronto Socorro Aeroporto, Macaé-RJ Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Serviço Social). Universidade Federal Fluminense, Rio das Ostras, 2014.

SARACENO, B.; ASIOLI, F.; TOGNONI, G. **Manual de saúde mental**. São Paulo: Hucitec, 1994.

STAVIZKI JUNIOR, C. VICCARI, E. M. O Serviço Social no atendimento de emergências psiquiátricas: processos de trabalho de assistentes sociais e residentes no atendimento de pacientes adolescentes com ideação ou tentativa de suicídio. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 51, p. 51 113-132, jan./jun, 2018.

ZEFERINO, M. T. **Crise e urgência em saúde mental**: fundamentos da atenção à crise e urgência em saúde mental. 4ª ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2015.

VASCONCELOS, E. M. **Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistência**: diálogos com o marxismo e o Serviço Social. Campinas: Papel Social, 2016.