



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

**LUCELMA GOMES**

**SUICÍDIO E SAÚDE MENTAL: PREVENÇÃO A PARTIR DA ATENÇÃO BÁSICA**

**CAMPINA GRANDE - PB**

**2019**

**LUCELMA GOMES**

**SUICÍDIO E SAÚDE MENTAL: PREVENÇÃO A PARTIR DA ATENÇÃO BÁSICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Ms. Sandra Amélia Sampaio Silveira.

**CAMPINA GRANDE - PB**

**2019**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

G633s Gomes, Lucelma.  
Suicídio e saúde mental: prevenção a partir da atenção básica [manuscrito] / Lucelma Gomes. - 2019.  
21 p.  
Digitado.  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2019.  
"Orientação : Profa. Ma. Sandra Amélia Sampaio Silveira, Departamento de Serviço Social - CCSA."  
1. Suicídio. 2. Saúde mental. 3. Atenção básica. 4. Prevenção. I. Título  
21. ed. CDD 362.2

LUCELMA GOMES

SUICÍDIO E SAÚDE MENTAL: PREVENÇÃO A PARTIR DA ATENÇÃO  
BÁSICA

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Serviço  
Social da Universidade Estadual da  
Paraíba, como requisito parcial para  
obtenção do grau de Bacharel em  
Serviço Social.

Aprovada em: 14 / 08 / 2019.

BANCA EXAMINADORA

Sandra Amélia Sampaio Silveira

Profa. Me. Sandra Amélia Sampaio Silveira (Orientadora)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Patrícia Crispim Moreira

Profa. Me. Patrícia Crispim Moreira  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Aliceane de Almeida Vieira

Profa. Me. Aliceane de Almeida Vieira  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASME Associação Brasileira de Saúde Mental

AB Atenção Básica

CFM Conselho Federal de Medicina

CFP Conselho Federal de Psiquiatria

CNDH Conselho Nacional de Direitos Humanos

CVV Centro de Valorização da Vida

ECT Eletroconvulsoterapia

OMS Organização Mundial da Saúde

PROUNI Programa Universidade Para Todos

RAPS Rede de Atenção Psicossocial

RAS Redes de Atenção à Saúde

SISU Sistema de Seleção Unificada

SUS Sistema Único de Saúde

UBSF Unidade Básica de Saúde da Família

UPA Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

|   |  |    |
|---|--|----|
| 1 | INTRODUÇÃO .....   | 07 |
| 2 | SUICÍDIO: BREVES CONSIDERAÇÕES SÓCIO-HISTÓRICAS.....                               | 08 |
| 3 | A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: POSSIBILIDADES DE<br>PREVENÇÃO AO SUICÍDIO ..... | 11 |
| 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS.....  | 17 |
| 5 | REFERÊNCIAS.....   | 18 |

## SUICÍDIO E SAÚDE MENTAL: PREVENÇÃO A PARTIR DA ATENÇÃO BÁSICA

LUCELMA GOMES<sup>1</sup>

### RESUMO

O suicídio abrange todas as esferas sociais e faixas etárias, sendo compreendido como um fenômeno multidimensional resultante de uma interação complexa entre fatores ambientais, sociais, fisiológicos, genéticos e biológicos. Este trabalho tem como objetivo discutir o suicídio e as potencialidades de sua prevenção na atenção básica de saúde. Trata-se de uma pesquisa de natureza bibliográfica, com uma abordagem qualitativa. Neste sentido, recorreremos a obras de diferentes autores para compreendermos o conceito de suicídio, o debate em torno do mesmo no âmbito da saúde mental e as possíveis ações de prevenção na atenção básica de saúde. Também utilizamos documentos oficiais publicados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Ministério da Saúde sobre a temática saúde mental e suicídio. Ao longo do estudo, verificamos que o aumento elevado da mortalidade decorrente do suicídio exige prudência e urgência no que diz respeito à saúde mental dos indivíduos. Para tanto, é relevante que a prevenção do suicídio na atenção básica tenha como finalidade a redução de novas incidências através de ações educativas, o incentivo a pesquisa no tocante a temática, políticas públicas efetivas que visem melhorias dos serviços de saúde mental, tendo em vista a integralidade do cuidado e a ação intersetorial.

**Palavras-Chave:** Suicídio. Saúde Mental. Atenção Básica. Prevenção.

### ABSTRACT

Suicide encompasses all social spheres and age groups, being understood as a multidimensional phenomenon resulting from a complex interaction between environmental, social, physiological, genetic and biological factors. This work aims to discuss the suicide and the potentialities of working the prevention of it in primary care. This is a bibliographic research, with a qualitative approach. In this sense, we have resorted to works by different authors to understand the concept of suicide, the debate around it in the context of mental health and possible preventive actions in primary health care. We also use official documents published by the World Health Organization (WHO) and the Ministry of Health on the subject of mental health and suicide. Throughout the study, we verified that the high increase in mortality due to suicide requires prudence and urgency with regard to the mental health of individuals. Therefore, it is relevant that the prevention of suicide in primary care aims to reduce new incidences through educational actions, encouraging research on the subject, effective public policies that aim to improve the services of Mental health in view of integrality and intersectoral action.

**Key words:** Suicide. Mental Health. Basic Attention. Prevention

---

<sup>1</sup>Graduanda em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba – UEPB  
Email: lucelmagomes@yahoo.com.br

## 1 – INTRODUÇÃO

O suicídio é um fenômeno antigo, complexo e multifacetado que envolve vários fatores. Historicamente, seu conceito foi se constituindo desde a Antiguidade até os dias atuais, sob diferentes abordagens e perspectivas. Ao tornar-se objeto de diversas áreas do conhecimento, e preocupação de sujeitos e estudiosos, tem sido possível apontar diversas questões relevantes no modo de pensar e agir a respeito do suicídio, permitindo avançar na discussão sobre este tema, por muitos considerado como tabu e permeado de preconceitos.

A necessidade de um trabalho preventivo e de sensibilização da sociedade em torno da temática do suicídio vem ganhando visibilidade no cenário brasileiro a partir de 2014, através da campanha “Setembro Amarelo”, criada pelo Centro de Valorização da Vida (CVV), Conselho Federal de Medicina (CFM) e Conselho Federal de Psiquiatria (CFP), como estratégia de prevenção contra o suicídio. Esta passou a compor o calendário de campanhas, dentre as várias que são utilizadas para chamar atenção e trazer conscientização acerca de alguns problemas de saúde (a exemplo do “Outubro Rosa” e “Novembro Azul”), tomando uma dimensão maior em nível de Brasil em 2015. Apesar da repercussão midiática da campanha de prevenção ao suicídio, na prática não vemos incentivo concreto para o trato com a questão, por parte dos gestores, no quesito da formação continuada dos profissionais de saúde para trabalhar esta demanda.

O presente artigo, que teve por objetivo discutir o suicídio e as potencialidades de sua prevenção na atenção básica de saúde, foi motivado pela observação do número crescente, nos últimos anos, de mortes por suicídio, tentativas e ideações suicidas, bem como pela percepção da ausência de trabalhos preventivos que abordem o assunto no âmbito da atenção básica (AB). A aproximação com essa temática se deu a partir da experiência profissional como agente comunitária de saúde e pela inserção no campo de estágio supervisionado, como discente do Curso de Serviço Social. Estas vivências nos possibilitaram observar e identificar, em espaços cotidianos distintos, aspectos relacionados à temática em questão que despertaram o nosso interesse pelo tema.

Percebe-se uma fragilidade e insegurança ao falar ou trabalhar com suicídio, visto que seu conceito é complexo e permeado de tabus. Isso pode ser constatado tanto na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), onde trabalho há mais de dez anos, como no campo de estágio na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) em que estive inserida como estagiária por aproximadamente dezoito meses entre novembro de 2016 à abril de 2018. A constatação de que o suicídio se configura como um desafio nas diversas instituições de saúde motivou-nos a discutir acerca da saúde mental e do suicídio, bem como sobre as potencialidades de sua prevenção na Atenção Básica em Saúde.

O presente artigo resulta de uma pesquisa bibliográfica, pautada em publicações de diversos autores sobre a temática da saúde mental e suicídio, bem como documentos oficiais do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde (OMS) que trazem contribuições para a análise do tema em tela. A pesquisa bibliográfica tem como finalidade colocar o pesquisador em contato com o que já se produziu e se registrou a respeito do tema de pesquisa, contribuindo para o aprofundamento teórico acerca da questão pesquisada. (PIANA, 2002). A abordagem dos dados levantados se deu numa perspectiva qualitativa. Em termos dos seus procedimentos metodológicos,

A pesquisa bibliográfica é feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites. Qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto. Existem, porém pesquisas científicas que se baseiam unicamente na pesquisa bibliográfica, procurando referências teóricas publicadas com o objetivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta. (GERHARDT; SILVEIRA, 2009, p. 37).

Mediante a pesquisa bibliográfica realizada, o referencial teórico deste trabalho fundamenta-se nas contribuições de Durkheim (2000), Bertolote (2012), Lacerda (2017), dentre outros autores, assim como publicações como Brasil (2012) e OMS (2000), visando compreender o suicídio em termos conceituais e históricos, no âmbito das discussões da saúde mental e das ações preventivas na atenção básica de saúde.

As pesquisas afirmam que 90% dos casos de suicídios poderiam ser evitados, se identificados e realizadas as intervenções precocemente levando-se em consideração os grupos de risco e os fatores socioculturais, genéticos, psicodinâmicas, filosófico-existenciais e ambientais. (STEVANIM, 2018). No contexto atual o enfrentamento do suicídio é permeado de desafios, alguns bem antigos, como os tabus e estigmas sobre o tema, a exemplo de afirmações como “*Quem diz que vai se matar não fala*”, que dificultam a socialização de informações e a prevenção precoce, ao manter a discussão numa perspectiva moralista de culpabilização e responsabilização dos indivíduos pelo seu adoecimento e pela solução para o mesmo.

Assim, este artigo pode vir a contribuir para a abordagem deste tema, a partir das considerações tecidas em dois tópicos: o primeiro traz uma breve discussão sobre o conceito de suicídio do ponto de vista histórico e sociológico. No segundo fazemos uma breve discussão sobre saúde mental, Redes de Atenção à Saúde (RAS) e as potencialidades de um trabalho preventivo em torno do suicídio na atenção básica, considerando os fatores sociais determinantes e/ou condicionantes deste grave problema de saúde pública.

## **2 - SUICÍDIO: BREVES CONSIDERAÇÕES SÓCIO-HISTÓRICAS**

O suicídio é um fenômeno antigo que abrange todas as esferas sociais e faixas etárias. De acordo com Lacerda (2017), historicamente a discussão acerca do suicídio tem início na Antiguidade e perpassa todas as fases da trajetória histórica da humanidade até a atualidade, sendo marcada por diferentes formas de compreender e lidar com este fenômeno.

Na Grécia Antiga o ato de finalizar a própria vida não se tratava de uma decisão meramente individual. A auto execução só era admitida com o consentimento da comunidade e de autoridades da época, ligadas ao Estado. O indivíduo só poderia realizá-lo com prévia autorização e consenso comunitário, mediante pedido e justificativa, caso contrário, seria determinado como um ato marginal ou ilegal. (LACERDA, 2017).

Na Idade Média, o suicídio passou de uma transgressão para com a coletividade e o Estado a um atentado contra Deus. Segundo Lacerda (2007, p. 31-32), a igreja católica enfatizava que “a continuidade ou descontinuidade da vida diz respeito apenas à ordem divina, com o entendimento que esta seria um patrimônio de Deus”. No ano de 452 d.C. a prática suicida era denominada como “um crime de responsabilidade demoníaca, ou seja, tal ato era consequência de uma possessão e violenta ira diabólica” (LACERDA, 2017, p. 32). Em decorrência disso, a legislação civil punia com castigos severos, confiscando bens materiais dos herdeiros e entregando-os aos nobres. Ainda assim, o suicida era igualado a ladrões, criminosos, assassinos, sendo considerado um rebelde e passivo de todo tipo de punição severa e cruel.

Na Idade Moderna a significação dada ao suicídio passa por relevantes mudanças, uma delas “foi à retirada e exclusão da prática suicida da lista de crimes legais, ou seja, medidas que oprimiam, castigavam e condenavam tal ação foram excluídas.” Nesta época o Estado se retraiu no que diz respeito as condenações e punições, por entender que ato de suicídio era uma expressão individual e irrelevante do ponto de vista social (LACERDA, 2017, p. 35).

Na contemporaneidade, a discussão em torno do suicídio passa por uma evolução relevante no que diz respeito ao modo de pensar e agir. Segundo Lacerda (2017, p.38),

O suicídio sofreu não somente um imenso agravamento como também um elevado crescimento na cultura ocidental, atribuindo ao suicídio o aspecto de um fenômeno patológico provocado pela ruptura do equilíbrio social causado por um colapso cultural em virtude da preponderância ganha pelas forças depressivas (LACERDA, 2017, p. 38).

Levando em consideração a perspectiva sociológica, temos a conceituação de suicídio por Durkheim (2000, p. 14) como “todo caso de morte que resulta indiretamente de um ato positivo ou negativo praticado pela própria vítima, ato que a vítima sabia dever produzir este resultado”. Lacerda (2017, p. 39) enfatiza que para Durkheim o suicídio é “o ato de desespero de um indivíduo a quem a vida já não interessa”. Contudo, este autor estabelece uma relação entre os atos do indivíduo e as normas sociais, considerando-os fenômenos individuais que respondem a causas sociais. (DURKHEIM, 2000).

Em seu estudo Durkheim (2000) expõe tipologias associadas ao suicídio, classificando-as em: egoísta, altruísta, fatalista e anômico. O *suicídio egoísta* é aquele em que o bem-estar do indivíduo ultrapassa o bem-estar da coletividade. As relações com a sociedade se deterioram, o suicida se isola em uma atitude de autocomiseração, a ponto de considerar não ter mais sentido em viver. O *suicídio altruísta* é aquele que se dá por meio do exagero da interação social, o indivíduo ao contrário do egoísta estaria demasiadamente ligada a sociedade, sentindo-se no dever de oferecer a sua vida em favor desta.

No caso do *suicídio fatalista*, o indivíduo não acredita que as coisas possam melhorar, por isso decreta o fracasso como única possibilidade e decide tirar a própria vida por sentir-se inferior em relação às outras pessoas. Quanto ao *suicídio anômico*, Durkheim considerava que o mesmo acontecia em situação de anomia social, ou seja, a ausência de regras e expectativas, decorrente de alguma crise

social, tais como na área política e na economia, que desregulam as normas sociais. (DURKHEIM, 2000).

Outro autor que também compreendeu o suicídio como fenômeno social foi Karl Marx. No seu ensaio intitulado “Sobre o suicídio” o mesmo discute como as contradições da vida moderna, nos marcos da sociedade capitalista, geram relações sociais que levam a comportamentos intolerantes e a uma atitude de controle sobre os indivíduos que viola sua autonomia e liberdade, pela mercantilização da vida em todas as suas esferas. Frente aos casos de suicídio do seu tempo, Marx (2006b, apud ALMEIDA, 2018, p. 28), questiona

*Que tipo de sociedade é esta, em que se encontra a mais profunda solidão no seio de tantos milhões; em que se pode ser tomado por um desejo implacável de matar a si mesmo, sem que ninguém possa prevê-lo? Tal sociedade não é uma sociedade; ela é, como diz Rousseau, uma selva, habitada por feras selvagens (itálicos do original).*

A própria sociabilidade capitalista, marcada pela exploração, coisificação e alienação humana, precarização das condições de vida e trabalho, individualismo e competitividade, é fonte constante de adoecimento físico e mental, propiciando o crescimento desenfreado de casos de suicídio. Na sociedade capitalista,

Forja-se assim uma mentalidade utilitarista que reforça o individualismo, segundo a qual cada um é chamado a “se virar” no mercado. Ao lado da naturalização da sociedade – “é assim mesmo, não há como mudar” – atiram-se os apelos morais à solidariedade, na contraface da crescente degradação das condições de vida das grandes majorias. Esse cenário de nítido teor conservador atinge as formas culturais, a subjetividade, a sociabilidade, as identidades coletivas, erodindo projetos e utopias. Estimula um clima de incertezas e desesperanças. A debilitação das redes de sociabilidade e sua subordinação as leis mercantis estimula atitudes e condutas centradas no indivíduo isolado, em que cada um “é livre” para assumir os riscos, as opções e responsabilidades por seus atos em uma sociedade de desiguais. (IAMAMOTO, 2001, p. 30).

Diante das variadas análises, torna-se quase consensual considerar que o suicídio é a experiência vivenciada quando o ser humano vê a morte como única solução. Suicídio - palavra oriunda do latim *sui*, "próprio", e *caedere*, "matar" - implica em um ato intencional de matar a si mesmo. Porém, observa-se que o indivíduo tenta o suicídio não exatamente porque queira morrer, mas como forma de enfrentar o sofrimento. Implicitamente há uma dor psíquica que o indivíduo deseja diminuir ou sanar. Portanto, o mesmo não anseia finalizar sua vida, mas sim o sofrimento que o domina. Bertolote (2012) afirma que,

O suicídio pode ser definido como “ato deliberado, intencional, de causar morte a si mesmo; iniciado e executado por uma pessoa que tem clara noção ou forte expectativa de que o desfecho seja fatal e resulte em sua própria morte”. (BERTOLOTE, 2012, p. 21).

Em concordância com Bertolote (2012), a Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que o suicídio “é um ato intencional de um indivíduo para extinguir sua

própria vida”. Para Moreira e Bastos (2015, p. 446-447), “a tentativa de suicídio é o ato sem resultado letal no qual o indivíduo deliberadamente causa danos a si mesmo”. Porém, Araújo e Cols (2010 apud MOREIRA; BASTOS, 2015, p. 446) enfatizam que “embora não exista uma definição única aceitável, o suicídio implica necessariamente um desejo consciente de morrer e a noção clara do que o ato executado pode resultar”.

Atualmente, o suicídio é compreendido como um fenômeno multidimensional resultado de uma interação complexa entre fatores ambientais, sociais, fisiológicos, genéticos e biológicos, porém ainda é considerado um tema tabu em muitas sociedades. De acordo com Lovisi (2009), os principais fatores associados ao suicídio são: tentativas anteriores de suicídio, doenças mentais (principalmente depressão e abuso/dependência de álcool e drogas), ausência de apoio social, histórico de suicídio na família, forte intenção suicida, eventos estressantes e características sociais e demográficas, tais como pobreza, desemprego e baixo nível educacional.

Ainda sobre eventos estressores, recentemente a revista eletrônica GAUCHAZH saúde (MELO, 2019) fez uma publicação motivada pela repercussão dos casos de suicídios e, consecutivamente, a percepção do comprometimento da saúde mental de uma parcela significativa de estudantes nas universidades, ressaltando a importância da prevenção e os cuidados para com a saúde mental dos estudantes. Foi posto que, ao mesmo tempo em que se ampliou o acesso as universidades, através iniciativas como o Programa Universidade para todos (PROUNI) e o Sistema de Seleção Unificada (SISU), também ocorreu exposição a fatores de risco, tais como: a inserção em ambiente cultural diferente, distância da família, dificuldades financeiras, preconceito racial e homofobia. Esses fatos indicam que não basta garantir apenas o ingresso na universidade, mas a permanência, ou seja, as condições objetivas aliadas as subjetivas.

Frente à precarização do trabalho, à incertezas econômicas e políticas, à incitação à violência, à alienação humana e aos rebatimentos na saúde mental da população, o que dizer da atual conjuntura brasileira? De acordo com Brum (2019), é freqüente ouvir o relato de profissionais da acerca do aumentado do fluxo de pacientes em seus consultórios, com sintomas de sofrimentos psíquicos tais como, ansiedade e depressão, em decorrência do contexto político de incitações à violência, liberação pelo governo de 290 agrotóxicos para uso agropecuário, dentre outras medidas e posicionamento que geram instabilidades nas mais diversas áreas da vida social. Este cenário tem levado, segundo depoimentos mencionados pela autora, a angústia de profissionais médicos por terem que “tratar” seus pacientes com medicamentos, quando o “problema” advém de causa social, fazendo-os de sentirem “como um traficante de drogas legais”.

Segundo dados da OMS (2014), mais de 800 mil pessoas se suicidam anualmente. Os dados revelam que a cada 40 segundos um indivíduo comete suicídio, e a cada três segundos uma pessoa tenta cessar com sua própria vida. Dentre essas pessoas as mulheres tentam mais vezes, porém os homens são os que mais conseguem concretizar o suicídio.

Os homens são os mais afetados pelo suicídio, especialmente aqueles com 70 e mais anos de idade. Os suicídios masculinos são duas a quatro vezes mais frequentes dependendo da faixa etária, a partir dos 70 anos o risco do homem se suicidar é seis vezes o risco da mulher. Por outro lado, as

tentativas de suicídio são 2,2 vezes mais frequentes entre mulheres comparadas aos homens. (BRASIL, 2017, p. 10).

No Brasil, em média 11 mil pessoas anualmente praticam suicídio, sendo em todo o mundo a segunda causa de morte entre os jovens de 15 a 29 anos (OMS, 2014). Neste caso, a cada pessoa que comete suicídio, pelo menos seis pessoas em torno dela entram em processo de adoecimento, necessitando assim de cuidados que envolvam pessoas próximas - como amigos, familiares - e profissionais qualificados para o tratamento após esse tipo de trauma, podendo ser incluído também os sobreviventes.

O aumento elevado da mortalidade decorrente do suicídio indica a necessidade urgente de uma maior atenção à saúde mental dos indivíduos, possibilitando o acesso ao sistema de saúde, para que ocorram os cuidados necessários.

### **3 - A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: POSSIBILIDADES DE PREVENÇÃO AO SUÍCIDIO**

A saúde mental é tão importante para o bem-estar dos indivíduos quanto a saúde física, mas nem sempre a sociedade atribui a mesma importância a estas duas dimensões, o que faz com que a saúde mental seja ignorada ou negligenciada. Contudo, as discussões acerca da saúde mental vêm ganhando destaque e progressos significativos no âmbito das ciências biológicas e comportamentais.

Para a Organização Mundial de Saúde (2000) não existe um conceito oficial de saúde mental. Do ponto de vista transcultural é impossível conceituar saúde mental de forma completa. Ainda assim, estudiosos de diferentes culturas apresentam diferentes significados quanto à saúde mental.

O termo saúde mental é utilizado para descrever o nível de qualidade de vida cognitiva e emocional. Isso inclui a capacidade de apreciar a vida procurando o equilíbrio entre atividades e esforços para alcançar a resiliência psicológica. Ou seja, “a saúde mental é um estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de usar suas próprias habilidades, recuperar-se do estresse rotineiro, ser produtivo e contribuir com a sua comunidade. (GAINO, 2018, p. 110)”. Gaino (2018) ainda afirma que o termo ‘bem-estar’, presente na definição da OMS, é um componente tanto do conceito de saúde, quanto de saúde mental, sendo entendido como um constructo de natureza subjetiva, fortemente influenciado pela cultura. Assim, compreende-se que a saúde mental “é algo mais do que a ausência de perturbações mentais. (OMS, 2001, p.32)”.

De acordo com a OMS (2001, p. 29) “cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de perturbações mentais ou comportamentais, mas apenas uma pequena minoria tem tratamento, ainda que elementar”. Segundo estimativas explicitadas pela OMS (2001), os problemas de saúde mental correspondem a 12% do peso mundial de doenças, sendo que orçamentos destinados à saúde mental representam na maioria dos países 1% dos seus gastos totais. Além disso, mais de 40% dos países não instituíram políticas públicas específicas para tratar a saúde mental e os planos de saúde não abordam as perturbações mentais e comportamentais no mesmo nível das demais doenças.

No Brasil, a luta pela criação de uma Política Nacional de Saúde Mental inicia na década de 1970, coma mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da saúde, em torno do movimento de Reforma Psiquiátrica. Essa mobilização teve por objetivo mudar a realidade do tratamento das pessoas em sofrimento psíquico, marcado pelos manicômios e todas as implicações de isolamento e violência que o sistema asilar impõe, respaldado num conjunto de saberes e práticas, científicas, sociais, legislativas e jurídicas, que legitimam o isolamento e exclusão do ser humano. (AMARANTE, 2007). Segundo o Ministério da Saúde (2005):

A Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios. (BRASIL, 2005, p. 6).

Nesse sentido, o movimento de Reforma Psiquiátrica estava em total sintonia com as lutas do movimento de Reforma Sanitária Brasileira contra o modelo hospitalocêntrico vigente no país até meados da década de 1980. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Constituição Federal de 1988, expressa uma conquista histórica destes movimentos, e possibilita a implantação de novas políticas de saúde, dentre elas a de saúde mental.

Ao longo da década de 1990, leis estaduais foram aprovadas por força da mobilização social não só de profissionais da saúde, mas também por integrantes da sociedade em geral. Na década de 2000, a rede de atenção psicossocial é ampliada passando a integrar o conjunto de redes indispensáveis na constituição das regiões de saúde. (BRASIL, 2016). Já na década de 2001, através do Congresso Nacional é sancionada a Lei nº 10.216 que institui a Política Nacional de Saúde Mental, afirma os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Assim, a mobilização realizada a partir da década de 1970 instaura, no decorrer dos anos, uma política de estado necessária para atender às necessidades de saúde dos usuários que sofrem algum tipo de transtorno mental.

No Brasil, o SUS prevê a assistência à saúde as pessoas por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, realizadas de forma a garantir a integralidade no atendimento às necessidades de saúde dos usuários. Nesta perspectiva, a atenção básica assume um papel de destaque por ser a primeira instância de acesso aos serviços de saúde.

A atenção básica caracteriza-se como porta de entrada preferencial do SUS, formando um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos

determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2013, p. 19).

A atenção básica, assim como a média e alta complexidade, integram uma Rede de Atenção à Saúde (RAS), na qual se insere a rede de cuidados de saúde mental. É fato que, as condições para o trato com pessoas em sofrimento psíquico e com ideação suicida requer avaliação multiprofissional e muitas vezes encaminhamentos e envolvimento com a RAS. Isto exige do profissional um conhecimento de rede e um esforço maior na busca do que se tem disponível de recursos, seja de equipamentos sociais, acesso a medicamentos, ou profissionais para o manejo com o usuário. Isso não é tarefa fácil, constitui-se um desafio articular uma rede de atenção em saúde cada vez mais fragmentada e desarticulada propositalmente.

No campo da sociologia, psicologia social, administração e tecnologia da informação o conceito de rede vem se desenvolvendo. De acordo com Castells (2000) *apud* Mendes (2011, p. 78), “as redes são novas formas de organização social, do Estado ou da sociedade, intensivas em tecnologia de informação e baseadas na cooperação entre unidades dotadas de autonomia”. No que diz respeito ao conceito designado as Redes de Atenção Saúde, Mendes (2010) salienta que,

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada -, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população. (MENDES, 2010, p. 230).

O autor ainda destaca que “as redes são um sistema que busca no plano de sua institucionalidade, aprofundar e estabelecer padrões estáveis de inter-relações. (MENDES, 2011, p. 79)”. Além do mais, as Redes de Atenção a Saúde caracterizam-se como organizações que prestam serviços sucessivos a uma determinada população se responsabilizando por resultados clínicos, financeiros e sanitários. (SHORTELL, 1996 *apud* MENDES, 2011, p. 80).

Nessa perspectiva, foi criada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como componente da RAS, composta de diversos serviços para atender as demandas em torno da saúde mental, regulamentada pela Portaria nº 3088, de 26 de dezembro de 2011, instituída pelo Decreto Presidencial nº 7508/2011.

Uma vez que a Política Nacional de Saúde mental passou a privilegiar a oferta do tratamento que tenha base comunitária, uma das diretrizes para expansão e consolidação da RAPS foi justamente à inclusão das ações de saúde mental na atenção básica, mas enfatizando a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território e a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população, nos diferentes níveis de complexidade.

Em relação à atenção básica, quando observamos do ponto de vista da territorialidade e acessibilidade, salvo algumas exceções<sup>2</sup>, essas unidades estão inseridas dentro de uma comunidade adscrita a ser trabalhada de forma continuada, numa lógica estratégica de construção de “vínculo” entre comunidade e equipe - elemento essencial e facilitador na relação profissional e usuário de saúde – potencializando o reconhecimento da realidade social presente, objetivando-se o trabalho de prevenção, promoção e reabilitação da saúde do indivíduo e/ou da comunidade.

As unidades de saúde que compõem a atenção básica, por estarem mais próximas dos usuários, têm condições mais propícias de verificar, identificar e compreender fatores de risco relacionados à saúde mental levando em consideração o contexto social, cultural, político, econômico e religioso.

A preocupação específica com a prevenção do suicídio é colocada na agenda política do Ministério da Saúde no ano de 2006, com o lançamento das Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas nas unidades federadas. Neste mesmo ano, também foi lançado o Manual de Prevenção do Suicídio para Profissionais das Equipes de Saúde Mental, com a finalidade de identificar mecanismos de prevenção e realizar ações de cunho preventivo relacionadas ao suicídio. A partir de então, a prevenção do suicídio tornou-se uma das prioridades do Ministério da Saúde (MS), sendo considerado um desafio para a saúde pública já que se refere a um fenômeno complexo, multifacetado e de múltiplas determinações.

Além do Manual de Prevenção do Suicídio (2000), o Ministério da Saúde elaborou a Agenda Estratégica de Prevenção ao Suicídio (2017). Tais documentos se fundamentam nas Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio objetivando ampliar e fortalecer as ações de promoção da saúde, vigilância, prevenção e atenção integral relacionadas ao suicídio, com vistas à redução de tentativas e mortes por suicídio, considerando os determinantes sociais da saúde e as especificidades de populações e grupos sociais em situação de maior vulnerabilidade. (BRASIL, 2017).

São considerados componentes dos grupos sociais em situações de vulnerabilidade aquelas pessoas que já tentaram suicídio, que apresentam sofrimento psíquico, populações em privação de liberdade, adolescentes e jovens, pessoas em situação de rua, indivíduos que sofrem discriminação ou violência e abusos, trabalhadores rurais expostos a determinados agentes tóxicos e/ou a precárias condições de vida, portadores de doenças crônico-degenerativas, povos indígenas, população LBGT e idosos do sexo masculino. (BRASIL, 2017).

É de suma relevância que tenha ações ou estratégias de prevenção para esses indivíduos. Para isso, é necessário que profissionais da atenção básica sejam treinados e capacitados no intuito de identificar os transtornos mentais e o risco de suicídio dos usuários dos serviços disponibilizados neste nível de atenção. É importante que a capacitação seja associada ao cuidado ao usuário através de intervenções com equipes interdisciplinares.

A prevenção do suicídio na atenção básica pode ser abordada de acordo com os níveis de risco baixo, médio e alto. Nesse sentido, destacamos que:

---

<sup>2</sup>Das exceções podemos colocar as barreiras geográficas naturais existentes e, portanto naturalmente impostas, e outras não trabalhadas pela gestão, pela falta de planejamento, investimento, etc.

A pessoa com baixo risco tem alguns pensamentos suicidas como “Eu não consigo continuar”, “Eu gostaria de estar morto”, mas não fez nenhum plano. A de médio risco tem pensamentos e planos, mas não de imediato, o apoio emocional e intervenções mais abrangentes e imediatas já se fazem necessárias. E a de alto risco tem plano definido, tem meios disponíveis e planeja para imediatamente, neste caso a mobilização interventiva tem de ser na dimensão de não deixá-la sozinha, entrar em contato com um profissional da saúde mental ou médico e providenciar uma ambulância e hospitalização. (OMS, 2000, p. 18-19).

Reconhecendo que o suicídio se trata de um fenômeno multifacetado com múltiplos fatores, condicionantes e determinantes, a intervenção não pode estar associada apenas a um profissional específico, equipe ou a família. Faz-se necessário pensar a questão em sua integralidade, considerando as várias áreas de conhecimentos, profissionais envolvidos e a articulação com a sociedade em geral.

Nessa perspectiva, destacamos a iniciativa da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), que em 2009 lançou uma cartilha de orientações para profissionais da imprensa intitulada “Comportamento Suicida: conhecer para Prevenir”, sensibilizando não apenas para um cuidado mais responsável com a divulgação do tema, mas também alertando que “o silêncio em torno do assunto alimenta a passividade quando o momento deveria ser de ação”, já que a maioria dos brasileiros desconhece que o fato é um problema de saúde pública.

A Associação Brasileira de Psiquiatria, em conjunto com o Conselho Federal de Medicina (CFM), também lançou em 2014 a edição atualizada da cartilha “Suicídio Informando para Prevenir”, voltada aos profissionais da saúde, com informações sobre ideação suicida, fatores de risco, avaliação, abordagem, atendimento e tratamento dos pacientes com risco suicida, e mostra que envolver a família e a comunidade é indispensável no processo preventivo.

Diante da insegurança para com um problema de saúde tão complexo permeado de tabu e de difícil abordagem, o Ministério da Saúde afirma, no Caderno de Atenção Básica em Saúde Mental (BRASIL, 2013), que mesmo os profissionais especialistas em saúde mental elaboram suas intervenções a partir das vivências nos territórios, ou seja, o cuidado em saúde mental não é algo de outro mundo ou para além do trabalho cotidiano na atenção básica, pelo contrário as intervenções são concebidas na realidade do dia a dia do território, com as singularidades dos usuários e de suas comunidades.

Portanto, para que ocorra uma maior aproximação com o tema suicídio, e quais direcionamentos adotar para a construção do cuidado em saúde mental, o ponto de partida é refletir sobre o que já se faz diariamente - o acolhimento, a escuta, grupos terapêuticos, dentre outras atividades. Além disto, é relevante pensar sobre o território e quais recursos estão disponíveis aos profissionais para que possam trabalhar as questões relacionadas ao suicídio. Algumas ações são realizadas sem que os profissionais percebam o “desabafo” dos usuários, isso mostra a necessidade de estar atento a sinais que possam facilitar a prevenção, diminuir as tensões e favorecer a identificação de graus de risco ao suicídio, conforme definidos pela OMS em níveis baixo, médio e alto.

A OMS (2000, p.16) apresenta alguns sinais, ou características, possíveis de serem observados para identificar uma pessoa sob o risco de suicídio, os quais podem estar associados à história de vida ou ao comportamento da pessoa:

comportamento retraído, dificuldade de socializar-se; doença psiquiátrica; alcoolismo; ansiedade ou pânico; mudança na personalidade; mudança no hábito alimentar e de sono; tentativa de suicídio anterior; sentimento de culpa; sentir-se sem valor ou com vergonha; perda recente importante – morte, divórcio, separação, etc; histórico familiar de suicídio; desejo súbito de concluir os afazeres pessoais, organizar documentos, escrever um testamento, etc; sentimentos de solidão, impotência, desesperança; cartas de despedida; doença física e menção repetida sobre morte ou suicídio.

O cuidado com a saúde mental também requer intervenções que possibilitem modificar as condições e modos de vida, bem como uma abordagem do indivíduo em suas múltiplas dimensões, levando em conta seus desejos, anseios, valores e escolhas.

Na atenção básica, há uma potencialidade de que as intervenções em saúde mental sejam construídas no cotidiano, por profissionais e usuários, numa perspectiva compartilhada do cuidado para com a saúde mental. Deste modo, investir neste nível de atenção é fundamental para potencializar os cuidados precoces e continuados, na direção do que preconiza os princípios do SUS: integralidade, universalidade e equidade, distanciando-se assim do modelo manicomial.

No entanto, após a promulgação da Constituição Federal de 1988, que declara a saúde como direito de todos e dever do Estado, no contexto brasileiro teve início a Reforma do Estado, pautada na ideologia neoliberal promovendo “retrocessos dos direitos sociais, com ataques ao caráter público e universal do SUS, mediante um processo de mercantilização e privatização (SILVA, 2017, p.1)”.

No decorrer destes trinta anos, o SUS vem sofrendo processos de desmonte, provindo de do modelo neoliberal e do conjunto de contrarreformas que implicam em sucateamentos decorrentes da privatização, da precarização do trabalho, ajustes fiscais e congelamento de gastos, a exemplo da Emenda Constitucional 95/2016, que congelou por 20 anos os gastos públicos com as políticas sociais.

Diante deste cenário, as possibilidades de afirmar direitos e conter o avanço do adoecimento mental e do suicídio ficam ainda mais desafiadoras. As medidas adotadas na área de saúde mental nos últimos dois anos têm sinalizado para retrocessos, como podemos verificar na Portaria 3588/2017 que coloca os manicômios de volta na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e beneficia as comunidades terapêuticas, com a internação compulsória de dependentes químicos, o que tende a fortalecer a prática de internação e as práticas biomédicas a elas relacionadas, que beneficiam laboratórios farmacológicos e indústria de equipamentos médicos, como os aparelhos de eletroconvulsoterapia (ECT), mais conhecida como eletrochoque, que foram autorizados pela Nota Técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, lançada no atual governo, e que vai na mesma direção da referida medida provisória. Outro ponto polêmico desta Nota técnica é a possibilidade do retorno da internação de crianças e adolescentes. (ABRASCO, 2019).

Há, portanto, uma tendência<sup>3</sup> de fragilizar a rede de serviços substitutivos, em benefício da rede privada de Hospitais Psiquiátricos. Como destaca Leonardo Pinho,

---

<sup>3</sup> Tendência que está na contramão do que a OMS preconiza como estratégia de prevenção, a exemplo de mais investimento na Atenção à Saúde Mental. De acordo com pesquisas promovidas por esta instituição, nos

presidente do Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH) e vice-presidente da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), “[...] a Reforma Psiquiátrica nunca se colocou contrária às internações. Era um dispositivo a ser usado em um momento muito específico do projeto terapêutico.” (UFBA, 2019). O problema está em colocar a internação no centro da saúde mental em detrimento dos dispositivos substitutivos que compõem a RAPS. Este privilegiamento pode ser percebido quando o presidente do CNDH revela que, do total de 320 milhões, previstos no orçamento para a saúde mental em 2018, “dois terços foram destinados à rede privada, formada por hospitais psiquiátricos, manicômios e comunidades terapêuticas e apenas um terço dos recursos [...] aos demais equipamentos públicos da Raps.” (UFBA, 2019).

Diante do exposto, é fundamental que a sociedade organizada, em conjunto com profissionais de saúde, usuários e os conselhos de controle social na saúde e também os das categorias profissionais, unam forças para resistir diante deste cenário de retrocessos e desmonte de direitos.

#### **4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A tendência moralista é perfeitamente funcional a lógica neoliberal que vem ganhando força no país nos últimos anos, aprofundando as contrarreformas do Estado iniciadas desde a década de 1990, diminuindo cada vez mais a atuação dos poderes públicos em relação à garantia dos direitos de cidadania, enfatizando a responsabilidade social dos cidadãos e transferindo para estes o que deveria ser responsabilidade do Estado. Isto implica em perdas de direitos e na destruição de conquistas históricas da classe trabalhadora.

Sem dúvidas, a construção de respostas mais efetivas para o enfrentamento do suicídio, como um grave problema de saúde pública, passa pelo envolvimento dos profissionais de saúde, da sociedade e da família mas, principalmente do Estado, com a efetivação de políticas públicas que possibilitem melhores condições de vida e trabalho para os cidadãos, como determinações fundamentais para a produção social da saúde, em seu conceito ampliado.

A prevenção do suicídio a partir da atenção básica configura-se como um grande desafio para os profissionais, já que em determinadas situações sentem-se inseguros, surpresos ou até mesmo sem saber como agir diante do sofrimento psíquico, ficando claro a ausência de investimentos por parte dos gestores, prevista no Art 2º da portaria nº 1.876/ 2006 do Ministério da Saúde, que indica a promoção e a educação permanente dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, inclusive do programa de saúde da família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização. (BRASIL, 2006).

Diante da amplitude dos fatores que envolvem o suicídio o assistente social, como um dos profissionais de saúde que atuam no âmbito da atenção básica, pode contribuir de forma preventiva, promovendo a socialização de informações, estudo social, mediando ações intersetoriais, desenvolvendo cursos de capacitação que

---

municípios onde se oferecem os serviços do CAPS os índices de suicídios caem em torno de pelo menos 14%. (OMS, 2014).

incentivem o trabalho em equipe multiprofissional, dentre outras ações em torno do tema.

Contudo, a pesquisa realizada nos leva a compreender que não basta conscientizar e informar a população sobre os temas da saúde mental, mas cabe ao Estado criar políticas públicas eficientes com o intuito de garantir a esses sujeitos serviços mediante cuidados preventivos a partir da atenção básica de maneira integral e continuada.

## 5 - REFERÊNCIAS

ABRASCO. **Paulo Amarante fala sobre retrocessos na política de saúde mental**. Disponível em: <[www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/sistemas-de-saude/paulo-amarante-fala-sobre-retrocessos-na-saude-mental/39546/](http://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/sistemas-de-saude/paulo-amarante-fala-sobre-retrocessos-na-saude-mental/39546/)> Acesso em: 07/08/2019.

ALMEIDA, F. M. O suicídio: contribuições de Émile Durkheim e Karl Marx para a compreensão desse fenômeno na contemporaneidade. *In: Revista Aurora*. Marília: PPGCS, Jan/Jun. 2018, v. 11, nº 1, p. 119-138,

AMARANTE, P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 4. ed. **FIOCRUZ**, Rio de Janeiro, 2007.

BERTOLETE, J. M. O suicídio e sua prevenção. **Unesp**, São Paulo, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.876**, de 14 de agosto de 2006. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876\\_14\\_08\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html)> Acesso em: 04/08/2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno de Atenção Básica**, nº 34 – Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRUM, E. Doente de Brasil: Como resistir ao adoecimento num país (des)controlado pelo perverso da autoverdade. **El País**, 03 ago. 2019.

Disponível em:

<[https://brasil.elpais.com/brasil/2019/08/01/opinion/1564661044\\_448590.html](https://brasil.elpais.com/brasil/2019/08/01/opinion/1564661044_448590.html)> Acesso em: 20/08/2019

DURKHEIM, Émile. **O Suicídio: Estudo de sociologia**. Martins Fontes, São Paulo, 2000.

GAINO, L. V. *et al.* Conceito O conceito de saúde mental para profissionais de saúde. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**. São Paulo, v. 14, n. 2, p. 108-116, 2018.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. (Org.). **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2009.

IAMAMOTO, M. V. **Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade**. Texto base da palestra: A política nacional de fiscalização do exercício profissional e os espaços ocupacionais: avanços e desafios. XXX Encontro Nacional do CFESS-CRESS, Belo Horizonte/MG, 2001.

LACERDA, E. A. P. **Suicídio de pastores: uma análise dos fatores de risco que contribuem para a consumação do suicídio**. 1. ed. 2017.

LOVISI, G. M. *et al.* Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [s.l.], 31(Supl. II), 86-93, 2009.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. *Ciência e Saúde Coletiva*, Belo Horizonte, v.15, n.5, p. 2297-2305, 2010.

\_\_\_\_\_. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americano de Saúde. Brasília, 2011.

MELO, I. Depressão e ansiedade de universitários: um problema em ascensão que preocupa especialistas e instituições. **GaúchaZHSaúde**. 16 ago. 2019.

Disponível em: <<https://gauchazh.clicrbs.com.br/saude/noticia/2019/08/depressao-e-ansiedade-de-universitarios-um-problema-em-ascensao-que-preocupa-especialistas-e-instituicoes-cjze96go8034t01pau0l8bbe2.html>> Acesso em: 20/08/2019.

MOREIRA, L. C. O.; BASTOS, P. R. H. O. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. **Psicologia Escolar e Educacional**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 445-453, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre saúde no mundo 2001 – saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2001. Disponível em:

<[https://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_po.pdf](https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf)> Acesso em: 08/07/2019.

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

PIANA, M. C. **A construção do perfil do assistente social no cenário educacional**. Cultura Acadêmica, São Paulo, p. 233, 2009.

SILVA, A. C.; BATISTA, J. H. S.; SANTOS, W. C. Mota. Desmonte e sucateamento do SUS: o ataque neoliberal à política de saúde no Brasil. *In*: 7º Seminário da frente contra a privatização da saúde. **Anais [...]**. Maceió, 2017. Disponível em: <<http://www.seer.ufal.br/index.php/anaisseminariofncps/article/view/4009>> Acesso em: 05/08/2019.

SILVA, P. B. G. Estudos afro-brasileiros: africanidades e cidadania. *In*: ABROMOWICZ, A.; GOMES, N. L. **Coleção Educação e raça: perspectivas políticas, pedagógicas e estéticas**. Belo Horizonte: Autêntico, 2010. p. 37-54, 2010.

STEVANIM, L. Felipe. Precisamos falar sobre suicídio. **Revista Radis**, Rio de Janeiro, v.193, p. 16-26, out. 2018.

UFBA, Instituto de Saúde Coletiva. Palestra em seminário sobre a saúde mental no Brasil. Disponível em: <<http://www.isc.ufba.br/e-um-retrocesso-de-30-anos-na-saude-mental-critica-presidente-do-conselho-nacional-de-direitos-humanos/>> Acesso em: 07/08/2019.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, o autor da vida agradeço pela presença e seus cuidados

todos em todos os momentos desta minha trajetória, a ele seja a honra e a glória!

À Professora Ms. Patrícia Crispim, coordenadora do curso de Serviço Social, por seu empenho.

À professora e Ms. Sandra Amélia Sampaio Silveira pelas leituras sugeridas ao longo dessa orientação e pela dedicação.

Aos meus pais, minha irmã Lucinelma, meus filhos e esposo pela compreensão por minha ausência em vários momentos.

Aos professores do Curso de Serviço Social da UEPB, que contribuíram ao longo de minha formação acadêmica, por meio das disciplinas, debates e projetos de extensão.

Aos funcionários da UEPB pela presteza e atendimento quando nos foi necessário, em especial ao departamento do curso de Serviço Social.

Aos colegas de classe pelos momentos de amizade e apoio.

A minha amiga Teresa Cristina Silva, por todo incentivo e apoio.