



**PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

MAIRAN RANGEL AGRA

**A INVISIBILIDADE DO FENÔMENO DO SUICÍDIO COMO UMA DAS
EXPRESSÕES DA QUESTÃO SOCIAL: UMA ANÁLISE CRÍTICA DO PAPEL DO
HOSPITAL DE URGÊNCIA NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE
CAMPINA GRANDE / PB**

Campina Grande – PB

2023

MAIRAN RANGEL AGRA

**A INVISIBILIDADE DO FENÔMENO DO SUICÍDIO COMO UMA DAS
EXPRESSÕES DA QUESTÃO SOCIAL: UMA ANÁLISE CRÍTICA DO PAPEL DO
HOSPITAL DE URGÊNCIA NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE
CAMPINA GRANDE / PB**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Serviço Social. Área de concentração: Serviço Social, Estado, Trabalho e Políticas Sociais.

Orientador(a): Prof.^a Dr.^a Alessandra Ximenes da Silva.

Campina Grande – PB

2023

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

A277i Agra, Mairan Rangel.

A invisibilidade do fenômeno do suicídio como uma das expressões da questão social [manuscrito] : uma análise crítica do papel do hospital de urgência na rede de atenção psicossocial de Campina Grande /PB / Mairan Rangel Agra. - 2023.

126 p. : il. colorido.

Digitado.

Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2024.

"Orientação : Profa. Dra. Alessandra Ximenes da

**A INVISIBILIDADE DO FENÔMENO DO SUICÍDIO COMO UMA DAS
EXPRESSÕES DA QUESTÃO SOCIAL: UMA ANÁLISE CRÍTICA DO PAPEL
DO HOSPITAL DE URGÊNCIA NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOAL DE
CAMPINA GRANDE / PB**

Dissertação apresentada à banca examinadora como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Serviço Social pelo Programa de Pós Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba.


Linha de Pesquisa: Serviço Social, Estado, Trabalho e Políticas Sociais.

APROVADA EM:

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr^a Alessandra Ximenes da Silva (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (PPGSS/UEPB)



Prof. Dr^a Fernanda Luma Guilherme Barboza (examinadora externa)
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (DEB/UFRGS)



Prof. Dr^a Tereza Cristina Ribeiro da Costa (examinadora interna)
Universidade Estadual da Paraíba (PPGSS/UEPB)

Prof. Terçalia Suassuna Vaz Lira (suplente)
Universidade Estadual da Paraíba (PPGSS/UEPB)

CAMPINA GRANDE - PB 2023

Às pessoas que por algum momento pensaram em atentar contra a própria vida. Aos pacientes de violência autoprovocada que foram atendidos pelo Hospital de Trauma de CG. E àqueles que perderam a vida por não encontrarem sentido na sua própria existência.

AGRADECIMENTOS

Ao longo da aventura, e do grande desafio, que foi trilhar o caminho deste mestrado, dentro das minhas poucas condições materiais de conciliar as múltiplas funções do meu cotidiano, pude encontrar diversos pares que me ajudaram, direta e indiretamente, a tornar o sonho da titulação de mestre possível.

Agradeço a Deus, primeiramente e sempre, por me fortalecer diante das dificuldades e manter minha fé em dias melhores.

Aos meus filhos Lorrane Agra e Pedro Agra, por todo amor e apoio nas minhas escolhas desde sempre, mesmo em momentos em que me fiz ausente e não pude dar a atenção que desejavam, e por serem sempre o motivo pelo qual não me deixa esquecer que é preciso sempre seguir em frente.

À minha orientadora Alessandra Ximenes, por ter aceitado o desafio de me conduzir neste caminho, pela paciência em se adequar às minhas particularidades e a sempre exigência gentil e respeitosa dos compromissos firmados com o mestrado.

À professora Tereza Cristina, por ser luz nos dias difíceis e por não ter me deixado desistir no meio do caminho.

Aos mestres pelo comprometimento e dedicação com o Programa da Pós-Graduação em Serviço Social da UEPB. Em especial, à Moema Serpa por ter permitido a nova chance em terminar esta fase em minha trajetória acadêmica.

A Dr. Sebastião Viana, diretor do Hospital de Trauma de Campina Grande, por ter permitido a pesquisa na instituição e por ter acreditado no meu trabalho, possibilitando uma mudança de paradigma no atendimento aos pacientes vítimas de violência autoprovocada, e principalmente por me considerar referência na temática da violência na instituição.

Aos colegas de trabalho, que estavam sempre atentos às demandas dos pacientes de violência autoprovocada e me repassaram vários casos que fomentaram esta pesquisa ao longo do percurso.

A todos que ao me encontrar pelos corredores do Hospital ou da universidade indagavam “E aí, já terminou o mestrado?”. Obrigada por não me deixarem esquecer que eu precisava encerrar este ciclo.

A todos vocês, **GRATIDÃO** por todos os momentos vivenciados nesta aventura chamada mestrado

RESUMO

O presente estudo analisa o fenômeno do suicídio, enquanto uma das expressões da questão social na fase capitalista imperialista neoliberal, que amplia as possibilidades do adoecimento mental já existentes em outras fases da humanidade, sua invisibilidade nos serviços de saúde hospitalar de urgência e emergência, no tocante às subnotificações, a naturalização do fenômeno, com pouca mobilização para as possibilidades de enfrentamento de tal problemática. A partir da reflexão na perspectiva crítico dialética hegemônica na formação do Serviço Social, que surgiu o interesse em pesquisar acerca do fenômeno do suicídio como uma das expressões da questão social na contemporaneidade. Diante da observação empírica, na minha atuação profissional particular, foi possível perceber o aumento cotidiano da demanda de casos de tentativa de suicídio atendidos pelo Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes – HETDLGF, que se tornou ainda mais evidente no período da pandemia da Covid-19, e vem se configurando como um dos desafios para atuação dos profissionais do Serviço Social inseridos neste serviço de saúde. Contudo, apesar da constatação inicial, os dados apresentados pela instituição junto ao Ministério da Saúde - MS, via Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN, não correspondiam à realidade empírica observada. A relevância do tema abordado ocorre pela quase inexistência de pesquisas relacionadas ao fenômeno do suicídio a partir da perspectiva marxista, particularmente no âmbito do Serviço Social. Para fins deste estudo, partimos do questionamento: Considerando o pensamento crítico e dialético de Marx (2013), ao afirmar que *o capital não tem a mínima consideração pela saúde e duração da vida do trabalhador, a menos que seja forçado pela sociedade a ter essa consideração, quais as tentativas de dar visibilidade ao fenômeno do suicídio, enquanto adoecimento da saúde mental da classe trabalhadora?* Com base nessa indagação, delimitou-se como objetivo geral analisar o fenômeno do suicídio enquanto uma das expressões da questão social na fase capitalista imperialista neoliberal, sua invisibilidade nos serviços de saúde hospitalar de urgência e emergência e as possibilidades de enfrentamento de tal problemática. Para tanto, foi necessário: analisar a formação capitalista e as relações sociais nele desenvolvidas e seus rebatimentos no adoecimento físico e mental da classe trabalhadora; compreender a construção da política de saúde mental no Brasil e como se dá o enfrentamento do fenômeno do suicídio dentro desta política a partir da ofensiva da política neoliberal em curso; e analisar os dados de atendimentos do Hospital de Trauma de Campina Grande – HTCG, os desafios e possibilidades de enfrentamento da temática abordada. A fundamentação teórico-metodológica desta pesquisa encontra suas bases na razão dialética da teoria social crítica, pois esta permite a análise na totalidade do objeto de estudo em seu processo de investigação e exposição. Para empreender o estudo, estruturou-se o processo na revisão bibliográfica das categorias do estudo e na análise documental dos dados epidemiológicos dos atendimentos de violência autoprovocada registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação e no JC Software do Hospital de Trauma de Campina Grande, o que permitiu um amplo alcance de informações para compreender, inicialmente, o contexto do fenômeno do suicídio enquanto questão social no modo de produção capitalista, destacando que, a partir desse sistema, a saúde física e mental da classe trabalhadora é comprometida tanto pela precariedade no mundo do trabalho quanto pelas condições de vida, principalmente a partir das mudanças societárias oriundas da crise estrutural do capital.

Palavras-chave: Fenômeno do suicídio; Questão social; Neoliberalismo; Atenção psicossocial; Saúde mental.

ABSTRACT

The present study analyzes the phenomenon of suicide, as one of the expressions of the social issue in the neoliberal imperialist capitalist phase, which expands the possibilities of mental illness that already exist in other phases of humanity, its invisibility in urgent and emergency hospital health services, in regarding underreporting, the naturalization of the phenomenon, with little mobilization for the possibilities of confronting this problem. From reflection on the hegemonic dialectical critical perspective in the formation of Social Work, an interest in researching the phenomenon of suicide as one of the expressions of the social issue in contemporary times arose. In view of empirical observation, in my private professional practice, it was possible to notice the daily increase in the demand for cases of attempted suicide treated by the Dom Luiz Gonzaga Fernandes Emergency and Trauma Hospital – HETDLGF, which became even more evident during the pandemic period. Covid-19, and has emerged as one of the challenges for Social Service professionals working in this health service. However, despite the initial finding, the data presented by the institution to the Ministry of Health - MS, via the Notifiable Diseases Information System - SINAN, did not correspond to the empirical reality observed. The relevance of the topic addressed is due to the almost non-existence of research related to the phenomenon of suicide from a Marxist perspective, particularly within the scope of Social Work. For the purposes of this study, we start from the question: Considering the critical and dialectical thinking of Marx (2013), when he states that capital does not have the slightest consideration for the health and duration of the worker's life, unless it is forced by society to have this consideration, what are the attempts to give visibility to the phenomenon of suicide, as an illness of the mental health of the working class? Based on this inquiry, the general objective was to analyze the phenomenon of suicide as one of the expressions of the social issue in the neoliberal imperialist capitalist phase, its invisibility in urgent and emergency hospital health services and the possibilities of confronting this problem. To achieve this, it was necessary to: analyze the capitalist formation and the social relations developed within it and their impact on the physical and mental illness of the working class; understand the construction of mental health policy in Brazil and how the phenomenon of suicide is faced within this policy based on the ongoing neoliberal policy offensive; and analyze the care data from the Trauma Hospital of Campina Grande – HTCG, the challenges and possibilities of facing the topic addressed. The theoretical-methodological foundation of this research finds its bases in the dialectical reason of critical social theory, as this allows the analysis of the entire object of study in its investigation and exposure process. To undertake the study, the process was structured in the bibliographical review of the study categories and in the documentary analysis of the epidemiological data of self-inflicted violence cases registered in the Notifiable Diseases Information System and in the JC Software of the Trauma Hospital of Campina Grande, which allowed a wide range of information to understand, initially, the context of the phenomenon of suicide as a social issue in the capitalist mode of production, highlighting that, from this system, the physical and mental health of the working class is compromised both by precariousness in world of work and living conditions, mainly from the societal changes arising from the structural crisis of capital.

Keywords: Phenomenon of suicide; Social issues; Neoliberalism; Psychosocial care; Mental health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria
CAPS - Centros de Atenção Psicossocial
CF - Constituição Federal
CFESS - Conselho Federal de Serviço Social
CFM – Conselho Federal de Medicina
CG – Campina Grande
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CUT – Central Única dos Trabalhadores
CLT - *Consolidação Das Leis Do Trabalho*
CVV - Centro de Valorização da Vida
DINSAM - Divisão Nacional de Saúde Mental
DREM - Desvinculação de Receitas dos Estados, Distrito Federal e dos Municípios
DRU - Desvinculação da Receita da União
EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC – Emenda Constitucional
ESPII - Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
FEF - Fundo de Estabilização Fiscal
FHC – Fernando Henrique Cardoso
FMI - Fundo Monetário Internacional
FSE - Fundo Social de Emergência
GT - Grupo de Trabalho
HETDLGF – Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
HPJR – Hospital Psiquiátrico João Ribeiro
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICANERF - Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada
LOS – Lei Orgânica da Saúde
MPF - Ministério Público Federal
MPJB – Ministério Público da Paraíba
MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
MS – Ministério da Saúde
MST – Movimentos dos Sem Terra
NAQH - Núcleo de Acesso a Qualidade Hospitalar
NEP - Núcleo de Educação Permanente
NOB - Normas Operacional Básica
NSP – Núcleo de Segurança do Paciente
OMS - Organização Mundial de Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde
PDR - Plano Diretor de Regionalização
PIB - Produto Interno Bruto
PL – Projeto de Lei
PMDB - Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNASH - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares

PNRMAV - Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências
PNHOSP - Política Nacional de Atenção Hospitalar
PNPAS - Plano Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio
PSF - Programa de Saúde da Família
PT – Partido dos Trabalhadores
PSM – Política de Saúde Mental
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RAS - Rede de Atenção à Saúde
RENAST - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RHP – Rede de Hospitais Públicos
RPB - Reforma Psiquiátrica Brasileira
RPDI - Reforma Psiquiátrica Democrática Italiana
RAUE - Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS - Sistema Único de Saúde
UEPB – Universidade Estadual da Paraíba
UFPB – Universidade Federal da Paraíba

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Total de atendimentos realizados no HETDLGF. Período 2018 – 2022 (Ago.)

Gráfico 2 - Taxa de crescimento de violência autoprovoçada - HETDLGF, EM %. Período 2018 – 2022 (Ago.)

Gráfico 3 – Registro mensal de violência autoprovoçadas – HETDLGF. Período 2019 - 2022 (Ago.)

Gráfico 4 - Meios utilizados nas tentativas de suicídio – HETDLGF. Período - 2019 - 2022 (Ago.)

Gráfico 5 - Taxa de violência autoprovoçada por faixa etária - HETDLGF. Período 2019 – 2022

Gráfico 6 - Taxa de violência autoprovoçada por gênero HETDLGF. Período 2019 – 2022

Gráfico 7 – Total de óbitos em relação aos atendimentos realizados – HETDLGF, Em %. Período 2019 – 2022 (Ago.)

Gráfico 8 - Total de violência autoprovoçada - HETDLGF. Faixa etária de 07 à 17 anos Período 2019 – 2022

Gráfico 9 - Taxa de violência autoprovoçada, por gênero - HETDLGF. Faixa etária de 07 à 17 anos. Período 2019 – 2022 (Ago.)

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Violências atendidas X Violências notificadas. Período 2018 – 2022 (Ago.)

Tabela 2 – Total de atendimentos. Violências interpessoal e autoprovocadas. Período 2018 – 2022 (Ago.)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO 2 - QUESTÃO SOCIAL, NEOLIBERALISMO E O FENÔMENO DO SUICÍDIO ENQUANTO EXPRESSÃO	19
2.1 Gênese da questão social: as lutas da classe trabalhadora na sociedade capitalista	19
2.2.As determinações históricas da construção do capitalismo no Brasil e o reconhecimento tardio da questão social brasileira	23
2.3 As implicações do neoliberalismo no agravamento da questão social	27
2.4 O fenômeno do suicídio como uma das expressões da questão social	34
CAPÍTULO 3 - AS POLÍTICAS SOCIAIS ENQUANTO RESPOSTA ÀS EXPRESSÕES DA QUESTÃO SOCIAL: O RECONHECIMENTO DO FENÔMENO DO SUICÍDIO	41
3.1 A Reforma Psiquiátrica e a Política de Saúde Mental no Brasil.....	54
3.2 O reconhecimento do fenômeno do suicídio como uma questão de saúde coletiva e a construção da política de prevenção brasileira	58
3.3 Descentralização, municipalização e financiamento da política de saúde no município de Campina Grande	66
3.4 A Construção da Rede de Atenção Psicossocial em Campina Grande	71
CAPÍTULO 4 - PAPEL DO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE NA RAPS E O ENFRENTAMENTO DO FENÔMENO DO SUICÍDIO	82
4.1 Análise dos indicadores de violência autoprovocada atendidas pelo Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes – HETDLGF	87
4.2 Subnotificação, ausência de fiscalização e a conseqüente invisibilidade do fenômeno do suicídio	100
4.3 Desafios e possibilidades para o enfrentamento do fenômeno do suicídio enquanto expressão da questão social no Hospital de Trauma de Campina Grande	108
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	115
REFERÊNCIAS	118

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo se propõe a analisar o fenômeno do suicídio enquanto uma das expressões da questão social na fase capitalista imperialista neoliberal, sua invisibilidade nos serviços de saúde hospitalar de urgência e emergência e as possibilidades de enfrentamento de tal problemática.

Albert Camus (1942) afirmava que *Só há um problema filosófico verdadeiramente sério: é o suicídio*. Foi a partir da referida indagação filosófica e após refletir na perspectiva crítico dialética hegemônica na formação do Serviço Social, que surgiu o interesse em pesquisar acerca do fenômeno do suicídio como uma das expressões da questão social na contemporaneidade. Diante da observação empírica, pude perceber o aumento cotidiano da demanda de casos de tentativa de suicídio atendidos pelo Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes – HETDLGF, que se tornou ainda mais evidente no período da pandemia da Covid-19, e vem se configurando como um dos desafios para atuação das profissionais do Serviço Social inseridas neste serviço de saúde. Contudo, apesar da constatação inicial, os dados apresentados pela instituição junto ao Ministério da Saúde, via Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, não correspondiam à realidade empírica observada.

A relevância do tema abordado ocorre pela quase inexistência de pesquisas relacionadas ao fenômeno do suicídio a partir da perspectiva marxista, particularmente no âmbito do Serviço Social. Para fins deste estudo, partimos do questionamento: o fenômeno do suicídio no capitalismo em sua fase imperialista neoliberal trata-se de um adoecimento mental dos sujeitos ou um adoecimento da forma de sociabilidade imposta aos sujeitos pelo sistema vigente?

Com base nessa indagação, delimitou-se como objetivo geral a analisar o fenômeno do suicídio enquanto uma das expressões da questão social na fase capitalista imperialista neoliberal, sua invisibilidade nos serviços de saúde hospitalar de urgência e emergência e as possibilidades de enfrentamento de tal problemática. Para tanto, foi necessário: analisar a formação capitalista e as relações sociais nele desenvolvidas e seus rebatimentos no adoecimento físico e mental da classe trabalhadora; compreender a construção da política de saúde mental no Brasil e como se dá o enfrentamento do fenômeno do suicídio dentro desta política a partir da ofensiva da política neoliberal em curso; e analisar os dados de

atendimentos do Hospital de Trauma de Campina Grande – HTCG e os desafios e possibilidades de enfrentamento da temática abordada.

A fundamentação teórico-metodológica desta pesquisa encontra suas bases na razão dialética da teoria social crítica, pois esta permite a análise na totalidade do objeto de estudo em seu processo de investigação e exposição. Para empreender o estudo, estruturou-se o processo na revisão bibliográfica das categorias do estudo, a saber: questão social, fenômeno do suicídio e o neoliberalismo e na análise documental dos dados epidemiológicos dos atendimentos de violência autoprovocada registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação e no JC Software do Hospital de Trauma de Campina Grande, o que permitiu um amplo alcance de informações para compreender, inicialmente, o contexto do fenômeno do suicídio enquanto expressão da questão social no modo de produção capitalista, destacando que, a partir desse sistema, a saúde física e mental da classe trabalhadora é comprometida tanto pela precariedade no mundo do trabalho quanto pelas condições de vida, principalmente a partir das mudanças societárias oriundas da crise estrutural do capital.

Para tanto, a presente dissertação foi dividida em quatro capítulos, da seguinte forma:

O primeiro capítulo constitui esta introdução, com a trajetória que será trilhada para alcançar os objetivos do presente estudo.

No segundo capítulo será abordado, de forma breve, o surgimento do sistema capitalista e suas contradições que envolvem a disputa entre a classe burguesa e o proletariado, que fomentaram o surgimento da questão social. Também será tratada a particularidade da construção do sistema capitalista no Brasil, como um país dependente que não vivenciou o mesmo processo dos países centrais. Além das implicações da política neoliberal como saída para a crise estrutural do sistema, que contribuiriam significativamente para o agravamento do adoecimento físico e mental da classe trabalhadora e as contribuições do pensamento crítico dialético de Marx ao analisar o fenômeno do suicídio no âmbito da sociedade capitalista.

No terceiro capítulo, será abordada a construção da política de saúde mental no Brasil, dentro dos limites impostos pelo capitalismo, em particular pela política neoliberal adotada a partir da década de 1990 e suas implicações na política de saúde mental do município de Campina Grande/ PB. Cabe destacar ainda, que o enfrentamento do fenômeno do suicídio no país está sendo construído a passos lentos, no interior da política de saúde mental, numa conotação de adoecimento da classe trabalhadora, de tal maneira que fica subentendido a responsabilização dos sujeitos, como escolha individuais, sem levar em consideração as determinações sociais que os levaram a tomar a decisão de ceifar a própria vida.

Por fim, no quarto e último capítulo serão analisados os dados de atendimentos

realizados no Hospital de Trauma de Campina Grande, com o objetivo de demonstrar que ao fenômeno do suicídio não está sendo dada a visibilidade necessária quanto a sua gravidade e implicações na vida dos trabalhadores da região, bem como a impossibilidade da construção de uma política transversal e intersetorial que permitam não apenas visualizar as múltiplas desigualdades existentes na realidade social do comportamento suicida, mas que também possibilite uma percepção de que as múltiplas opressões podem se inter-relacionar, determinando a experiência de uma pessoa ou de um grupo social ainda mais marginalizada, para que seja possível se aproximar de respostas mais efetivas para o enfrentamento da problemática.

Historicamente o debate acerca do fenômeno do suicídio inicia na antiguidade do mundo grego e perpassou por diferentes conotações no campo da filosofia, da moral, da religião e da sociologia, até chegar aos dias atuais, onde o debate acerca do fenômeno é predominante nas ciências da psiquê.

Pallares e Bahls (2003), afirmam na antiguidade, os povos tinham formas variadas de conceber o suicídio. A morte violenta, incluindo o autoextermínio, poderia ser uma porta de entrada para o reino dos deuses e a promessa da imortalidade. Na literatura, na filosofia e na mitologia grega o suicídio era retratado como defesa de honra e por outros princípios valorativos, porém foram os próprios gregos que tornaram em lei um crime hediondo, com pena de decepar uma das mãos do suicida.

Mas foi Santo Agostinho, (354-430), que ao revisar os dez mandamentos bíblicos que estigmatizou o suicídio que passou a ter status de pecado, ofensa contra Deus e crime contra o Estado. De acordo com Minois (1995), na idade média era inconcebível que um homem que estivesse são, tanto de espírito quanto de saúde física, lançasse mão da possibilidade de precipitar sua morte por considerar que a vida não valia a pena ser vivida. E o simples fato de considerar esta possibilidade já era demonstração suficiente para detectar a loucura e o desequilíbrio mental, que começa a ser chamado de “melancolia”.

Foi só no final do século XIX que Durkheim (1982), abre a possibilidade de analisar o fenômeno a partir das condições sociais. Seus estudos na sociologia renderam a publicação de um livro inteiramente dedicado ao suicídio, no qual aponta que o ato individual de matar-se a si mesmo é antes de tudo um ato social. O autor afirmava que o suicídio não era uma causa individual, mas sim uma causa social, pois segundo ele cada sociedade tem em sua história um conjunto de indivíduos dispostos ao suicídio, onde essa disposição deve ser estudada não apenas pelos fenômenos orgânico-psíquicos ou do meio físico no qual os indivíduos estão situados, mas sim segundo as causas sociais que geram os fenômenos coletivos (Durkheim,

2004). Contudo o autor desconsidera o modo de produção na sociedade capitalista, suas instituições e sua divisão social do trabalho, e como este sistema pode, ou não, impactar no fenômeno do suicídio. Para o autor, “é preciso, sem afrouxar os laços que ligam cada parte da sociedade ao Estado, criar poderes morais que tenham sobre a multidão de indivíduos uma ação que o Estado não pode ter” (DURKHEIM, 2004).

Foi a partir da criação do método de análise da realidade, o materialismo histórico-dialético, realizados pelos estudos da sociedade capitalista desenvolvidos por Karl Marx, que o fenômeno do suicídio pôde ser analisado sob esta nova perspectiva, no pequeno ensaio, *Sobre o suicídio*. Na obra, Marx se baseou no relatório feito por Jacques Peuchet, funcionário da polícia francesa, que analisou quatro casos de suicídios.

O autor parte sempre do suposto de que a consciência do homem é determinada pelo ser social no modo de produção da sociedade capitalista. O materialismo histórico-dialético é uma teoria da história das sociedades humanas, que concebe os indivíduos como seres conscientes, ou seja, como seres reais e concretos que são constituídos socialmente através das relações sociais nas quais estão envolvidos. Conforme contado nas palavras do próprio Marx:

[...] na produção social de sua existência, os homens estabelecem relações determinadas, necessárias, independentes de sua vontade, relações de produção que correspondem a um determinado grau de desenvolvimento das forças produtivas materiais. [...] o modo de produção da vida material condiciona o desenvolvimento da vida social, política e intelectual em geral. Não é a consciência dos homens que determina o seu ser; é o seu ser social que, inversamente, determina a sua consciência (MARX, 2006, p.5).

Assim, o autor afirma ainda que “a história de todas as sociedades que existiram até hoje tem sido a história das lutas de classes” (MARX, 2006, p.84). É nesta constante disputa de forças entre a classe trabalhadora, detentora da força de trabalho e a classe burguesa, detentores dos meios de produção, que é caracterizado pelo resultado das relações de exploração do trabalho pelo capital.

Partindo do pressuposto de que os estudos clássicos sobre a temática no âmbito da sociologia apontam que o sofrimento psíquico tem intrínseca relação com as determinações econômicas, sociais e culturais do sistema capitalista e que este sistema ainda não foi superado no contexto contemporâneo de acirramento da crise estrutural, podemos inferir que as raízes do fenômeno do suicídio ainda estão fincadas no âmbito da sociologia, ou conforme afirma Dunker (2014), o suicídio é um sintoma social do tempo presente e precisa ser pensado pela sociedade, pois acomete uma diversidade de pessoas com idade, sexo/gênero, raça,

orientação sexual e classe social distintos.

Marx (2006), aponta ainda que a natureza desumana da sociedade capitalista fere os indivíduos em suas diversas origens, e a classificação das causas do suicídio é uma classificação dos males da sociedade burguesa moderna (MARX, 2006, p. 16).

Nesta perspectiva surge o termo questão social, usado por autores como José Paulo Netto, Ana Elizabete Mota, Marilda Iamamoto, Carlos Montañó, Alejandra Pastorini, entre outros, contudo não foi criado pelo próprio Marx. De acordo com Sousa (2016) a teoria de Marx fornece os substratos teóricos, metodológicos e políticos que possibilitaram o fomento do termo, mas sua gênese dar-se, de acordo com Iamamoto (2014), na particularidade da formação social brasileira que é fruto das heranças conservadas através do modelo de “revolução pelo alto” que, “as classes dominantes se antecipam às pressões populares, realizando mudanças para preservar a ordem, evitando qualquer ruptura com o passado, conservando traços essenciais das relações sociais e a dependência ampliada do capital internacional” (IAMAMOTO, 2014. 132).

Estas determinações históricas e particulares da formação brasileira, redimensionam a questão social, transmutando-as em novas expressões da questão social, fundamentadas na velha e fundante contradição do sistema capitalista. No Brasil, as expressões da questão social se apresentam na forma do empobrecimento generalizado; do aumento descomunal da violência; dos altos índices de desemprego; da precarização do trabalho formal; do aumento da informalização do emprego, que acarreta a desproteção social dos trabalhadores; entre outras repercussões (HARVEY, 2011; ANTUNES, 2009).

Assim, a questão social tornou-se uma categoria teórica no Serviço Social brasileiro, no final dos anos de 1970, a partir da aproximação da categoria profissional com a teoria marxista, como uma forma de resistência ao pensamento conservador funcionalista e positivista que fundamentava a reatualização conservadora da época.

As transformações societárias favoreceram o reconhecimento político da questão social por parte do Estado, na fase do capitalismo monopolista, propiciando seu o enfrentamento através da criação de políticas pública, convocando os profissionais do Serviço Social para intervir neste novo espaço sócio-ocupacional.

Apesar disto, o debate acerca da questão social não pertence exclusivamente à categoria profissional do Serviço Social, contudo por esta ser o seu objeto de pesquisa e também de intervenção dos Assistentes Sociais, o desvendamento tanto da sua natureza teórica como empírica, torna-se essencial para a profissão, visto que trata-se de uma categoria intrínseca ao sistema capitalista, que ao construir as bases de produção e reprodução da vida social, gera de

forma inversamente proporcional a situação de miséria, pobreza e exclusão social da classe que vive do trabalho (IAMAMOTO, 2008). Pensamento este que a autora ratifica em 2012:

O desvelamento das condições de vida dos sujeitos atendidos permite ao Assistente Social dispor de um conjunto de informações que, iluminadas por uma perspectiva teórico-crítica, lhe possibilita apreender e revelar as novas faces e os novos meandros da questão social que o desafia a cada momento no seu desempenho profissional diário, pois a questão social está presente nas diversas situações que chegam ao profissional como necessidades e demandas dos usuários dos serviços (IAMAMOTO, 2012, p. 53).

No tocante ao cenário do fenômeno do suicídio no mundo, de acordo com WANG (2004), o suicídio por muito tempo ficou apenas no âmbito da percepção empírica, visto que os dados epidemiológicos do fenômeno só começaram a ser registrados nos anos de 1950, com a fundação da OMS, que passou a acompanhar os dados relativos ao suicídio em todo o mundo.

Já os autores, Dejours e Bégue (2010), apontam que era também invisível a relação entre suicídio e trabalho, em todo o mundo, visto que as pesquisas só iniciaram em meados da década de 1990, e apenas em 2007 alcançaram os holofotes quando “os jornalistas começaram a escrever sobre o tema, durante a cobertura da série de suicídios cometidos nas sedes de empresas do porte da Renault, da Peugeot e da Électricité de France” (DEJOURS; BÉGUE, 2010, p. 11). Por sua vez, DRUCK assevera que:

Essa condição, agravada por outros imperativos típicos dos chamados padrões modernos de organização empresarial (competitividade exacerbada, rapidez ou velocidade ilimitada), tem gerado um cenário de adoecimento mental com expressões diversas, inclusive os suicídios (DRUCK, 2011, p. 49).

Nesta perspectiva, analisar o fenômeno do suicídio enquanto expressão da questão social, na sociedade capitalista é desvelar sua natureza contraditória, o que implica buscar nas suas raízes a opressão do caráter construtor do processo de trabalho como fundamento do ser social e na transformação do homem em mercadoria, sem desconsiderar a multicausalidade do fenômeno que muito antecede o sistema capitalista, mas que foi agravado ainda mais no período de sua vigência. Este cenário se agrava ainda mais em países periféricos e dependentes como o Brasil, onde a construção das condições de vida dos trabalhadores brasileiros são marcadas pela formação e determinações históricas do sistema capitalista, com fortes traços coloniais, enraizados nas desigualdades e superexploração da classe trabalhadora que influenciam, diretamente, nas condições objetivas e subjetivas destes sujeitos, contribuindo para a elevação das situações de sofrimento físico e mental que podem favorecer

na decisão de aniquilar a própria vida.

CAPÍTULO 2 - QUESTÃO SOCIAL, NEOLIBERALISMO E O FENÔMENO DO SUICÍDIO ENQUANTO EXPRESSÃO

2.1 Gênese da questão social: as lutas da classe trabalhadora na sociedade capitalista

A base histórica para o surgimento do capitalismo nasce a partir do conceito da acumulação primitiva, desenvolvido por Marx, que foi construído mediante a análise crítica e dialética do processo pelo qual o regime feudal foi substituído pelo regime capitalista. Contribuíram para este processo alguns acontecimentos antecessores, entre eles, o sistema colonial que propiciou a expansão do comércio e da navegação nas sociedades mercantis, às quais os governos da época concederam monopólios e privilégios aos comerciantes e navegantes por suas conquistas territoriais, meios pelos quais foi possível a obtenção e concentração de capital. Dessa maneira, os comerciantes e navegantes que conseguiram acumular recursos para outros investimentos e acumular mais capital, mantiveram sob seu poder uma classe de camponeses empobrecida e que, pressionadas pela miséria, tiveram que se desfazer de suas terras para sobreviver.

A expropriação dos camponeses de suas terras, tratada por Marx no capítulo 24 do *capital* (MARX, 1996b: 339-382), é um marco histórico deste período, e ficou conhecido como “cercamentos” para criação de ovelhas. De acordo com Santos (2012), os conhecidos “cercamentos” das terras se fizeram, objetivando gerar uma oferta de trabalho adequada às necessidades do capital que, para dar lucro precisava, necessariamente, explorar a força de trabalho dos camponeses. Assim, o regime feudal foi sendo substituído pelo regime capitalista a partir do momento em que os camponeses e os artesãos, que antes produziam o sustento de suas famílias, foram sendo desprovido dos seus meios de produção e obrigados a vender sua força de trabalho. Ambos se transmutaram em classe trabalhadora assalariada, após terem sido submetidos à exploração da força de trabalho pela classe que passou a deter os meios de produção, transmutada em Burguesia. Surge assim as duas classes antagônicas frutos do sistema capitalista: classe trabalhadora e classe burguesa.

Fontes (2018) ressalta que esta transmutação foi um alto custo na sociabilidade da humanidade, ela afirma que o nascimento do capitalismo é resultado de “enormes violências e poreja de sangue, onde ocorreu uma verdadeira amputação das possibilidades da humanidade,

com uma limitação estreita dos horizontes da inteligência humana. Ou nas palavras do próprio Marx, que ressalta também a participação do poder do Estado nesse processo:

Todos, porém, utilizaram o poder do Estado, a violência concentrada e organizada da sociedade, para ativar artificialmente o processo de transformação do modo feudal de produção em capitalista e para abreviar a transição. A violência é a parteira de toda velha sociedade que está prenhe de uma nova. Ela mesma é uma potência econômica. (Marx, 1996, p.37).

O trabalho assalariado no capitalismo se difere do trabalho no sistema feudal. O trabalhador, que não dispõe mais dos meios de produção, passa a vender sua força de trabalho, tornando-a mercadoria, em troca de salário como sua única alternativa de subsistência. A este processo foi nomeado como acumulação primitiva do capital e, com ele, o surgimento da classe operária, conforme descrito por Engels (2010) na obra *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*:

Nessa época, uma família de quatro adultos e duas crianças, com uma jornada de dez horas, chegava a ganhar quatro libras esterlinas por semana, equivalentes a vinte e oito táleres na cotação prussiana atual, e até mais, se os negócios corriam bem e se havia procura de trabalho – não era infrequente um tecelão ganhar semanalmente duas libras esterlinas. Gradativamente, a classe dos tecelões-agricultores foi desaparecendo, sendo de todo absorvida na classe emergente dos exclusivamente tecelões, que viviam apenas de seu salário e não possuíam propriedade, nem sequer a ilusão de propriedade que o trabalho agrícola confere – tornaram-se, pois, proletários (ENGELS, 2010, p. 49)

O Estado por sua vez, assume um papel importante em favor da classe detentora dos meios de produção e cria um conjunto de leis coercitivas e de submissão do proletariado. Estas leis são chamadas por Marx (2001) de leis “sanguinárias”, que tornava a jornada de trabalho extensa, os salários mais baixos, e ainda proibia a organização política da classe trabalhadora, fato importante para garantir o fortalecimento do sistema capitalista.

Entender historicamente o processo embrionário do capitalismo é de suma importância para apreensão dos diversos estágios pelo o qual capitalismo foi se consolidando e amadurecendo ao longo do tempo. Para Marx (2001), a acumulação primitiva representa a pré-história do modo de produção capitalista.

O desenvolvimento do sistema capitalista avançou de forma vagarosa no decorrer dos séculos, passando do capitalismo concorrencial, que tinha suas bases na indústria e no comércio, e teve na transformação no processo de produção com o advento das máquinas, a possibilidade de ascensão para o capitalismo-o industrial. A utilização das máquinas propiciava o aumento da produção e em consequência crescia significativamente a

acumulação da riqueza da classe burguesa em detrimento da expropriação através do excedente da força de trabalho do trabalhador, ou seja, da mais-valia. No sentido oposto, conforme Netto (2012), a pobreza crescia na razão direta em que aumentava a capacidade social de produzir riquezas, pois os burgueses se apropriavam de toda a mais-valia, enquanto o trabalhador continuava a receber salários precários. Nas palavras de Chagas (2012):

No capitalismo, o trabalho não aparecerá mais exclusivamente como trabalho útil concreto, que visa à satisfação das necessidades humanas (M-D-M), mas, substancialmente, como mero gasto de força humana de trabalho, como trabalho abstrato, que tem como função específica, como expresso, a valorização do valor (D-M- D'). Trabalho abstrato não é, para Marx, nem simples generalização (generalização não posta), trabalho em geral (generalidade fisiológica, universalidade natural, como gasto de cérebro, músculos e nervos humanos), nem um constructum subjetivo do espírito, uma abstração imaginária, um conceito abstrato, ou um processo mental de abstração, exterior ao mundo, mas sim uma abstração que se opera no real, uma abstração objetiva do trabalho no capitalismo, a homogeneidade, a redução, a simplicidade, a equivalência, o comum do trabalho social cristalizado num produto, numa mercadoria, que é trocada por outra, a fim de se obter mais-valia (CHAGAS, 2012, p. 10).

Sendo assim, concomitante ao processo histórico que estabeleceu mudanças no modo de produção, conseqüentemente impactou diretamente no modo de organização da sociedade. Os camponeses e artesãos de outrora não foram somente desapropriados de suas terras e ferramentas, mas foram também apartados de sua liberdade e de seus costumes. A intensa divisão do trabalho levou a classe operária a se concentrar aos arredores das fábricas, acelerando o processo de urbanização, sem a existia de nenhum tipo de investimento urbano prévio, como afirma Santos, “Era flagrante a ausência de investimentos em infraestrutura urbana, o desprezo pelas condições de vida operária, significativos níveis de morbidade, mortalidade da população infantil e adulta, habitações em locais insalubres, doenças, fome, baixos salários” (SANTOS, 2012, p. 37).

Nesse processo, as relações sociais humanas são substituídas pelas relações de produção, tornando-a coisificadas. O trabalhador, na sociedade burguesa, equivale a qualquer mercadoria e precisa vender ao capital a sua força de trabalho para sobreviver. A venda da força de trabalho pressupõe imediatamente a troca do exercício de uma capacidade humana – física e mental – por salário, causando um estranhamento do trabalhado com o produto do trabalho e com o próprio trabalho, o qual Marx chamou de trabalho alienado:

O que constitui a alienação do trabalho? Primeiramente, ser o trabalho externo ao trabalhador, não fazer parte de sua natureza, e por conseguinte, ele não se realizar em seu trabalho, mas negar a si mesmo, ter um sentimento de sofrimento em vez de bem-estar, não desenvolver livremente suas energias mentais e físicas, mas ficar fisicamente exausto e mentalmente deprimido. O trabalhador, portanto, só se sente à vontade em seu tempo de folga, enquanto no trabalho se sente contrafeito. Seu

trabalho não é voluntário, porém imposto, é *trabalho forçado*. Ele não é a satisfação de uma necessidade, mas apenas um meio para satisfazer outras necessidades (MARX, 2013, p. 93).

Neste sentido, uma parte do operariado se moldava ao ditame burguês para sobreviver, alguns mais decepcionados e desmoralizados pela forte exploração e a descomunal decadência, se deixavam levar pelo alcoolismo, demência, muitos suicídios dentre outras conturbações. O trabalho perde sua capacidade realizadora dos sujeitos, agrega cada vez menos elementos que dão sentido à sua vida, convertendo-se em trabalho imposto, forçado e, conseqüentemente, fonte de sofrimento.

Trata-se de sofrimento associado à dificuldade de encontrar sentido no trabalho e na vida, num contexto em que esta ocorre distante daquele, ao mesmo tempo em que dele depende. Sendo o trabalho um atributo humano ontologicamente central, é de se considerar que um trabalho com sentido seja capaz de dar sentido à vida. A organização do trabalho assalariado adotada pelo capitalismo e por ele modificada conforme as necessidades do mercado, no entanto, dificulta que trabalho e sentido coexistam (ZGIET, 2019, p. 184).

Mas em contraposição a esta situação, uma outra parcela da classe trabalhadora que também se encontrava em situações miseráveis enxergava como resposta aos ditames imposto pela classe burguês, as rebeliões, revoltas e revoluções, como exigência de proteção e melhores condições de trabalho, é neste processo de reconhecimento de classe em si e de classe para si que surgem as lutas operárias e o reconhecimento da “questão social” que através das lutas exigem a superação da forma da sistematização produtiva. De acordo com Santos (2012), “Nesse momento, fica claro que o confronto principal não era entre “pobres” e “ricos”, e sim, entre trabalhadores, operários e patrões, capitalistas; era contra a exploração do trabalho pelo capital”.

Em cada momento histórico as expressões da questão social vão ganhando outras formas, formas essas que chamamos de conjunto de múltiplas expressões da questão social, podendo se observada, cada vez mais evidente e exposta na coletividade. Por este motivo, Netto (2013), inadmite a possibilidade de uma nova questão social na contemporaneidade, para o autor:

Do ponto de vista teórico, a noção de “nova questão social” não apresenta uma só determinação que resista ao exame rigoroso na esteira da crítica da economia política marxiana; do ponto de vista sociopolítico, retrocede ao nível das utopias conservadoras do século XIX, proponentes de novos “contratos sociais” que restabeleçam vínculos de solidariedade no marco de comunidades ilusórias – uma solidariedade naturalmente abstrata (transclassista) e comunidades pensadas com o inteiro apagamento dos (novos) dispositivos de exploração. De fato, inexistente

qualquer nova “questão social” (NETTO, 2013, p. 10).

Quando a classe trabalhadora toma conhecimento de sua importância na sociedade, passam a se reconhecer como agentes sociais e transformadores desta realidade concreta. Desta forma, a “questão social” é, portanto, as expressões do processo de construção e desenvolvimento da classe operária e também o ingresso dessa classe no cenário político, diante do fato de que o trabalhador passa da condição de “classe em si” a “classe para si”.

2.2 As determinações históricas da construção do capitalismo no Brasil e o reconhecimento tardio da questão social brasileira

Conforme foi abordado anteriormente, cada país passou pelo processo de reestruturação do capital de maneira históricas e concretas divergentes, por isso para compreendermos o desenvolvimento da “questão Social” no Brasil, é importante abordarmos, nas palavras de Soares (2012) as particularidades na formação social brasileira e suas expressões contemporâneas, considerando a realidade do país.

No Brasil, o capitalismo se desenvolve de forma peculiar, fomentado sob fortes traços patriarcais e reacionários. A formação sócio-histórica do Brasil mostra-se como uma nação que, embora alcance independência, não possui autonomia; um país concebido como provinciano, cujas relações sociais são ainda tão arcaicas que a fronteira entre os âmbitos público e privado revelam-se bastante tênues, e tem no “favor” sua mediação primordial, o que afeta diretamente as políticas sociais (PRADO JUNIOR, 2004; FURTADO, 1969).

Cardoso de Mello (1994) aponta o Brasil como capitalismo retardatário, cujas implicações são refletidas com afinco na correlação de forças – própria da esfera política –, na direção econômica que o país envereda, bem como no trato conferido à “questão social”. Santos (2012) por sua vez, nos lembra que:

A superexploração do trabalho, enquanto elemento indissociável à constituição e formação da sociedade capitalista brasileira, encontra seus nexos causais nas relações de produção que antecederam a própria emergência do trabalho assalariado no país. Sua origem remete ao Período Colonial, quando as necessidades de desenvolvimento do Capitalismo na Europa reativam o uso da mão-de-obra escrava para maximizar as taxas de lucro extraídas da dinâmica comercial (SANTOS, 2012, p. 243)

Enquanto a economia mundial capitalista já se encontrava constituída, o Brasil colonial ainda era essencialmente rural, sendo um dos últimos países do mundo a abolir o modo de

produção escravagista, as bases desse processo estão na formação econômica onde do país que se estabeleceu essencialmente como um transferidor de recursos e matérias-primas, baseado na superexploração da força de trabalho.

O emprego da mão de obra escrava se constituiu como um fator de relevância para o desenvolvimento de um capitalismo comercial, no Brasil colonial, e que representava para a época, uma fonte de capital necessário para o processo de expansão de uma economia baseada na “exploração do trabalho humano e de recursos naturais nativos para a exportação de mercadorias que atendessem aos interesses dos mercados externos” (CASTELO; RIBEIRO; ROCAMORA; 2020, p.3)

Santos (2012), afirma ainda que, ao contrário do que ocorrera nos países europeus, onde as formações sociais tiveram seus contornos bem delineados (feudalismo-feudo, burguesia-burgos), no Brasil não houve Feudalismo e a burguesia surgiu durante o período do Império enquanto ainda predominava o regime patrimonialista-escravocrata.

Assim é que não se pode falar em modo de produção escravista e/ou modo de produção feudal brasileiros. Em verdade, o que se vivenciou, no país, foi a apropriação capitalista fundada na utilização da mão-de-obra compulsória, escrava e servil, enquanto elemento indispensável à acumulação primitiva de capitais. A funcionalidade desse tipo de força de trabalho residia em duas vantagens: 1) seu custo mínimo ao capitalista (que não passava de alimentação e moradia, ainda que precários); 2) seu consumo até o limite de sua exaustão, sem dispor de qualquer tipo de direito ou garantia social, até porque sua própria vida não lhe pertence, mas sim ao senhor de escravos (SANTOS, 2012, p. 246).

Por conseguinte, na sociedade brasileira a burguesia surge mesmo antes do fim do regime escravista, tendo o trabalho livre sido adiado, graças a resistência das elites rurais que se favoreciam deste tipo de regime e consideravam que o trabalho assalariado tendia a ser mais custosa que a de trabalho compulsório, impactando, portanto, as margens de lucros de suas atividades de exportação para os países europeus.

A economia escravista começou a declinar de direito com a proibição do tráfico de escravos em 1850, pela Lei Eusébio de Queiroz, mas perdurou no país até ter sido extinta em 1888 com a Lei Áurea, ainda no período imperial e só se tornando republica velha. De acordo com Delgado (2009), a economia do novo regime não incorporou esta massa de escravos.

O funcionamento da economia brasileira na República Velha é incapaz de incorporar, de maneira sistemática, o assalariamento. Sua dinâmica, puxada pela expansão da lavoura cafeeira e pela incorporação do trabalho semi-assalariado dos contratos de “colonato”, somente é potente o suficiente para a incorporação de pequena parcela do trabalho livre,

herdado do antigo setor de subsistência e, evidentemente, dos novos imigrantes. Em contrapartida, toda a massa ex-escrava e toda a grande lavoura de mais baixa produtividade econômica (açúcar, algodão, cacau e fumo), e até da borracha, no fim do século, conduzirão suas atividades econômicas de maneira intimamente associada ao setor de subsistência. Este, na República Velha, não foi absorvido pela expansão cafeeira, mas reproduziu-se de maneira autárquica ou subsidiou inúmeros arranjos de relações de trabalho com a grande lavoura de certa forma, os quais realimentaram a reprodução de ambos. (DELGADO, 2009, p. 28)

A fragilidade da relação entre burguesia e classe trabalhadora, se acentuam ainda mais quando da passagem do século XIX ao XX, com a consolidação do modo de produção e reprodução no período do capitalista industrial no Brasil, que mantém sua característica de dependência, e uma população massivamente empobrecida, sendo a população negra, recentemente libertados, os mais afetados. Dessa forma, as relações que se colocaram nesta fase de capitalismo no Brasil trazem consigo os elementos de sua debilidade histórica, visto que são incorporadas as estruturas coloniais na ordem social competitiva, visualizou-se aqui uma emancipação política dissociada da autonomia econômica.

Por um lado, gradualmente e ‘pelo alto’, a grande propriedade latifundiária transformou-se em empresa capitalista agrária e, por outro, com a internacionalização do mercado interno, a participação do capital estrangeiro contribuiu para reforçar a conversão do Brasil em país industrial moderno, com uma alta taxa de urbanização e uma complexa estrutura social (COUTINHO, 1988, p.106).

Entre 1870 e 1920, o capitalismo começa a se desenvolver no país, e com ele o surgimento do proletariado. Contudo, conforme apontado por Behring (2003), na construção das condições estruturais para o desenvolvimento do capitalismo brasileiro, são vislumbrados três processos fundamentais: a incapacidade de romper com a associação dependente com o exterior (heteronomia); a incapacidade de desagregar completamente os setores arcaicos; e a incapacidade de superar o subdesenvolvimento gerado pela concentração da riqueza (BEHRING, 2003, p. 102).

Nesta mesma perspectiva, Santos (2012), aponta que o processo de construção do capitalismo brasileiro na verdade foi um processo de modernização conservadora:

O processo de modernização conservadora, que perpassa a consolidação do Capitalismo no Brasil: a simbiose entre atraso e modernidade, constantemente reposta ao longo de seu desenvolvimento histórico. Isso significa dizer que o desenvolvimento capitalista não atuou com o intuito de suprimir as características arcaicas e as relações de dominação pautadas em valores tradicionais representados pela burguesia latifundiária local. Ao contrário, operou para conservá-las e/ ou adaptá-las aos interesses da burguesia dos países centrais (SANTOS, 2012, p. 248)

É a partir década de 1930 que a classe trabalhadora passa a se organizar em sindicatos na reivindicação de melhores condições de trabalho e o Estado passa a intervir na tentativa de regular estas relações, da qual Santos (1987), caracterizou como sendo uma “cidadania regulada”, destinada apenas aqueles inseridos, embora de maneira precária, no mercado de trabalho.

Por cidadania regulada entendo o conceito de cidadania cujas raízes encontram-se, não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional, e que, ademais, tal sistema de estratificação ocupacional é definido por norma legal. Em outras palavras, são cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definidas em lei. A extensão da cidadania se faz, pois, via regulamentação de novas profissões e/ou ocupações, em primeiro lugar, e mediante ampliação do escopo dos direitos dos associados a esta profissões, antes que por expansão dos valores inerentes ao conceito de membros da comunidade. A cidadania está embutida na profissão e os direitos dos cidadãos restringem-se aos direitos do lugar que ocupa no processo produtivo, tal como reconhecido por lei (SANTOS, 1987, p. 68).

Desta maneira, toda a massa da população que sobrevivia do trabalho agrícola e/ou não possuía uma profissão regulamentada em lei, ficou as margens das primeiras ações do Estado em relação aos direitos sociais, deixando-os ainda mais expostos as desigualdades sociais. Por outro lado, a intervenção do Estado na concessão de direitos à classe trabalhadora, ora se configura como ações paternalistas, ora como repressão policial, cooptando e enfraquecendo o movimento dos trabalhadores.

O que é direito do trabalhador, reconhecido pelo próprio capital, é manipulado de tal forma, que se torna um meio de reforço da visão paternalista do Estado, que recupera nesse processo o coronelismo presente na história política brasileira, agora instaurado no próprio aparelho de Estado. O “novo coronel” passa a ser o Estado, e os serviços sociais transfigurados em assistência social tornam-se uma das pontes para o estabelecimento de relações para com seus súditos (IAMAMOTO; CARVALHO, 2011, p.93)

Desta maneira o reconhecimento tardio da questão social no Brasil, também reflete o papel determinante no processo de acumulação desse capitalismo dependente brasileiro. Esse desenvolvimento, com seus determinantes de subalternização em relação a divisão internacional do trabalho “na verdade, tratou-se do desenvolvimento de um mercado competitivo induzido de fora, adaptando a economia brasileira aos dinamismos das economias centrais, mas sem desencadear maiores possibilidades de autonomia” (BEHRING, 2003, p.103).

Além disso, a organização da força de trabalho brasileira não se configura da mesma forma que nos países centrais, há no país uma forma ampliada de exploração da força de

trabalho. Marini (2000), afirma que esta superexploração está calcada em 3 fatores, haja vista: a intensificação do trabalho, a prolongação da jornada de trabalho e a expropriação de parte do trabalho – configuram um modo de produção fundado exclusivamente na maior exploração do trabalhador e não no desenvolvimento de sua capacidade produtiva (MARINI, 2000, p.125).

Nesta mesma perspectiva Ianni (1992), conclui que:

Vista assim, em perspectiva histórica ampla, a sociedade em movimento apresenta-se como uma vasta fábrica das desigualdades e antagonismos que constituem a questão social. A prosperidade da economia e o fortalecimento do aparelho estatal parecem em descompasso com o desenvolvimento social. Isto é, a situação social de amplos contingentes de trabalhadores; fabrica-se precisamente com os negócios, a reprodução do capital. As dificuldades agudas da fome e de desnutrição, falta de habitação condigna e as precárias condições gerais de saúde são produtos e condições dos mesmos processos estruturais que criam a ilusão de que a economia brasileira é moderna (IANNI, 1992, p. 92-93).

Desse modo, o contexto que se deflagra aos trabalhadores do Brasil desvela a questão social na forma do empobrecimento generalizado; do aumento descomunal da violência; dos altos índices de desemprego; da precarização do trabalho formal; do aumento da informalização do emprego, que acarreta a desproteção social dos trabalhadores; entre outras repercussões (HARVEY, 2011; ANTUNES, 2009).

2.3 As implicações do neoliberalismo no agravamento da questão social

Dando continuidade ao processo histórico, é possível afirmar que as múltiplas refrações da “questão social” são produzidas sob a força dos diferentes estágios do capitalismo e particulares à formação sócio-histórica de cada país e região. Neste sentido, o agravamento das expressões da questão social na fase do capitalismo imperialista, no que se refere ao quadro político, econômico e social, não pode ser compreendido sem uma reflexão crítica da ofensiva neoliberal que objetivou a desconstrução do Estado de Bem Estar Social, que era pautado na proteção ao trabalho assalariado e de algumas garantias sociais concedidas pelo Estado, no final da década de 1970.

O Estado de Bem-estar Social, surgiu no segundo pós guerra em alguns países de economia imperialista e está ligado a um conjunto de serviços sociais promovidos pelo Estado à população cujo objetivo é garantir-lhes alguns benefícios de ordem igualitária e universal para que a mesma possa enfrentar uma sociedade capitalista crescente e excludente. É nesse

período que ocorreram mudanças significativas no padrão de intervenção social nas economias imperialistas como os países Europeus, mas, essa intervenção social muito mais se configurou para preservar a força de trabalho através do oferecimento de serviços públicos e, assim, contribuir para a expansão econômica que o mundo estava vivendo cujo auge foi na década de 1950.

Com a grande crise da década de 70¹, onde o mundo capitalista avançado caiu numa longa e profunda recessão, combinando, pela primeira vez, baixas taxas de crescimento com altas taxas de inflação. A reestruturação do capital passa a ser necessária para garantir a sua pedra fundamental, a acumulação de capital. Neste novo estágio, exigisse a redução do papel do Estado com mais liberdade para o mercado e redução dos direitos sociais. A sociedade capitalista sofre os impactos do processo de mundialização da economia, onde, para aumentar a concorrência e competitividade, o trabalho passa a ser alvo de redução de custos, minimizando o valor da força de trabalho ao mesmo tempo que maximaliza sua produtividade. A degradação da classe trabalhadora dar-se com a flexibilização das relações de trabalho, com contratos de trabalho temporários, flexibilização interna das empresas que impõe aos seus trabalhadores novas situações e expulsam aqueles que não se adapta, e a flexibilização externa. Nesse sentido, Meszáros afirma que;

O remédio para dar seguimento às deficiências e “disfunções” devidas ao desemprego crônico em todos os países sob o domínio do capital, em rigorosa conformidade aos parâmetros causais do sistema do capital, é visto em termos de “maior disciplina do trabalho” e “maior eficiência”, resultando de fato na redução dos níveis salariais, na crescente precarização da força de trabalho até nos países capitalistas avançados e no aumento generalizado do desemprego. A estratégia fortemente idealizada da “globalização” – que não passa de mais um nome para o reforço reiterado das relações iníquas de poder socioeconômico entre os países avançados e os subdesenvolvidos, ou “Terceiro Mundo” do sistema global do capital – agrava o problema do desemprego também nos países “metropolitanos” ou “centrais”, acelerando a mencionada tendência à uniformização do índice diferencial da exploração. (Meszáros, 2011, p. 225).

De acordo com Behring (2009), o neoliberalismo era a saída encontrada pelos defensores de uma política liberal para enfrentar essa crise. O neoliberalismo surge então, como uma resposta política e ideológica contrária ao Keynesianismo e ao Welfare State em busca de alternativas para minimizar a queda das taxas de lucro e as altas taxas de inflação, tendo como proposta principal a ofensiva as políticas sociais construídas no período anterior. Behring e Boschetti (2008), acrescentam ainda que o Estado, aliado fiel e submisso da

¹ A origem da crise foi o embargo da Opep à exportação de petróleo, cuja intenção era pressionar pela desocupação do Canal de Suez. essa crise é um dos fatores que explicam a recessão econômica e o aumento do desemprego nos países centrais, em meados da década de 1970.

burguesia, potencializou ao máximo sua intervenção para a reprodução do sistema vigente, tornando-se cada vez mais ausente no atendimento às demandas sociais.

Diante da constatação de que o Estado se assentava ao lado do grande capital, e ser considerado, conforme comentado por Marx (1999), um “comitê executivo” da burguesia, onde além de preservar a propriedade privada dos meios de produção, também atribui total suporte a classe dominante, incluindo na transferência de recursos públicos para a reprodução desse sistema, acirrando assim cada vez mais a “questão social” e as suas mais variadas expressões.

A ofensiva neoliberal que viabilizam o desmonte das políticas sociais é o diferencial entre o “neoliberalismo” e o liberalismo clássico, pois utiliza-se do poder do Estado para o favorecimento das ações das empresas privadas em um processo que corrói progressivamente as instituições e que beneficia principalmente os agentes globais internacionais.

Neste sentido, refuta-se aqui a teoria de uma nova “questão social” levantada por Castel (1995), que não se esgota com o assalariamento da classe trabalhadora como afirmava o autor. Para ele o surgimento da revolução industrial e o advento da modernidade liberal, a condição salarial da classe trabalhadora se tornou uma resposta a questão social. Em contra partida, o pensamento de Netto (2012), que aponta cinco notas para desmistificar tal linha teórica de Castel: A primeira delas é que a expressão “questão social” surge para dar conta do pauperismo decorrente dos impactos da primeira onda industrializante, a designação desse pauperismo relacionava-se diretamente aos seus desdobramentos sociopolíticos, pois desde à primeira década até a metade do século XIX seu protesto tomou as mais diversas formas numa perspectiva efetiva de um movimento oposto da ordem burguesa; na segunda, a expressão “questão social” entra para o vocabulário do pensamento conservador, a partir da metade desse século, com o caráter de urgência para a manutenção e a defesa da ordem burguesa, a questão social perde paulatinamente sua estrutura histórica determinada e é crescentemente naturalizada, tanto pelo pensamento conservador laico como no do confessional; A terceira destaca que foi apenas em 1867 com o livro “O capital”, de Karl Marx, que se produziu uma compreensão teórica acerca do processo de produção do capital, relevando a anatomia da questão social. Para Marx a questão social seria determinada pelo traço próprio e peculiar da relação capital-trabalho, a exploração, fruto da sociabilidade erguida sob o comando do capital; Na quarta, Netto expõe que no período do Welfare State (1945-1970), a questão social e suas manifestações pareciam remeter-se ao passado, e apenas os marxistas insistiam em assinalar que as melhorias das condições de vida dos trabalhadores não alteravam a essência exploradora do capitalismo. Já a partir da década de 1970, com o

esgotamento da onda longa expansiva, o capitalismo mostrou que não havia nenhum compromisso social, e a intelectualidade acadêmica descobriu uma “nova questão social”. Por fim, na última nota, Netto defende a tese de que não se trata de uma nova questão social uma vez que a emergência de novas expressões da questão social é decorrente da ordem do capitalismo.

Esta reestruturação do sistema capitalista se constrói a partir do discurso ideológico do neoliberalismo

A criação da Sociedade de Mont-Pèlerin, em 1947, é citada com frequência, e erroneamente, como o registro de nascimento do neoliberalismo. Na realidade, o momento fundador do neoliberalismo situa-se antes, no Colóquio Walter Lippmann, realizado durante cinco dias em Paris, a partir de 26 de agosto de 1938, no âmbito do Instituto Internacional de Cooperação Intelectual (antecessor da Unesco). A reunião de Paris distingue-se pela qualidade de seus participantes, que, na maioria, marcarão a história do pensamento e da política liberal dos países ocidentais após a guerra. (...) a Sociedade de Mont-Pèlerin aparece como um prolongamento da iniciativa de 1938. (...). O Colóquio Walter Lippmann é a primeira tentativa de criação de uma “internacional” neoliberal que se prolongou em outros organismos, entre os quais, nas últimas décadas, a Comissão Trilateral e o Fórum Econômico Mundial de Davos. (Grande importância é dada, em todos esses momentos), ao trabalho intelectual de refundação da doutrina para melhor assegurar sua vitória contra os princípios adversários. (...) destilando-se em seguida em algumas centenas de think tanks que difundirão a doutrina ao redor do mundo (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 71-72).

Gestada durante e herdada do pensamento do filósofo político austríaco Friedrich Hayek com a publicação da obra *O Caminho da Servidão*, escrito já em 1944, que determinou aos chamados países emergentes uma reforma do Estado, como uma reação teórica e política veemente contra o Estado intervencionista e de bem-estar. Alguns anos mais tarde, Hayek lideraria um seleto grupo de acadêmicos (que se descreviam como “liberais” devido ao seu compromisso com os valores de liberdade pessoal) na organização Sociedade Mont Pelèrin, em 1947.

As raízes da crise, afirmavam Hayek e seus companheiros, estavam localizadas no poder excessivo e nefasto dos sindicatos e, de maneira mais geral, do movimento operário, que havia corroído as bases de acumulação capitalista com suas pressões reivindicativas sobre os salários e com sua pressão parasitária para que o Estado aumentasse cada vez mais os gastos sociais (ANDERSON, 1995, p. 10).

As recomendações de Hayek e de seus adeptos ficaram marginalizadas, tanto no meio acadêmico quanto na orientação das aplicações práticas das atividades do Estado, depois que as propostas intervencionistas de Keynes ganharam ampla aceitação, entre as décadas de 1930 e 1970. Entretanto, com o advento da crise do modo de regulação fordista keynesiano da década de 1970, graças aos seus discípulos, a obra de Hayek estabeleceu o corpo teórico e foi também o ponto de partida para que o neoliberalismo passasse a ganhar visibilidade e

influência até se instituir como o modelo de orientação das ações do Estado, visando a reestruturação dos mecanismos de mercado, e que passou a ser amplamente e internacionalmente adotado.

O neoliberalismo tem o propósito de controlar o mercado, colocando-o acima de todas as coisas, até mesmo da vida social, ultrapassando o setor público, onde existe uma transferência das responsabilidades do Estado para o mercado e para a própria sociedade civil, fazendo assim com que os direitos considerados universais não sejam alcançados de maneira universal. Antunes (2009) destaca ainda o papel importante do capital financeiro e das transferências de recursos públicos para o capital privado:

[...] colocando-se o capital financeiro como um campo prioritário para a especulação, na nova fase do processo de internacionalização; a maior concentração de capitais graças às fusões entre as empresas monopolistas e oligopolistas; a crise do Welfare State [...] e dos seus mecanismos de funcionamento, acarretando a crise fiscal do Estado capitalista e a necessidade de retração dos gastos públicos e sua transferência para o capital privado; o incremento acentuado das privatizações, tendência generalizada às desregulamentações e à flexibilização do processo produtivo, dos mercados e da força de trabalho [...] (ANTUNES, 2009, p. 29-30).

No ideário do neoliberalismo foi incluído um componente central, o anticomunismo. De acordo com o pensamento de Hayek a União Soviética representava o império do mal, responsável pela mais completa servidão humana. Talvez por este motivo, o neoliberalismo foi testado inicialmente por governos militares da América Latina para posteriormente generalizar-se no conjunto dos países centrais. No Chile, o neoliberalismo foi implementado através da derrubada do presidente Salvador Allende, com apoio militar e financeiro dos Estados Unidos e da elite chilena, e tomada do poder pelo general Augusto Pinochet, já na Argentina, o neoliberalismo foi colocado em prática através do governo militar de Jorge Rafael Videla. Nos países de capitalismo avançado o primeiro a adotar o ideário neoliberal foi na Inglaterra, no governo Thatcher em 1979, posteriormente nos EUA no governo Reagan, de 1980 e em 1982 na Alemanha de Kohl. O neoliberalismo se diferenciou de país para país.

O que demonstravam estas experiências era a hegemonia alcançada pelo neoliberalismo como ideologia. No início, somente governos explicitamente de direita radical se atreveram a pôr em prática políticas neoliberais; depois, qualquer governo, inclusive os que se auto-proclamavam e se acreditavam de esquerda, podia rivalizar com eles em zelo neoliberal. O neoliberalismo havia começado tomando a socialdemocracia como sua inimiga central, em países de capitalismo avançado, provocando uma hostilidade recíproca por parte da social-democracia. Depois, os governos socialdemocratas se mostraram os mais resolutos em aplicar políticas neoliberais. Nem todas as social-democracias, bem entendido (ANDERSON, 1995, p. 13).

Pierre Dardot e Christian Laval (2016), ao analisarem a construção do sujeito neoliberal a partir do surgimento e consolidação do neoliberalismo na obra *A nova razão do mundo: ensaios sobre a sociedade neoliberal*, afirmam que esta nova razão passa por uma subjetivação neoliberal que não se restringe ao mercado em si, tampouco às atividades econômicas mais gerais, mas a todos os campos da vida social, ancorada na ideologia da governança de si e na extensão da concorrência capitalista a todos os domínios da vida social, rejeitando toda forma de solidariedade social entre os indivíduos.

De acordo com os autores supracitados, os direitos sociais cedem lugar à sociedade de direito privado, pois o funcionamento do sistema de direção da economia de mercado pressupõe a existência desse tipo de sociedade.

Essa ordem de direito privado não estabelece apenas as regras a que todos os membros da sociedade são submetidos quando contraem contratos entre si, adquirem bens e títulos uns dos outros, cooperam uns com os outros ou trocam serviços etc.; acima de tudo, ela outorga a todas as pessoas que se situam sob sua jurisdição uma enorme liberdade de movimento, uma competência para conceber planos e conduzir a própria vida em relação com os próximos, um status no interior da sociedade de direito privado que não é um “dom da natureza”, mas um “direito civil social”; não um “poder natural”, mas uma “permissão social”. A realidade do direito é, pois, não que o indivíduo enfrente diretamente o Estado, mas que se ligue a seu Estado “pela intermediação da sociedade de direito privado (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 118).

O Estado se reconfigura, tendo uma nova atuação e desempenhando um novo papel. Mandel (1982), aponta que originalmente o Estado surge em concomitância com a propriedade privada, estando ligado à divisão da sociedade nas esferas pública e privada, produto da divisão social do trabalho, sendo o Estado mais antigo do que o capital, e suas funções não podem ser derivadas diretamente das necessidades da produção e da circulação de mercadorias (MANDEL, 1982, 335)

É em momentos de crises que as funções do Estado são, quase que imediatamente alteradas, em defesa da classe dominante. O liberalismo que surge a princípio como ideologia, logo se configura como ofensiva neoliberal a partir do momento em as prioridades passam a ser a intervenção estatal na economia. Contudo, a capacidade do Estado de intervir na economia se mostra limitada, porque ainda é uma economia baseada na propriedade privada dos meios de produção, onde cada capitalista dispõe de livre prerrogativa na condução da empresa. Para Mendel (1982) de maneira alguma a intervenção do Estado suprime as flutuações da economia, elas continuam a ser uma realidade do modo de produção capitalista e do seu desenvolvimento cíclico. O papel essencial do governo numa sociedade cujas relações são essencialmente estabelecidas e mantidas pela ordem judiciária é ser o “guardião

das regras do direito privado” (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 119)

O que está em processo é a conformação do Estado político do capital, que através de reformas na gestão e nas relações estabelecidas com a sociedade civil pela nova governança, vai reduzindo o atendimento e assistência às questões sociais mediante políticas públicas focalizadas exclusivas aos segmentos mais miseráveis e transferindo a responsabilidade para cada indivíduo e para sociedade em geral, formando o terceiro setor.

O que era de responsabilidade do conjunto da sociedade passa a ser de (auto)responsabilidade dos próprios sujeitos afetados pela “questão social”; o que era sustentado pelo princípio da solidariedade universal passa a ser sustentado pela solidariedade individual, micro (...) Neste processo de constituição de um “terceiro setor” assumindo atividades sociais que eram prioritárias do Welfare State, a função social da resposta às refrações da “questão social” deixa de ser, no projeto neoliberal, responsabilidade privilegiada do Estado, e através deste do conjunto da sociedade, e passa a ser agora autoresponsabilidade dos próprios sujeitos portadores de carecimentos, e da ação filantrópica, “solidária-voluntária”, de organizações e indivíduos. A resposta às necessidades sociais deixa de ser uma responsabilidade de todos (na contribuição compulsória do financiamento estatal, instrumento de tal resposta) e um direito do cidadão, e torna-se, sob a égide neoliberal, uma opção do voluntário que ajuda o próximo, e um não-direito do portador de carecimentos, o “cidadão-pobre (MONTAÑO, 1999, p. 11 - 12).

O que está em jogo com o neoliberalismo “é nada mais nada menos que a forma da nossa existência, isto é, a forma como somos levados a nos comportar, a nos relacionar com os outros e com nós mesmos” (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 16).

A cidadania não é mais definida como participação ativa na definição de um bem comum próprio de uma comunidade política, mas como uma mobilização permanente de indivíduos que devem engajar-se em parcerias e contratos de todos os tipos com empresas e associações para a produção de bens locais que satisfaçam os consumidores. A ação pública deve visar, acima de tudo, à instauração de condições favoráveis à ação dos indivíduos, orientação que tende a dissolver o Estado no conjunto dos produtores de bens públicos (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 239).

A agenda do neoliberalismo é guiada pela necessidade de uma adaptação permanente dos homens e das instituições a uma ordem econômica intrinsecamente variável, baseada numa concorrência generalizada e sem trégua. Para Harvey (2011), vive-se um cenário de intensas mudanças na economia política do capitalismo, seja no trabalho, no consumo, seja nos poderes e práticas do Estado – mudanças estas, faz-se mister destacar, ocorridas de forma simultânea e articulada.

Mészáros (2011), reforça ainda que para administrar a crise, o capital articula, em nível global, um processo de restauração do modelo de produção e de regulação social que tem como consequências imediatas, o desemprego crônico-estrutural; o rebaixamento dos salários;

a rápida destruição/reconstrução das habilidades dos trabalhadores; o retrocesso do poder sindical; a generalizada precarização do trabalho (subcontratação, terceirização etc.); a polarização dos trabalhadores, que acaba por fetichizar a luta de classes; o desmonte da proteção social; a degradação do meio ambiente; entre outros elementos.

2.4 O fenômeno do suicídio como uma das expressões da questão social

Compreendendo que a gênese da questão social está na relação entre capital e trabalho e que a mesma se concretiza na disputa e o no reconhecimento enquanto classe por parte dos trabalhadores, é então na categoria trabalho que o presente tópico buscará elementos na teoria social de Marx, para compreender o fenômeno do suicídio enquanto uma das expressões da questão social.

É através do trabalho na sociedade capitalista que o homem se reconhece enquanto indivíduo e integrante das relações sociais. De acordo com Marx, a centralidade do trabalho na vida humana, deve-se tanto ao fato dele ocupar boa parte do tempo de vida dos trabalhadores, como do caráter constituidor do ser social e fundador do gênero humano. Além de ser o meio para a satisfação das necessidades pessoais, o trabalho é também fonte de identificação e autoestima, de desenvolvimento das potencialidades humanas e do sentimento de participação nos objetivos da sociedade.

Lessa (2006) acrescenta que os seres humanos são as relações sociais que estabelecem entre si; os indivíduos são as conexões que estabelecem com a história da qual são partícipes. Assim, Marx concebe a história a partir da análise do desenvolvimento das forças de produção, das relações sociais nas quais tal desenvolvimento se encarna e das relações de classe que cada período histórico gesta.

Netto (2011) chama atenção para a construção do homem enquanto ser social, afirmando que o modo de produção da vida material condiciona o processo em geral de vida social, político e espiritual. Não é a consciência dos homens que determina o seu ser, mas, ao contrário, é o seu ser social que determina sua consciência. Dito de outra forma nas palavras de Marx e Engels (1998):

O indivíduo é o ser social. A manifestação de sua vida – mesmo se ela não aparecesse na forma imediata de uma manifestação vital comunitária, realizada conjuntamente com outros homens – é, portanto, uma expressão e uma confirmação da vida social. A vida individual e a vida genérica do homem não são diferentes, por muito que – e isto é necessário - o modo de existência da vida individual seja um

modo mais específico ou mais geral da vida genérica, ou por mais que a vida genérica seja uma vida individual mais específica ou mais geral. [...] O homem é, por conseguinte, um indivíduo particular, e é, precisamente, esta sua particularidade que faz dele um indivíduo e um ser comunal realmente individual (MARX; ENGELS, 1998, p. 538-539)

No capitalismo o trabalho adquire a forma de alienação a partir da apropriação, por parte dos detentores dos meios de produção, da força de trabalho e do produto do trabalho produzido pelos trabalhadores. Esta alienação torna também alienado o trabalhador, visto que ele não se reconhece no produto do seu trabalho, e tão pouco na atividade que exerce, perdendo o controle sobre o objeto, os instrumentos, bem como a organização do trabalho. O trabalho deixa de ser um meio para satisfação das necessidades individuais do trabalhador e adquire um novo sentido que não coincide com sua significação objetiva, há uma cisão entre sentido e significado.

Marx (2015) acrescenta ainda que o trabalho assalariado constitui uma implicação necessária para o trabalho alienado, já que o trabalho não aparece como fim em si mesmo, pois o trabalhador se torna “escravo do seu salário”. A alienação do trabalho assalariado favorece a superexploração da força de trabalho, garantindo assim o lucro para o capital, e condições de subsistência, e até de miserabilidade, para a classe trabalhadora.

A alienação do trabalhador no objeto revela-se assim nas leis da economia política: quanto mais o trabalhador produz, menos tem de consumir; quanto mais valores cria, mais sem valor e mais desprezível se torna; quanto mais refinado o seu produto, mais desfigurado o trabalhador; quanto mais civilizado o produto, mais desumano o trabalhador; quanto mais poderoso o trabalho, mais impotente se torna o trabalhador; quanto mais magnífico e pleno de inteligência de trabalho, mais o trabalhador diminui em inteligência e se torna escravo da natureza [...]. É evidente, o trabalho produz coisas boas para os ricos, mas produz escassez para o trabalhador. Produz palácios, mas choupanas para o trabalhador. Produz beleza, mas deformidade para o trabalhador. Substitui o trabalho por máquinas. Produz inteligência, mas também produz estupidez e a cretinice para os trabalhadores (MARX, 2015, p. 323).

Assim, considerando que o trabalho é a base na qual o indivíduo se transforma em um ser social, determinado e modificado em cada momento histórico, é possível afirmar que as relações sociais no capitalismo são construídas a partir das relações de produção, ou seja a partir do trabalho assalariado. Para Marx (2015), o ser humano não é apenas um animal social, mas também um animal que somente pode isolar-se em sociedade.

[Todas as relações como relações postas pela sociedade, não como relações determinadas pela natureza.] Só assim é possível a aplicação da ciência e o pleno desenvolvimento da força produtiva. Não pode haver qualquer dúvida, portanto, de que o trabalho assalariado em sua forma clássica, quando impregnando a sociedade em toda a sua extensão e, no lugar da terra, fazendo-se em solo sobre o qual a

sociedade se erige, é criado de início pela moderna propriedade fundiária, i.e., pela propriedade fundiária como valor criado pelo próprio capital. Por isso a propriedade fundiária leva de volta ao trabalho assalariado. Visto sob um aspecto, não se trata senão da transferência do trabalho assalariado das cidades para o campo, logo, do trabalho assalariado disseminado por toda a superfície da sociedade (MARX, 2015, p. 342).

Se o que diferencia o homem dos animais é a capacidade de transformar a natureza para suprir as necessidades humanas através do trabalho, é o trabalho estranhado que desumaniza o homem tornando-o coisa e causando-lhe sofrimento, físico e mental, associado á dificuldade de encontrar sentido no trabalho e na própria vida. Em contrapartida a sociedade capitalista exige dos trabalhadores obediência em troca do status de cidadãos, cumpridores de seus deveres e adaptados à ordem moral da sociedade. Para Marx (2004), o auge dessa servidão é que somente como trabalhador ele pode se manter como sujeito físico e apenas como sujeito físico ele é trabalhador.

Neste sentido, temos além do trabalho alienado, o emprego alienado e alienante. No capitalismo a divisão social do trabalho segue o interesse do capital e não do trabalhador. Logo, surge o trabalho alienado, no qual aliena o indivíduo do controle sobre sua própria vida e de suas faculdades mentais. Afastando o trabalhador da possibilidade de desenvolver sua humanidade e de seu reconhecimento como um ser transformador, assim como a inadequação à normalização do trabalho estranhado. Nesse mesmo sentido, Lessa (2006), acrescenta que:

A desumanidade do capitalismo não está apenas na desigualdade social. Isto é a ponta visível do iceberg. A desumanidade está em ser uma sociedade na qual o humano não tem lugar – a não ser quando pode ser transmutado em mercadoria. Ser uma coleção de mercadorias é precisamente isso: as relações sociais são, primordialmente, relações entre mercadorias; as pessoas encontram-se apenas indiretamente, pela mediação da mercadoria. E portanto, tudo aquilo que é humano e não pode ser convertido em fonte de lucro, está excluído da sociedade. O capitalismo é o lar das mercadorias, não das pessoas humanas. Para retomar uma ideia anterior: os humanos criaram uma criatura que não apenas os domina, mas também os oprime; não apenas o oprime, mas, pior ainda, os destrói (LESSA, 2006, p. 10).

Mészáros (2011) acrescenta que a alienação, no modo de produção capitalista, significa um meio de legitimar e fazer com que os indivíduos aceitem os valores impostos pela classe dominante, como uma prerrogativa da vendabilidade, transformando os sujeitos em coisas.

A alienação caracteriza-se, portanto, pela extensão universal da “vendabilidade” (isto é, a transformação de tudo em mercadoria); pela conversão dos seres humanos em “coisas”, para que elas possam aparecer como mercadorias no mercado (em outras palavras: a “reificação” das relações humanas); e pela fragmentação do corpo social em “indivíduos isolados” (*vereinzelte Einzelnen*), que perseguem seus próprios objetivos limitados, particularistas, “em servidão à necessidade egoísta”, fazendo de

seu egoísmo uma virtude em seu culto da privacidade. (MÉSZÁROS, 2011, p. 39).

Logo, a satisfação positiva no processo de produção material cede lugar ao processo negativo da não satisfação. De acordo com Amarante (2000), é nesse processo que a alienação mental e, por extensão, a doença mental constituiu-se categoria negativa do trabalho: a negação necessária à constituição de uma funcionalidade 'positiva' que se afirmava como norma. Reações emocionais são motivadas por tudo o que, direta ou indiretamente, satisfaz as necessidades dos indivíduos e que estão de acordo com as exigências sociais. Por outro lado, tudo aquilo que obstrui a satisfação de necessidades ou não se adequam às exigências da sociedade resultam em emoções negativas. A satisfação está diretamente ligada a noção social de felicidade, como explica Marx:

A felicidade e a infelicidade têm tantas maneiras de ser e de se manifestar quantas são as diferenças entre os indivíduos e os espíritos. Um poeta disse: o que faz tua felicidade é minha aflição; O prêmio de tua virtude é minha punição. Tudo o que se disse contra o suicídio gira em torno do mesmo círculo de ideias. A ele são contrapostos os desígnios da Providência, mas a própria existência do suicídio é um notório protesto contra esses desígnios ininteligíveis. Falam-nos de nossos deveres para com a sociedade, sem que, no entanto, nossos direitos em relação a essa sociedade sejam esclarecidos e efetivados, e termina-se por exaltar a façanha mil vezes maior de dominar a dor ao invés de sucumbir a ela, uma façanha tão lúgubre quanto a perspectiva que ela inaugura (MARX, 2006, p. 25).

Desta maneira, as relações sociais no sistema capitalista são determinadas pelos sujeitos que têm em suas mãos os meios para a produção material, ou seja, a burguesia. Todavia, é também possível acrescentar que é através do salário alienado que o capital consegue ocultar a condição de exploração. O trabalhador é conduzido a um processo de alienação muito mais potente; além de se desgastar física e mentalmente em suas funções laborais, tiram-lhe a capacidade de compreender a sua posição de dominado, expropriado, subsumido às condições impostas pelo capital. Dito de outra forma, nas palavras de Marx e Engels:

As ideias da classe dominante são em todas as épocas as ideias dominantes, ou seja, a classe que é o poder material dominante da sociedade é, ao mesmo tempo, o seu poder espiritual dominante. A classe que tem à sua disposição os meios para a produção material dispõe assim, ao mesmo tempo, dos meios para a produção espiritual, pelo que lhes estão assim, ao mesmo tempo, submetidos em média as ideias daquele a quem faltam os meios para a produção espiritual. As ideias dominantes não são mais do que a expressão ideal das relações materiais dominantes, as relações materiais dominantes concebidas como ideias; portanto, das relações que precisamente tornam dominante uma classe, portanto as ideias do seu domínio. Os indivíduos que constituem a classe dominante também têm, entre outras coisas, consciência, e daí que pensem, na medida, portanto, em que dominam como classe e determinam todo o conteúdo de uma época histórica, é evidente que o fazem em toda a sua extensão e portanto, entre outras coisas, dominam também como

pensadores, como produtores de ideias, regulam a produção e a distribuição de ideias do seu tempo que, portanto, as suas ideias são as ideias dominantes da época. (MARX; ENGELS, 1998, p. 67).

Nesta relação adoecedora, entre burguesia e classe trabalhadora, como classes fundamentais para manutenção do sistema capitalista, onde a classe dominada fica à mercê da própria sorte, ou dos favores ofertados pela classe dominante, funda-se as condições propícias para as múltiplas formas de sofrimento e adoecimento, como o sofrimento psíquico. Isto é, os processos pelos quais as relações sociais, a história, a cultura sub-humana – incluem e subordinam – o biológico, visto que em sua grande maioria, os rebatimentos recaem na classe trabalhadora. Desta maneira, Engels afirma que:

[...] lançado nesse turbilhão caótico, ele deve sobreviver como puder. Se tem a sorte de encontrar trabalho, isto é, se a burguesia lhe faz o favor de enriquecer à sua custa, espera-o um salário apenas suficiente para o manter vivo; se não encontrar trabalho e não temer a polícia, pode roubar; pode ainda morrer de fome, caso em que a polícia tomará cuidado para que a morte seja silenciosa e não choque a burguesia (ENGELS, 2008, p. 69).

Ao examinar as condições e relações de trabalho, da classe trabalhadora de sua época, Engels (2008) relata que estas estavam em condições que ultrapassavam o limite do humano, onde o lhes restavam era pouco mais do que a própria vida. [...] os homens só se consideram reciprocamente como objetos utilizáveis: cada um explora o outro e o resultado é que o mais forte pisa no mais fraco, e os poucos fortes, isto é, os capitalistas, se apropriam de tudo, enquanto aos muitos fracos, aos pobres, mal lhes resta apenas a vida (ENGELS, 2008, p. 68).

Neste sentido, a situação da classe operária é a base real e o ponto de partida de todos os movimentos sociais de nosso tempo porque ela é, simultaneamente, a expressão máxima e a mais visível manifestação de nossa miséria social Engels (1845). O suicídio é apontado pelo autor, como uma das saídas possíveis para classe operária fugir da realidade concreta a ela apresentada. Para ele “a miséria só permite ao operário escolher entre deixar-se morrer lentamente de fome, suicidar-se ou obter aquilo de que necessita onde encontrar- em outras palavras, roubar”. Ou seja, a acumulação da riqueza é, ao mesmo tempo, a acumulação de miséria, do tormento de trabalho, da escravidão, da ignorância, da brutalização e da degradação moral, impostas à classe que produz seu próprio produto como capital.

É neste contexto, que Marx, também faz sua análise da sociedade burguesa de sua época. No entanto, o autor alemão não tinha como objetivo se debruçar diretamente sobre o fenômeno do suicídio. Mas o método desenvolvido por ele, possibilitou o estudo da reprodução e do movimento real do capital e como consequência a exposição crítica das

condições sociais de vida que rebatem sobre a sociedade e entre estes o sofrimento, o pauperismo e o próprio suicídio como expressões da questão social.

No entanto, Marx expôs que o suicídio, enquanto fenômeno social, assume um perfil singular diante do desenvolvimento capitalista, “[...] o suicídio não é, de modo algum, antinatural, pois diariamente somos suas testemunhas [...] está na natureza de nossa sociedade gerar muitos suicídios” (MARX, 2006, p. 25).

O comportamento suicida aparece nos escritos de Marx como uma das consequências que a lei geral da acumulação exerce sobre o destino da classe trabalhadora. Expressa por seu caráter antagônico, onde por um lado encontra-se o crescimento da riqueza social e gera na posição oposta, o aumento do exército industrial de reserva, colocando a classe trabalhadora excedente na condição do pauperismo.

Quanto maiores a riqueza social, o capital em funcionamento, o volume e a energia de seu crescimento, portanto também a grandeza absoluta do proletariado e a força produtiva de seu trabalho, tanto maior o exército industrial de reserva. A força de trabalho disponível é desenvolvida pelas mesmas causas que a força expansiva do capital. A grandeza proporcional do exército industrial de reserva cresce, portanto, com as potências da riqueza. Mas quanto maior esse exército de reserva em relação ao exército ativo de trabalhadores, tanto mais maciça a superpopulação consolidada, cuja miséria está em razão inversa do suplício de seu trabalho. Quanto maior, finalmente, a camada lazarenta da classe trabalhadora e o exército industrial de reserva, tanto maior o pauperismo oficial. Essa é a lei absoluta geral, da acumulação capitalista (MARX, 1983, p. 274).

Na obra *Sobre o suicídio* o autor se dedicou a analisar quatro casos de suicídio relatados por Jacques Peuchet, funcionário da polícia francesa, que por sua vez fez, nas palavras de Marx (2006), uma crítica das relações de propriedade, das relações familiares e das demais relações privadas – em uma palavra, a crítica da vida privada – surge como o necessário resultado de suas experiências políticas. Michael Löwy (2006), ao escrever o prefácio da obra, relata que:

[...] escreve Marx citando Peuchet, que por sua vez cita Jean-Jacques Rousseau, é um deserto, habitado por bestas selvagens. Cada indivíduo está isolado dos demais, é um entre milhões, numa espécie de solidão em massa. As pessoas agem entre si como estranhas, numa relação de hostilidade mútua: nessa sociedade de luta e competição impiedosas, de guerra de todos contra todos, somente resta ao indivíduo é ser vítima ou carrasco. Eis, portanto, o contexto social que explica o desespero e o suicídio (LÖWY, 2006, p. 16).

A partir das reflexões trazidas por Marx (2006), os elementos que possibilitam um contexto propício ao cometimento do suicídio relacionado ao trabalho nos moldes do capitalismo, são explicitados:

Quando se veem a forma leviana com que as instituições [...] dispõem do sangue e da vida dos povos, a forma como distribuem a justiça civilizada com um rico material de prisões, de castigo e de instrumentos de suplício para a sanção de seus desígnios incertos; quando se vê a quantidade incrível de classes que, por todos os lados, são abandonadas na miséria, e os párias sociais, que são golpeados com um desprezo brutal e preventivo, talvez para dispensar-se do incômodo de ter que arrancá-los da sua sujeira; quando se vê tudo isso, então não se entende com que direito se poderia exigir do indivíduo que ele preserve em si mesmo uma existência (MARX, 2006, p. 26-27).

Neste contexto o autor corrobora com a análise de Peuchet, ao afirmar que suicídio é um dos sintomas de uma organização social deficiente, e que embora a miséria seja a maior causa do suicídio é possível encontrar o fenômeno em todas as classes sociais. As relações entre os interesses e os ânimos, as verdadeiras relações entre os indivíduos ainda estão para ser criadas entre nós inteiramente, e o suicídio não é mais do que um entre os mil e um sintomas da luta social geral.

O número anual dos suicídios, aquele que entre nós é tido como uma média normal e periódica, deve ser considerado um sintoma da organização deficiente de nossa sociedade; pois, na época da paralisação e das crises da indústria, em temporadas de encarecimento dos meios de vida e de invernos rigorosos, esse sintoma é sempre mais evidente e assume um caráter epidêmico. A prostituição e o latrocínio aumentam, então, na mesma proporção. Embora a miséria seja a maior causa do suicídio, encontramos-lo em todas as classes, tanto entre os ricos ociosos como entre os artistas e os políticos. A diversidade das suas causas parece escapar à censura uniforme e insensível dos moralistas. As doenças debilitantes, contra as quais a atual ciência é inócua e insuficiente, as falsas amizades, os amores traídos, os acessos de desânimo, os sofrimentos familiares, as rivalidades sufocantes, o desgosto de uma vida monótona, um entusiasmo frustrado e reprimido são muito seguramente razões de suicídio para pessoas de um meio social mais abastado, e até o próprio amor à vida, essa força enérgica que impulsiona a personalidade, é frequentemente capaz de levar uma pessoa a livrar-se de uma existência detestável (MARX, 2006, p 24).

Desta maneira, Marx (2006) concebe a automorte se exprime como uma conjunção de problemas de ordem social e não individual, o que torna possível uma aproximação com as causas que suscitam o trabalhador a cometer suicídio: Entre as causas do suicídio, está muito frequentemente a exoneração de funcionários, a recusa de trabalho, a súbita queda dos salários, em consequência de que as famílias não obtinham os meios necessários para viver, tanto mais que a maioria delas ganha apenas para comer (MARX, 2006, p. 48).

Engels (2008) reforça esta mesma perspectiva de responsabilização de ordem social e não do sujeito, ao classificar o que ele chama de *assassinato social*, ao denunciar que a sociedade burguesa expõe a classe trabalhadora a precarização das relações de trabalho e o desemprego, que como consequência intrínseca rebatem na precarização dos laços sociais e afetivos, levando ao isolamento, à solidão e ao sofrimento social

Quando a sociedade põe centenas de proletários numa situação tal que ficam obrigatoriamente expostos à morte prematura, antinatural, morte tão violenta quanto a provocada por uma espada ou um projétil; quando ela priva milhares de indivíduos do necessário à existência, pondo-os numa situação em que lhes é impossível subsistir; quando ela os constringe, pela força da lei, a permanecer nessa situação até que a morte (sua consequência inevitável) sobrevenha; quando ela sabe, e está farta de saber, que os indivíduos haverão de sucumbir nessa situação e, apesar disso a mantém [...]. (ENGELS, 2008, p. 135-136).

Destarte, como o desejo de morte é também multifacetado, as múltiplas expressões da questão social podem também ter influência na sua ocorrência. Na perspectiva crítico dialética de Marx, o ato de tirar a própria vida pode então ser também considerado uma resposta individual do sujeito frente a estas múltiplas expressões da questão sociais, produzidas no âmbito da sociedade capitalista.

CAPÍTULO 3 - AS POLÍTICAS SOCIAIS ENQUANTO RESPOSTA ÀS EXPRESSÕES DA QUESTÃO SOCIAL: O RECONHECIMENTO DO FENÔMENO DO SUICÍDIO

Conforme discutido no capítulo anterior, foi a partir do momento em que a classe trabalhadora tomou consciência da superexploração da força de trabalho, no sistema capitalista, que passou a reivindicar, através de lutas, o reconhecimento de seus direitos sociais por parte do Estado. Como resposta, o Estado é chamado a intervir nas múltiplas expressões da questão social, inicialmente como medida de controle das massas, concedendo os mínimos sociais à população a partir da criação de políticas sociais.

No presente capítulo, será abordado a construção da política de saúde mental no Brasil, dentro dos limites impostos pelo capitalismo, em particular pela política neoliberal adotada a partir da década de 1990. Cabe destacar ainda, que o enfrentamento do fenômeno do suicídio no país está sendo construído, a passos lentos, no interior da política de saúde mental, numa conotação de adoecimento da classe trabalhadora, de tal maneira que fica subentendido a responsabilização dos sujeitos, como escolha individuais, sem levar em consideração os condicionantes sociais que o levaram a tomar a decisão de ceifar a própria vida.

Dito isto, Netto (1996) destaca que a existência e as manifestações da questão social, são indissociáveis da dinâmica específica do sistema capitalista, assim as políticas sociais não

têm como objetivo extinguir todas as expressões da questão social, pois o seu limite esbarra na própria reprodução do capital, não podendo, assim, afetar a acumulação burguesa e pôr em risco a sua supremacia.

Ou seja, as políticas sociais baseiam-se nas relações de produção e reprodução da força de trabalho, nos diferentes modos de produção capitalista, e não possui característica de superação deste sistema, visto que no capitalismo a questão social não se extingue, do contrário ela se transforma em expressões mais complexas que evidenciam ainda mais o abismo entre capital e trabalho. A pobreza no período de acumulação primitiva, existia em virtude da escassez de recursos, já no capitalismo contemporâneo ela se expressa de uma maneira mais perversa, pois existe o recurso, o que há é uma distribuição extremamente desigual dessa renda.

Assim, a questão social é indissociável do capitalismo, só podendo ser extinta com a supressão do sistema. Portanto, o seu enfrentamento, através de políticas públicas e sociais, por parte do Estado, se faz de forma particularizada, fragmentada, atomizada e focalista, não atendendo as reais necessidades das demandas da população no seu sentido universal. Nas palavras de Behring e Boschetti (2008), o Estado, aliado fiel e submisso da burguesia, potencializa ao máximo sua intervenção para a reprodução do sistema vigente, tornando-se cada vez mais ausente no atendimento às demandas sociais, nelas operando sob moldes focalistas e de extrema seletividade, transformando as políticas sociais públicas desta época em uma franca administração da miséria.

Ao longo da história do capitalismo, as políticas sociais assumiram diferentes características, de avanços e retrocessos, na garantia de algumas necessidades sociais à população. Mas foi no segundo pós-guerra, no período entre 1945 e 1975, com a adoção das políticas de cunho keynesiano/fordista, que a intervenção do Estado atendeu de maneira mais harmônica as reivindicações advindas tanto do capital quanto do trabalho, período que também conhecido como a era do Estado de Bem-estar social nos países centrais. O Estado passa a ser o responsável por financiar tanto a reprodução da força de trabalho, via proteção social, quanto à acumulação de capital, por meio de subsídios diversos e da adoção de políticas econômicas que contribuíssem para garantir a rentabilidade.

Nas palavras de Mandel, o Estado passa a ocupar um papel central tanto para o financiamento da força de trabalho quanto para a reprodução e ampliação do capital. Este duplo papel pode ser constatado pela adoção de medidas que garantiam a ampliação do salário indireto através de políticas públicas, e ao mesmo tempo o estímulo ao consumo em massa a classe trabalhadora, que favorecia ao mesmo tempo a elevação do padrão de vida da

população e alimentava o capital. Por este motivo, o período ficou conhecido como os “trinta anos gloriosos”.

Entre o final dos anos 1960 e começo da década de 1970, o regime de acumulação fordista, as políticas keynesianas e o projeto de Estado social são postos em xeque. A onda longa de expansão do capitalismo expõe a própria contradição do capital na busca pelo superlucro. Os Estados Unidos rompem com o acordo de Bretton Woods, promovendo a desvalorização do dólar e o recrudescimento de uma crise no setor produtivo que marcou um processo de dismantelamento de muitos dos mecanismos de regulação que contribuíram para modelar as bases das relações internacionais que se estabeleceram no pós-guerra. É nesta fase que o capital vai reagir na busca de novas tecnologias e barateamento da força de trabalho e amplia a disputa pelo fundo público. A nova fase de acumulação capitalista vai ser capitaneada pela esfera financeira, e no campo ideológico o velho liberalismo se veste com a "nova" roupagem, rebatizado de neoliberalismo.

Como saída encontrada para a crise que se instalava, neste período, foi a adoção de uma nova política neoliberalizante que pregava novamente a redução do Estado, apenas no tocante as garantias sociais. Neste sentido, Brettas (2017) aponta o surgimento do discurso da necessidade de um ajuste fiscal através da flexibilização das leis trabalhistas.

A ideia de um excessivo gasto público, principalmente no que diz respeito aos gastos sociais, e que teria conduzido os países a uma “crise fiscal”, tomou força e colocou na ordem do dia as discussões relativas à necessidade de promover políticas de equilíbrio fiscal, privatização e abertura econômica. Esta seria a forma de aumentar a competitividade e devolver aos mercados o seu dinamismo, bem como a capacidade de ditar as regras e trazer de volta a “eficiência”. A redução do Estado na área social, associada a medidas como a flexibilização das leis trabalhistas, tornaram-se, supostamente, um imperativo para sair da crise vivida na década de 1970 (BRETTAS, 2017, p. 79).

Enquanto os países centrais viviam os trinta anos gloriosos e consolidavam os direitos sociais que garantiam o salário indireto, melhor qualidade de vida da classe trabalhadora e aquecimento do mercado de consumo, como resposta cíclica a crise do capital, o Brasil vivenciava o período de ditadura militar, onde os direitos sociais eram limitados e a luta contra o sistema vigente era a pauta dos movimentos sociais. Mesmo assim, a crise do capital iniciada nos países centrais não poupou os países da América Latina, e não poderia ser diferente no Brasil.

No início dos anos de 1990 a maioria dos países da América Latina, adotavam a agenda neoliberal mesmo nunca tendo vivenciado um período de expansão e consolidação das políticas sociais. Fiori (1997) destaca que esta agenda propiciou a abertura de uma economia

desenvolvimentista, pois segundo o autor, após a adoção do “Consenso de Washington” por parte dos americanos, chegava no ano de 1989, à periferia capitalista endividada, e em particular à América Latina, uma versão adaptada das ideias liberal-conservadoras que já se difundiam pelo mundo desde o início da grande restauração”.

Em meio a conturbado período, a força popular e a insatisfação geral da população brasileira conseguiram pressionar o governo e em 1988 foi promulgada a Constituição Federal, onde entre outros direitos, ficou estabelecido o tripé da seguridade social com as garantias de uma política pública de assistência social, previdência e saúde.

Assim, o Sistema Único de Saúde (SUS), é fruto de um processo de longo debate e de lutas por melhores condições de saúde, e surge como um novo paradigma na atenção à saúde, cujos princípios e diretrizes rompem com o paradigma médico-hospitalar. Para Marques e Mendes (2010) o ingresso da saúde no capítulo da seguridade social da CF de 88 representou a garantia dos direitos relativos à saúde, a todos os cidadãos brasileiros, e possibilitou ampliação da cobertura para segmentos até então desprotegidos, eliminando as diferenças de tratamento entre trabalhadores rurais e urbanos, com a implementação da gestão descentralizada nas políticas de saúde e assistência, garantindo a participação dos setores interessados no processo decisório e no controle da execução das políticas e ainda possibilitou a definição de mecanismos de financiamento mais seguros e estáveis para a garantia de um volume suficiente de recursos para a implementação das políticas contempladas pela proteção social.

Estes princípios estão impressos no Art. 196 da referida Constituição, onde pode-se ler que: a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

As diretrizes que norteiam o SUS foram formuladas de modo que pudessem possibilitar uma rede hierarquizada e regionalizada, tendo em vista, romper com o velho modelo assistencial de saúde e contribuir para um novo paradigma: I- descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II- atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III- participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Com a eleição de Fernando Collor de Melo em 1990, primeiro presidente eleito por voto direto pós CF/88, inicia o modelo brasileiro neoliberal de ajuste, fortalecido nos dois mandatos do seu sucessor², Fernando Henrique Cardoso (FHC). As políticas sociais são

² Eleito após dois anos do impeachment do presidente anterior

diretamente afetadas e na adoção de programas com recorte assistencial, e tendo como direção principal: a privatização das empresas estatais; pela abertura a iniciativa privada no trato das políticas sociais, e é permeada pelos processos de reforma estatal. Em particular no governo de FHC, com a criação do Plano Diretor da Reforma do Estado, dirigido por Bresser Pereira que preconizava, dentre outros elementos, as privatizações, a liberalização comercial e a disciplina fiscal (BEHRING, 2008).

Como parte da disputa entre os dois projetos políticos, no início da década de 1990 foram aprovadas as leis de regulamentação infraconstitucional do SUS: as Leis nº. 8.080/90 e nº. 8.142/90. A primeira trata do processo de descentralização, definição de competências das três esferas de governo e da organização do sistema; e a segunda, da participação da sociedade e dos mecanismos de transferência de recursos financeiros do governo federal às demais instâncias do sistema. Nos anos seguintes foram estabelecidas uma série de Normas Operacionais Básicas do SUS (n.º 91, 93 e 96), de modo a garantir as diretrizes do SUS, que visam a municipalização dos serviços de saúde.

Porém, mal o SUS constitucional tomava forma e logo a política econômica começou a usurpar o orçamento destinado a ele em nome de um ajuste fiscal que prometia o equilíbrio das contas públicas brasileiras. A década de 1990 foi marcada pela consolidação da ofensiva neoliberal no Brasil. BEHRING (2003) aponta que é neste período que se inicia o processo de contrarreforma do Estado, com um conjunto de medidas de desmonte e destruição das conquistas democráticas.

O impacto da política neoliberal rebateu diretamente sobre a classe trabalhadora, pois a mesma viu ameaçada pela reestruturação produtiva, principal mecanismo de crescimento defendido pelos neoliberais, que implicou na desregulamentação dos direitos trabalhistas, no corte dos gastos sociais e no desemprego estrutural, e tudo isso em nome do aumento dos lucros à custa da força produtiva do trabalho. A autora acrescenta ainda que esse processo, comumente denominado de “reforma” do Estado, configura-se como uma verdadeira contrarreforma, tendo em vista que possui um conteúdo conservador e regressivo em relação aos direitos conquistados na Constituição de 1988.

Apesar do avanço jurídico social conquistado com a CF/88, Bravo (2013) afirma que, a no âmbito particular da política de saúde, o Estado passa a garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento aos cidadãos consumidores. Como principais características da contra reforma neoliberal, destacam-se o caráter focalizado para atender às populações vulneráveis, a desconcentração dos serviços e o questionamento da universalidade do acesso.

Assim, o projeto da política de saúde no Brasil, a partir da adoção da política neoliberal, também está articulado ao mercado e pautado pela política de ajuste fiscal, que tem como principais tendências à contenção dos gastos com a racionalização da oferta e descentralização com isenção de responsabilidade do poder central.

Neste sentido, o ano de 1993 foi marcado pelo maior retrocesso diretamente ligado ao financiamento da seguridade social no país. O Brasil passa pela reforma econômica mais impactante, tanto no que diz respeito ao equilíbrio das contas públicas, quanto no rebatimento direto ao financiamento das políticas públicas. Dentro de uma lógica do capital e seguindo orientações do Fundo Monetário Internacional (FMI), foi criado o Fundo Social de Emergência (FSE), que desvinculou 20% do orçamento da seguridade social para o pagamento da dívida pública e para o superávit primário, através da EC nº 01/94. Esta Emenda, que deveria ser provisória, foi sendo prorrogada, passou a chamar-se Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) e em 1999 passou a chamar-se Desvinculação da Receita da União (DRU).

Para Salvador (2010), esta transformação da finalidade dos recursos, trata-se de uma “perversa alquimia”, pois por meio da DRU transforma os recursos destinados ao financiamento da seguridade social em recursos fiscais para a composição do superávit primário e, por consequência, os utiliza para pagar juros da dívida pública. Mendes (1996), acrescenta que essa desvinculação oferece ao governo total liberdade no uso dos recursos públicos, os quais estão sendo destinados, sobretudo aos cofres externos (pagamento da dívida pública). O governo, por sua vez, insiste em manter tal desvinculação sob a justificativa de que a flexibilização do orçamento pode garantir crescimento ao país, contudo, para o autor, essa proposta ameaça os direitos sociais da CF/88, particularmente o sistema de Seguridade Social, uma vez que subtrai recursos e rompe com as conquistas sociais, atualmente protegidas pelo artigo 195. Em 2008, esse mecanismo retirou R\$ 39 bilhões da Seguridade Social, com a finalidade de garantir a meta de superávit primário (Mendes, 2009, p. 250).

No ano 2000, um importante mecanismo foi encontrado pelo governo na tentativa de resolver o problema do financiamento da saúde, com a criação da Emenda Constitucional nº 29, que teve a intenção de vincular recursos para a saúde pública, em sintonia com as esferas de governo, bem como com a variação do Produto Interno Bruto - PIB. Deste modo, a Emenda define os percentuais mínimos de cada esfera – união, estado e município – na área da saúde. Passou a ser responsabilidade da esfera estadual o investimento de 12% e aos municípios 15% de recursos próprios. Já o percentual de responsabilidade da união, é sempre o ajuste do investimento do ano anterior, a inflação do ano.

No início dos anos 2000, a esquerda chega ao poder com a primeira eleição do presidente Lula, inaugurando a era petista que ficou no poder de 2003 até julho de 2016. Mas contrariando as expectativas dos ideais políticos de esquerda e dos movimentos sociais de base, a era petista não rompe com a lógica do sistema capitalista e mantém fiel os indicadores econômicos e orientações do Banco Mundial, inaugurando assim a segunda fase neoliberalizante.

Contudo Castelo (2020) analisa que a era petista pode ser entendida como um neoliberalismo menos ortodoxo que possibilitou um acordo de classes ao qual o autor nomeou de social-liberalismo. Para ele, o marco da mudança ideológica afinada com os princípios socialistas pôde ser percebida ainda na campanha de 2002, quando o partido dos trabalhadores (PT) publicou a “Carta ao Povo Brasileiro,” sinalizando ao mercado capitalista que os acordos econômicos iniciados com Fernando Henrique Cardoso - FHC seriam mantidos caso o então candidato ganhasse as eleições. Na visão de Singer (2012), entretanto, foi um “divisor de águas” na trajetória do PT: o que estava em jogo era o “abandono da postura anticapitalista que o partido adotara na sua fundação”, ou seja, o PT abdicou a partir deste instante de um projeto de sociedade e optou por um projeto de poder. Para BEHRING (2018) esta nova correlação de forças é o que marca a segunda fase do neoliberalismo no Brasil:

O desgaste de FHC pelas medidas adotadas e a reorientação do Real a partir do acordo com o FMI de 1998, num contexto em que as forças vivas da redemocratização sob a liderança do PT/CUT e de movimentos sociais como o MST faziam uma oposição consistente e se colocavam como alternativa política real, levaram Lula à Presidência do país nas eleições de 2002, abrindo um período de treze anos de gestão petista no Estado brasileiro. Contudo, sob o tacão da Carta ao Povo Brasileiro, seus projetos de mudança ficaram submetidos à estabilidade macroeconômica do Real e do FMI. Esta nova correlação e articulação de forças enseja o segundo período do neoliberalismo (BEHRING, 2018, p. 3).

Por outro lado, algumas medidas adotadas visavam à melhoria das condições de vida da classe trabalhadora, que por sua vez também alimentou o mercado de consumo. Medidas como o aumento real do salário mínimo, diminuição da taxa de desemprego, ampliação do bolsa família, programa de combate à fome, investimento em políticas públicas como saúde e assistência social, tiraram milhões de brasileiros da linha de miserabilidade.

Neste contexto, a política de saúde que vinda sofrendo fortes impactos da contrarreforma iniciada no período anterior e que acelerou o processo de subfinanciamento do SUS, tomou um pequeno fôlego e recebeu alguns significativos avanços mais alinhados com

os princípios da reforma sanitária, a exemplo de: ampliação da atenção básica através do Programa de Saúde da Família (PSF); criação de programas como Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); Programa Farmácia Popular; Programa Saúde e Prevenção nas Escolas ao Programa Nacional de DST/AIDS; Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST); expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); além da aprovação do Pacto pela Saúde e do Pacto pelo SUS e o Pacto pela Vida, que trazem mudanças qualitativas importante no tocante a gestão, financiamento e humanização da política de saúde no Brasil.

Os debates sobre a regulamentação da EC/29 percorreram os dois mandatos do presidente Lula, que de acordo com a análise feita por Áquilas Mendes (2012), avalia que a regulamentação da EC-29 não foi uma prioridade nos governos Lula, visto que a política macroeconômica adotada tinha como propósito central cumprir as metas inflacionárias e a obtenção de elevados superávits primários. Chegam a esta mesma conclusão Druck e Filgueiras (2007), ao afirmarem que o governo petista não moveu um milímetro para alterar a essência do modelo de desenvolvimento, nem tão pouco a política macroeconômica que herdou do governo anterior.

Durante os dois mandatos de Lula as discussões pela regulamentação da emenda não foram aprovadas. Apenas em dezembro de 2011, já no primeiro mandato da presidente Dilma Rousseff, após oito anos de discussões, finalmente a EC/29 foi regulamentada pelo Senado Federal, com a aprovação da Lei complementar nº 141/2012, que além de definir os percentuais de gastos mínimos de cada ente federativo, também define detalhadamente quais despesas são consideradas gastos com saúde.

Apesar do avanço para garantias financeiras destinadas a saúde, a EC/29 não pode ser considerada como suficiente para garantir a universalidade do SUS. Embora muitos autores avaliem a aprovação da lei complementar como uma grande conquista Áquilas (2012), também afirma que nenhum novo recurso foi de fato destinado para garantir a universalidade da saúde.

Outra medida adotada pelos governos do PT foi à continuidade da DRU. Em 2003 a EC- 42, prorrogou-a até 2007 e em sequência foi prorrogada novamente até 2011, pela EC - 56. Também no governo Dilma, a EC- 114 mantiveram a Desvinculação da Receita da União até 2015, mantendo assim o compromisso com o superávit primário iniciado desde o plano real.

Além da não efetivação de uma política econômica que garanta o financiamento da universalidade do SUS como um direito e um dever do Estado, os governos da era petista

também consolidaram parceria público privada para gestão de instituições que já faziam parte do SUS, ou seja uma empresa pública de direito privado. A exemplo disso foi o Projeto de Lei 1749/2011 que autorizou a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) que passou a gerir os Hospitais Universitários (HUs) sendo responsável também por contratação de funcionários via CLT e por contratos temporários até dois anos.

Em última análise pode-se dizer que a era petista não rompe como os ideais neoliberais e com a agenda imposta pelos acordos realizados junto ao FMI e ao banco mundial nos governos anteriores, contudo pode-se dizer que a esta segunda rodada neoliberalizante é possível creditar um acordo de classe no tocante a ampliação, embora mínima, dos direitos sociais, onde o governo nas palavras de Singer (2012) pautou-se pelo “reformismo fraco” assentado no “modelo de transformação lenta e dentro da ordem”, por meio de mudanças graduais, “sem rupturas”.

Em julho de 2016, a Presidenta Dilma é deposta através de um controverso impeachment orquestrado pelos partidos de oposição, assim como pelos poderes jurídico e midiáticos. Nas palavras de Giovani Alves (2016), o golpe de Estado de 2016 colocou no Palácio do Planalto, o vice-presidente da República Michel Temer, representando a coalização entre a direita neoliberal e a direita conservadora, maioria política no Congresso Nacional que expressa um espectro de reacionarismo político nunca visto na história da república brasileira. De modo voraz, o governo Temer agilizou no Congresso Nacional uma agenda de choque neoliberal que provocou o desmonte paulatino das políticas neodesenvolvimentistas³ implantadas nos governos Lula e Dilma (2003-2016).

De acordo com Ruy Braga (2016), as forças golpistas que derrubaram a Presidenta não foram devido ao que foi concedido aos setores populares e sim por aquilo que o governo não foi capaz de entregar aos empresários: um ajuste fiscal ainda mais radical, que exigiria alterar a Constituição Federal, uma reforma previdenciária regressiva e o fim da proteção social.

Para Fagnani (2017), o período 2016-18 pode representar o fim do mencionado ciclo de construção da cidadania social (1988-2015), onde o objetivo é “privatizar tudo o que for possível”, tanto na infraestrutura econômica quanto na infraestrutura social.

Nesta mesma linha, Rodrigo Castelo reforça que, o golpe de 2016 no Brasil é, talvez, o capítulo mais dramático do neoliberalismo, inscrito numa conjuntura internacional de crise

³ Segundo os neodesenvolvimentistas, as desigualdades sociais estariam sublinhadas pela naturalização das relações econômicas capitalistas e que a promoção da igualdade de oportunidades seria conseguida pela mediação da educação na competição eterna entre os indivíduos no mercado de trabalho. Assim, os aspectos sociais são tratados como aspectos secundários, sendo que a intervenção sobre a “questão social”, proposta pela política econômica, funcionaria para neutralizar opositores, à direita e à esquerda, pacificando as tensões sociais (CASTELO, 2010).

orgânica do capitalismo, que alia crise econômica e crise de hegemonia – com aumento brutal da coerção estatal e de grupos paraestatais exercida contra a classe trabalhadora, ganhando ares neofascistas, o golpe legislativo/midiático/judiciário leva o vice-presidente Temer ao posto máximo do Executivo. A sua função histórica é retomar, a qualquer custo, as taxas de lucro declinantes no país e de apassivar os crescentes rompantes de rebeldia popular.

Para Bravo e Pelaez (2018), o governo ilegítimo de Temer pode ser considerado como uma restauração conservadora de um projeto político ultraneoliberal, assumidamente pró-capital, que visa resolver os impasses de acumulação e favorecer os interesses da classe dominante do país e aprofundar sua dependência junto ao capital internacional. Assim, o peso da crise da acumulação é transferido para os trabalhadores, materializado no projeto *Uma ponte para o Futuro*, apresentado pelo PMDB ainda em 2015, com o objetivo de enfrentar a crise política e econômica, destinando-se [...], a preservar a economia e tornar viável o desenvolvimento.

Neste sentido, o governo passa a adotar medidas que impactam diretamente no financiamento da seguridade social e especialmente na política de saúde, gerando o desfinanciamento mais profundo do SUS desde a Constituição de 1988. Dentro da lógica do ajuste fiscal permanente, pode-se apontar como marco inicial desta nova ofensiva neoliberal, a aprovação da EC em setembro de 2016, que prorrogou a da DRU até 2023, mas também amplia seu percentual de 20% para 30%.

Fagnani (2017) chama atenção para outra inovação trazida pela Emenda que prorrogou a DRU, afirmando que ela também cria mecanismo semelhante para estados, Distrito Federal e municípios (Desvinculação de Receitas dos Estados, Distrito Federal e dos Municípios – DREM). De acordo com o autor, estima-se que a medida libere R\$ 117,7 bilhões para uso do Executivo, apenas em 2016. Desse montante, a maior parte (R\$ 110,9 bilhões), incidirá sobre as contribuições sociais que financiam a Seguridade Social.

Em dezembro do mesmo ano foi aprovada a EC/95, ou como ficou conhecida a PEC do fim do mundo, que institui um Novo Regime Fiscal, no âmbito da União, para os próximos 20 anos e estabelece um limite para as despesas primárias, individualizado por cada um dos poderes. A correção do valor gasto anualmente tem como referência o ano de 2016, acrescido da correção da inflação do ano vigente, o que na prática congelará, em termos reais, a despesa primária no patamar de 2016, sem levar em conta o crescimento demográfico que ocorrerá ao longo de 20 anos. Vale ressaltar que o congelamento dos gastos é válido apenas para despesas primárias, ou seja, correspondem aos gastos com previdência social, saúde, educação, assistência social, cultura, saneamento, desenvolvimento agrário, habitação, ciência e

tecnologia, infraestrutura, dentre outros, de forma conjunta. Por outro lado, deixa livre os pagamentos com juros e amortização da dívida pública.

De acordo com a Nota Técnica nº 27, publicada pelo Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA), o motivo divulgado para garantir a aprovação da Emenda foi à sustentabilidade das despesas públicas, sem antes refletir (intencionalmente ou não), sobre os impactos na vida de milhões de brasileiros.

Em resumo, o Novo Regime Fiscal estabelece um ajuste fiscal de longo prazo que determina o congelamento das despesas primárias da União nos patamares de 2016, em termos reais, defendido na Exposição de Motivos como mecanismos para garantir a “sustentabilidade da despesa pública”, sem refletir, portanto, possíveis alterações da dinâmica socioeconômica. Isto significa que o tamanho do orçamento da União, durante vinte anos, passará a ser determinado pelo volume de gastos efetuados em 2016 (em termos reais), e não mais pela estimativa de receitas para o exercício de vigência da lei orçamentária. Assim, aumentos na arrecadação não poderão ser revertidos no aperfeiçoamento das políticas públicas. Tampouco o indexador econômico deste limite, o IPCA, irá transferir para as ofertas de bens e serviços o aumento das demandas sociais, impactadas tanto pela alteração da dinâmica demográfica – que são previsíveis -, bem como pelo aumento das necessidades da população frente a um quadro econômico recessivo, no qual o país está inserido (IPEA, Nota técnica, 2016, n.27).

Fagnani (2017) reforça que o novo regime fiscal reduziu a receita da educação de 18% para 11,3% e da saúde de 15% para 9,3%. Ou seja, além da redução real do salário mínimo, as políticas de saúde e de educação serão as mais impactadas. Neste sentido a Emenda / 95 marca uma mudança de orientação na função do Estado, que deixa de promover o bem-estar social e passa a favorecer ainda mais o capital, como um verdadeiro pacto à custa da civilidade da população brasileira.

Ao apontar os impactos do governo ilegítimo de Temer, os autores Bravo, Pelaez, e Pinheiro (2018), apontam que inegavelmente ele representa os setores mais reacionários, atrasados e conservadores da sociedade brasileira, aliado à burguesia com a adoção de políticas “ultraneoliberal, claramente pró-capital, que visa resolver os impasses de acumulação e favorecer os interesses da classe dominante no país e aprofundar sua dependência junto ao capital internacional’ (BRAVO; PELAEZ; 2018, p. 12).

Ainda segundo os autores citados, na contramão dos princípios do SUS, universalidade, equidade e integralidade, o MS apresenta proposta para criação dos Planos de Saúde Populares, sob a justificativa de que um milhão e meio de pessoas cancelaram seus planos

privados de saúde, no ano de 2016, devido à recessão econômica e à elevada taxa de desemprego.

O IPEA divulgou em 2016, a nota técnica nº 26, que aponta evidências sobre o influxo das crises econômicas e das medidas de austeridade fiscal na condição de saúde mental das populações brasileira. O estudo revelou que as medidas de austeridade que reduzem o gasto com políticas sociais, pioram a situação de saúde da população, especialmente sobre a saúde mental, com aumento significativo dos casos de suicídio em algumas situações.

Verifica-se ainda que, a perda do emprego e o aumento do desemprego provocam perdas financeiras e o endividamento das famílias, levando ao empobrecimento, ao aumento dos divórcios e da violência. Essas condições, associadas à insegurança quanto à manutenção do emprego, ocasionam piora da saúde mental, com elevação da incidência e prevalência de ansiedade, depressão, estresse e abuso de álcool e outras drogas. Ainda como consequências para a situação de saúde, identificaram-se o aumento dos casos de suicídio e de doenças crônicas e infecciosas (IPEA, 2016, p. 4).

Em janeiro de 2019 chega ao poder o presidente que representa todos os ideários da ultradireita conservadora, Jair Messias Bolsonaro. Wanderley, Sant’Ana e Martinelli (2019), ao analisar a chegada da ultradireita no poder, assevera:

O ano de 2019 marca a chegada ao poder de um presidente ultraconservador, que traz no seu plano de governo uma proposta econômica radicalmente liberal. Do ponto de vista político, a ordem democrática está em risco, pois várias investidas têm sido feitas sobre a liberdade de expressão e pensamento. O ataque à diversidade humana, às conquistas das mulheres, à liberdade de imprensa, e tantas outras violências perpetradas, de modo velado ou explícito, são apresentadas como soluções para atuar junto às tensões oriundas dos conflitos de classes e da extrema desigualdade vivenciada no Brasil. A atual conjuntura política tem colocado muitas incertezas à democracia e aos direitos sociais, especialmente aos direitos dos trabalhadores (WANDERLEY; SANT’ANA; MARTINELLI, 2019, p. 209).

Dentre tantos retrocessos deste governo, destacamos a Lei nº 13.840, sancionada em 2019 por Bolsonaro. A lei alterou as legislações anteriores sobre drogas e descaracterizou pontos importantes da política, retirando a Estratégia de Redução de Danos. Para tanto, direcionou o acolhimento de pessoas que usam drogas em Comunidades Terapêuticas, fortalecendo o terceiro setor filantrópico que tem se sustentado com recursos públicos. A nova legislação reafirma também que os projetos terapêuticos voltados aos usuários desse serviço visam à abstinência (BRASIL, 2019).

Como se o (des)governo por si só não fosse o suficiente para o aceleramento do desmonte do SUS, em março de 2020, o Brasil entra oficialmente na pior crise sanitária do

século XXI, a pandemia da COVID-19, com a confirmação do primeiro caso⁴ em março de referido ano.

O governo Bolsonaro atentou contra a classe trabalhadora de diversas formas, contudo a mais perversa foi expor a classe trabalhadora ao risco de contágio, a recusa da compra da vacina, a divulgação e propagação de tratamento ineficaz, declarações contra o isolamento social, e a negação da própria existência do vírus, contribuindo para a morte de 698 mil brasileiros, até fevereiro de 2023. Estas afirmativas se comprovam, quando a primeira vítima fatal, ocorrida no dia 12 de março de 2020, foi uma trabalhadora doméstica que foi contaminada pela patroa, pois não lhe foi permitido cumprir o isolamento social, conforme matéria divulgada pelo site da UOL:

Pouco antes da morte, do outro lado do estado vinha a confirmação: o teste da patroa deu positivo para o coronavírus. A família crê que o isolamento da empregadora poderia ter evitado a morte. A reportagem do UOL não localizou a patroa da vítima e não obteve informações sobre seu estado de saúde. "Estamos muito atordoados, mas precisamos conscientizar as pessoas da gravidade [da doença]. Quem voltou de viagem da Europa e apresentou os sintomas não deve ter contato com outras pessoas. O isolamento podia ter evitado essa morte", diz a cunhada da idosa (UOL, em 19/03/2020).

O Relatório publicado pelo IPEA (2022), destaca que o ano de 2020 ficou marcado como o ano que morreram mais brasileiros. De acordo com os dados do SIM, “foram 1.530.677 mortes nesse ano, com um aumento de 209 mil (15,5%) no total de óbitos em todo o país em relação a 2019” (IPEA, 2022, p.5).

Durante o ano de 2020, auge da contaminação no Brasil, foram destinados ao combate da pandemia, apenas 30,4%, correspondendo R\$ 37,6 bilhões do orçamento do Ministério da Saúde (CONAS, 2020).

Mendes (2012) assevera, são tempos turbulentos na saúde pública brasileira, e conseqüentemente para a população que dela depende, em particular os mais vulneráveis, agravados na atual conjuntura antidemocrática e com traços neofascistas, que tem seu rebatimento direto no adoecimento mental da população.

A escritora Eliana Brum em sua matéria publicada no site do El Pais, Doente de Brasil, reflete que o país está nas mãos de um governo perverso, que reúne ao seu redor outros perversos e alguns oportunistas.

⁴ O Ministério da Saúde confirmou na quarta-feira (26/02) o primeiro caso do novo coronavírus (Covid-19). Um homem de 61 anos, com histórico de viagem para a Itália, deu entrada no Hospital Albert Einstein, em São Paulo (SP), onde foi confirmada a doença (Ministério da Saúde, 2020)

Submetidos a um cotidiano dominado pela autoverdade, fenômeno que converte a verdade numa escolha pessoal e, portanto, destrói a possibilidade da verdade, os brasileiros têm adoecido. Adoecimento mental, que resulta também em queda de imunidade e sintomas físicos, já que o corpo é um só. Podemos – e devemos – discutir como chegamos a ter um presidente que usa, como estratégia, a guerra contra todos que não são ele mesmo, seu clã. Como chegamos a ter um presidente que mente sistematicamente sobre tudo. Podemos – e devemos discutir – como chegamos a ter um antipresidente (BRUM, 2019, s/p).

Desta maneira, a tendência é que a agudização do fenômeno do suicídio, enquanto uma das expressões da questão social, seja ainda mais aprofundada pois parafraseando Engels, por vezes o suicídio é visto pela classe trabalhadora como única saída possível, ao sofrimento psicossocial, em consequência do aumento da desigualdade social.

3.1 A Reforma Psiquiátrica e a Política de Saúde Mental no Brasil

É no contexto sociopolítico de luta pela redemocratização do Brasil, quando a sociedade brasileira vivenciava o processo de redemocratização durante a ditadura militar, que foi gestado o projeto de Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), espelhado na experiência de Reforma Psiquiátrica Democrática Italiana (RPDI), que foi fundamentada nos princípios basaglianos⁵: O processo de desinstitucionalização e o fechamento progressivo dos hospitais psiquiátricos.

Por meio de atividades terapêuticas inovadoras, Basaglia lutou contra aquela que era definida como a “dupla psiquiatria”: por um lado, nos asilos, os pobres, os colarinhos brancos de baixa renda, os operários e o subproletariado em geral; por outro lado, em casa ou em clínicas particulares, os mais ricos e aqueles que, graças às disponibilidades financeiras, tinham a possibilidade de se tratar e, em muitos casos, voltar ao trabalho e à sociedade. Esta era uma clara demonstração de que tanto pobres como ricos poderiam ser tratados, desde que não fossem trancados, contra suas vontades, em ambientes que os faziam enlouquecer definitivamente (Parmegiani, Zanetti, 2007, p.57-58).

A experiência liderado por Basaglia, na Itália na década de 1960, culminou com o a destruição de um asilo em Trieste e iniciou um processo de transformação das condições materiais e relacionais dos asilados com a sociedade, criando novas possibilidades de relação, onde se produziam e fortaleciam os laços de reciprocidade para se compartilhar o risco da liberdade daqueles, fora do manicômio.

⁵ Franco Basaglia foi médico psiquiatra e professor da Universidade de Parma que ao assumir a direção do Hospital Provincial Psiquiátrico de Gorizia, cidade do Norte da Itália, promoveu inúmeras mudanças, instaurando através da Lei nº 180 a Reforma Psiquiátrica naquele país (PASSOS, 2009).

Basaglia teve um papel significativo na mudança de pensamento acerca da loucura e das instituições a encarceravam, graças a ele pôde-se questionar o papel do hospital psiquiátrico na manutenção das relações de dominação próprias do sistema social, o papel dos profissionais, a ideologia da psiquiatria enquanto produtora de conhecimentos balizados na proteção da sociedade em detrimento do sujeito que sofre, e a função da ciência como determinada pelos processos econômicos e suas formas de dominação (BASAGLIA, 1977).

Na contra mão deste processo, o Brasil vivenciava o período ditatorial, que foi responsável por financiar e fortalecer os hospitais psiquiátricos, instituindo que lugar dos loucos era dentro das paredes das instituições de saúde asilares. “Nesse período histórico, o hospital psiquiátrico se estabeleceu como lugar de diagnóstico e de classificação de doenças e a figura do médico ganhou status de mestre da loucura” (AMARANTE, 1995; FOUCAULT, 2000).

Assim, loucura no capitalismo tornou-se propriedade do saber médico psiquiátrico, que se justificava num discurso higienista da saúde. Lüchmann e Rodrigues (2007), afirmam que a loucura, ao ser transformada e apropriada pela medicina como um saber médico, passou a carregar concepções e práticas que, ancoradas por comportamentos normativos, romperam violentamente com a pertença social. Através da legitimação do discurso médico, a figura do louco deu lugar à patologia da doença mental e sua morte social passou a ser justificada. Esta transformação correu ao longo do processo sócio-histórico, com raízes fincadas na disputa de poder entre as duas classes antagônicas, ou, nas palavras de AMARANTE (2007) e BASAGLIA (1985):

O louco, de desrazoado à Idade Clássica e despossuído da razão pelo alienismo, vai sendo transformado, por sucessivos golpes de força, em 'doente mental,' a psiquiatria não revela, encobre. Não deixa a loucura falar por si, mas a (re)constrói como objeto, significado-significante passível de enunciação, conceituação e teorização. Produz discurso sobre a loucura, fala em nome do louco, dá-lhe status patológico, prescreve intervenções e cria um campo de práticas (AMARANTE, 2007, p. 46).

Coagido a um espaço onde mortificações, humilhações e arbitrariedades são a regra, o homem, seja qual for o seu estado mental, se objetiva gradualmente nas leis do internamento, identificando-se com elas. Assim, sua couraça de apatia, desinteresse e insensibilidade não seria mais do que o seu último ato de defesa contra um mundo que primeiro o exclui e depois o aniquila: é o último recurso pessoal que o doente, assim como o internado, opõe, para proteger-se da experiência insuportável de viver conscientemente como excluído (BASAGLIA, 1985, p. 120).

A partir da crise instalada no interior da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), no final da década 1970, surgiu o Movimento de Trabalhadores/as da Saúde Mental (MTSM),

em 1978. De acordo com Amarante (1995), tal crise deve-se as denúncias das trágicas condições dos pacientes e as precárias condições de trabalho dos profissionais nos hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro, feitas pelos profissionais e estagiários ao DINSAM, como consequência foi deflagrada uma grande greve do seguimento, que culminou a busca por um novo modelo de saúde mental que primasse pela democratização dos serviços de saúde e a desconstrução do modelo hospitalocêntrico e privatista vigente.

Em 1979, vários congressos de psiquiatria foram realizados pelo país,⁶ abordando os temas levantados pelo MTSM, que se propunham a construção de propostas para mudanças do modelo de assistência hospitalar aos pacientes psiquiátricos. Em 1987, o MTSM lança o lema: Por uma sociedade sem manicômio⁷.

Passos (2015) destaca que, no seio de inúmeras inquietações e questionamentos por parte dos trabalhadores da saúde mental, a centralidade do cuidado estava calcada no modelo hospitalocêntrico, biomédico, medicamentoso, além das violações de direitos humanos muito presentes nos hospitais psiquiátricos, e que eram naturalizadas no contexto bárbaro da ditadura civil militar. BRITO (2011), acrescenta ainda que os integrantes desse movimento buscavam construir, na relação com familiares e com os diferentes segmentos da sociedade civil, uma outra maneira de compreender e tratar os pacientes psiquiátricos e assim, obter um amplo apoio para a luta pela desmanicomialização.

Desta maneira, a ideia central do MTSM era a superação da lógica manicomial, que necessariamente exigia o fim das instituições a serviço da exclusão e da segregação daqueles que perturbam ou ameaçam a norma, propondo novas formas de lidar com o doente mental.

Neste contexto, a luta da RPB, passa a reivindicar um novo modelo para a saúde mental no país, que rompesse com o predomínio privatizante e hospitalocêntrico e pela implantação de uma proposta de alternativa ao serviço psiquiátrico oferecido, até então. Influenciado pelo modelo basagliano, o deputado Paulo Delgado (PT), em 1989, apresentou o Projeto de Lei nº. 3.657/89, que propunha a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outras modalidades assistenciais. Brito (2011), ressalta ainda que esta lei passou anos em discussão e só foi aprovada em abril de 2001, Lei nº 10.216, que ficou conhecida como Lei Paulo Delgado, a qual concede novos rumos para a assistência na saúde mental, passando a fornecer tratamento com perspectivas da humanização, proteção e garantia dos direitos das pessoas em

⁶ I Congresso do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, em São Paulo (SP) e o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, em Belo Horizonte (MG)

⁷ Dois eventos importantes foram realizados em 1987: Encontro dos Trabalhadores da Saúde Mental, em Bauru/SP, e a I Conferência Nacional de Saúde Mental, em Brasília. Onde foi escolhido o dia 18 de maio como o Dia da Luta Antimanicomial (BRASIL, 2002)

sofrimento psíquico (BRASIL, 2005)

O MRPB coloca o “doente mental” em um novo lugar, como um sujeito de direitos, digno de ser reconhecido como um cidadão, pela sociedade brasileira. Conseqüentemente, esta nova forma de encarar o sujeito em sofrimento psiquiátrico, interfere diretamente nas relações de poder construídas historicamente no cerne do sistema capitalista.

Neste cenário, Amarante (1996), afirma que o conceito de cidadania é a palavra-chave fundamental, pois devido à natureza do estatuto de alienação mental que era imposto ao louco, era subtraída dele a possibilidade de inscrição no mundo da cidadania, no espaço da cidade e no mundo dos direitos. A doença passa, então, a ser vista de maneira diferenciada, pois deixa de ser considerada doença mental e passa a ser vista como questão de saúde mental.

Em 2001, foi criada a lei que reconhece a pessoa portadora de transtorno mental como cidadão, que merece a proteção do Estado para garantia dos seus direitos, Lei nº 10.216, de 6 de abril. A reforma psiquiátrica iniciada no Brasil neste período, tem um importantíssimo papel na discussão sobre o fenômeno do suicídio, visto que era para os manicômios que as pessoas com ideação suicida, ou que tentassem contra a própria vida eram encarceradas, a própria revelia a mando de seus familiares.

No ano de 2002, o MS lança a portaria nº 336, que cria os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), como alternativa substitutiva a internação hospitalar, ofertando o cuidado e assistência à saúde das pessoas em sofrimento psíquico. A portaria estabelece que os CAPS devem ser constituídos em três modalidades⁸, distribuídas por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Cria também, os CAPSi, especializado no acolher crianças e adolescentes em sofrimento psíquico e ao CAPS ad, destinado ao serviço especializado no atendimento de usuários de álcool e outras drogas. Além disso, a referida portaria, garante a inclusão de uma equipe multidisciplinar⁹ para prestação de uma assistência no conceito holístico da saúde.

⁸ CAPS I - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes; CAPS II - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes; CAPS III - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes (BRASIL, 2002)

⁹ Recursos Humanos: A equipe técnica mínima para atuação no CAPS será composta por: a - 01 (um) médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; b - 01 (um) enfermeiro. c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; d - 05 (cinco) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002)

A criação destes serviços foi um importante passo para reforma psiquiátrica brasileira, contudo as lacunas deixadas no processo e formação de profissionais capacitados para os novos desafios a serem enfrentados, resultou por vezes, em uma configuração de manicômio sem muros, longe do que se pregava na literatura da área. No tocante ao encaminhamento de pacientes tentantes, a situação se agrava ainda mais, visto que estas pessoas, na maioria das vezes, não se reconhecem como pacientes da saúde mental ainda estigmatizado tanto na sociedade quanto nos espaços destinados a tais tratamentos, como os profissionais não estão preparados para o enfrentamento da complexidade que envolve as discussões acerca do fenômeno do suicídio. Resultado perceptivo, na pouca adesão dos pacientes tentantes nos atendimentos dos CAPS país afora.

Conforme foi apontado no tópico anterior, os rebatimentos da política neoliberal também atingem a recém conquistada política de saúde mental, que sofre os reflexos da redução do Estado a partir da redução do orçamento público destinado.

3.2 O reconhecimento do fenômeno do suicídio como uma questão de saúde coletiva e a construção da política de prevenção brasileira

Conforme foi discutido no primeiro capítulo da presente pesquisa, Marx aponta que o fenômeno do suicídio é uma decisão individual aos problemas inerentes a sociedade capitalista, as múltiplas expressões da questão social. Agravados em momentos de crise, em que as condições de produção e reprodução da vida social tendem a se deteriorar, produzem novas expressões das desigualdades e opressões sociais. Outro ponto abordado, anteriormente, foi que a partir do movimento histórico e contínuo inerente ao próprio sistema capitalista, a luta entre os interesses das classes antagônicas produzem respostas ao enfrentamento a tal questão. Assim, processo de mudança de modelo na Política de Saúde Mental - PSM, liderado pelo MTSM, que possibilitaram as transformações no conceito de loucura/doente mental e os avanços para viabilizar direitos para este segmento da população, contribuíram para desvelar o estigma acerca da temática do suicídio e dar início ao reconhecimento do fenômeno como uma questão de saúde coletiva.

Na década de 1990, alguns países apresentaram suas preocupações, e solicitaram ajuda para construção de um plano, acerca do crescimento da taxa de mortalidade por suicídio. No ano de 1996, é publicado o primeiro documento de prevenção ao suicídio, pelo Departamento

de Saúde Mental da OMS, intitulado: “Prevenção de Suicídio: Diretrizes para a formulação e implantação de estratégias nacionais”.

O documento embrionário enfatizou a necessidade de colaboração intersetorial, abordagens multidisciplinares e avaliação e revisão permanentes, e também identificou elementos-chaves como meios necessários para aumentar a eficácia de estratégias para prevenção suicida, incluindo: Apoio da política governamental; Estrutura conceitual; Objetivos e metas bem definidos (OMS, 2012, p. 9).

Ao reconhecer a necessidade de um apoio governamental, no apoio a planos e projetos que visem o enfrentamento do fenômeno do suicídio, a OMS reconhece também o fenômeno como uma questão de saúde pública, conseqüentemente uma necessidade urgente dos governos desenvolverem estratégias nacionais e intersetoriais, para prevenção de suicídio.

Sem uma estratégia de prevenção de suicídio, os governos não podem implantar mecanismos para tratar desta questão de forma contínua. É importante rever as políticas e estratégias nacionais existentes relacionadas à saúde para garantir que uma estratégia nacional de prevenção de suicídio combine com uma política nacional geral de desenvolvimento de saúde. Isto também permitirá a identificação de quaisquer lacunas existentes com relação a prevenção de suicídio nas outras políticas/estratégias e dará oportunidades de propor mudanças relevantes nas mesmas (OMS, 2012, p. 9-10).

Em resposta às solicitações feitas, a OMS lança em 1999, o SUPRE, uma série de publicações, dirigida a grupos sociais e profissionais específicos, de como tratar o fenômeno do suicídio com objetivo de sua prevenção. “O guia representa um elo numa longa e diversificada cadeia que envolve uma variedade de pessoas e grupos, incluindo profissionais de saúde, educadores, serviços sociais, governos, legisladores, membros da comunicação social, magistrados, famílias e comunidades” (OMS, 2006, p. 22).

No Brasil, a primeira iniciativa de enfrentamento a questão do suicídio, partiu da iniciativa da rede filantrópica da sociedade civil, que fundou no estado de São Paulo, no ano de 1962, o Centro de Valorização da Vida (CVV), reconhecido pelo governo federal no ano de 1973, como um serviço de utilidade pública federal. A instituição tem como missão a prestação de serviço voluntário e gratuito de apoio emocional e prevenção do suicídio para todas as pessoas que querem e precisam conversar, sob total sigilo e anonimato.

A nível governamental, de acordo com informações divulgadas pelo portal do MS, no ano de 2005 foi criado¹⁰ um grupo de trabalho, com o objetivo de elaborar e implantar a

¹⁰ Portaria Nº 2.542 do Ministério da Saúde de 22 de dezembro de 2005

estratégia nacional de prevenção ao suicídio. No entanto, o reconhecimento do fenômeno do suicídio como uma questão de saúde coletiva, só ocorreu em território brasileiro, no ano de 2006, a partir da publicação da Portaria N° 1.876, publicada pelo Ministério Público, no dia 14 de agosto, que define as diretrizes nacionais de prevenção ao suicídio. Que devem ser organizadas de forma articulada entre o Ministério Público, as Secretarias Estaduais de Saúde, as Secretarias Municipais de Saúde, as instituições acadêmicas, as organizações da sociedade civil, os organismos governamentais e os não-governamentais, nacionais e internacionais, permitindo, entre outras coisas:

I - desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos; II- desenvolver estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido; III- organizar linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas; IV - identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como os fatores protetores e o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública, sem excluir a responsabilidade de toda a sociedade; V - fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio; VI - contribuir para o desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados, permitindo a qualificação da gestão, a disseminação das informações e dos conhecimentos; VII - promover intercâmbio entre o Sistema de Informações do SUS e outros sistemas de informações setoriais afins, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e VIII - promover a educação permanente dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização (MINISTÉRIOS DA SAÚDE, 2006, s/p.).

Segundo o relatório da OMS (2016), o país está entre os dez países com mais casos de suicídio no mundo. Botega (2014) por sua vez, destaca que 51% dos casos de suicídio no Brasil acontecem dentro de casa e que apenas um em cada três casos de tentativa de suicídio chegue aos serviços de saúde, de forma que os dados sobre o comportamento suicida são bastante incipientes.

Ainda em 2006, o MS lança um manual de prevenção ao suicídio para profissionais da saúde mental, com o objetivo de capacitar os profissionais, estruturar o atendimento e incentivar a pesquisa. O manual também surge na necessidade de preparar esses profissionais diante de uma demanda que aumenta a cada ano.

Dando continuidade a construção da PSM, em 2011, foi constituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Portaria N° 3.088/2011, que visa consolidar o novo modelo de atenção

das instituições e da política de saúde mental, estabelecendo pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.

A rede é composta por serviços e equipamentos variados, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial; os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III); e dos pontos de atenção de urgência e emergência, o SAMU 192; sala de estabilização; UPA 24 horas; as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro; e Unidades Básicas de Saúde.

Destaca-se aqui, que no Art. 8, são definidas as atribuições dos pontos de atenção da RAPS, que devem atuar de maneira articulada com os demais pontos da rede:

Art. 8º São pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção de urgência e emergência o SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde, entre outros. § 1º Os pontos de atenção de urgência e emergência são responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. § 2º Os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção de urgência e emergência deverão se articular com os Centros de Atenção Psicossocial, os quais realizam o acolhimento e o cuidado das pessoas em fase aguda do transtorno mental, seja ele decorrente ou não do uso de crack, álcool e outras drogas, devendo nas situações que necessitem de internação ou de serviços residenciais de caráter transitório, articular e coordenar o cuidado (BRASIL, 2011.s/p).

A criação da RAPS significou um marco na luta antimanicomial, possibilitando o fim das internações de longa permanência que configuravam uma violação dos direitos humanos. Sob esta perspectiva, o MS criou em 2009 a política de humanização, que atravessa as diferentes ações e instâncias do SUS, englobando os diferentes níveis e dimensões da atenção e da gestão, operando com o princípio da transversalidade.

O HumanizaSUS, lança mão de ferramentas e dispositivos para consolidar redes, vínculos e a corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores. Ao direcionar estratégias e métodos de articulação de ações, saberes e sujeitos, pode-se efetivamente potencializar a garantia de atenção integral, resolutiva e humanizada (BRASIL, 2009, p. 4).

Em julho de 2014, foi publicada a Portaria N° 1.271, que definiu a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Entre elas, a violência autoprovocada, considerada como agravo a saúde conforme prevista no Art. 2º da referida portaria qualquer

dano à integridade física ou mental do indivíduo, provocado por circunstâncias nocivas, tais como acidentes, intoxicações por substâncias químicas, abuso de drogas ou lesões decorrentes de violências interpessoais, como agressões, maus tratos e lesão autoprovocada.

O MS (2014) destaca que a violência autoprovocada é um agravo de grande importância para o setor de saúde pela magnitude com que atinge toda a sociedade, sem distinção de idade, sexo, classe social, raça, credo e também pelas consequências negativas advindas dos casos de violência, pela perda da qualidade de vida, pela sensação de insegurança, pela degradação do convívio social e do ambiente familiar. Desta maneira, a cartilha define a classificação da violência autoprovocada da seguinte forma:

- **Ideação suicida:** quando o suicídio é visto como uma saída para uma situação de sofrimento. Pode abrir as portas para um plano de suicídio. No caso de crianças e adolescentes, isso pode acontecer quando há uma depressão grave com baixa autoestima, humor deprimido, incapacidade de ver que sua situação pode melhorar, sentimento de que não há motivos para viver ou nenhuma chance de ser feliz.
- **Autoagressão:** qualquer ato intencional de automutilação (com faca, aparelho de barbear, caco de vidro, etc.) ou outras formas de causar dano a si mesmo (como queimar-se com cigarro), sem intenção de morte. Por vezes, crianças e adolescentes relatam que se auto agridem com o objetivo de controlar e/ou aliviar uma dor emocional.
- **Tentativa de suicídio:** quando o indivíduo se auto agride com a intenção de tirar a própria vida, utilizando um meio que acredite ser letal, sem resultar em óbito.
- **Suicídio:** ato deliberado de tirar a própria vida, com desfecho fatal. (BRASIL, 2016, s/p)

Todos os casos suspeitos ou confirmados de violência autoprovocada são de notificação compulsória e obrigatória em território nacional (em até 24 horas), previsto na Portaria nº 1.061, de 18 de maio de 2020, (atualiza a Portaria de Consolidação nº 4/2017- anexo V - Capítulo I) por todos os serviços públicos e privados de saúde.

A Notificação é a comunicação obrigatória de determinadas doenças ou agravos às autoridades competentes de saúde. Ela é de responsabilidade do profissional que identificar algum caso de violência deverá iniciar o preenchimento da Ficha de Notificação e encaminhar ao Serviço Social para continuidade do atendimento, que após a identificação dos condicionantes sociais encaminhar o usuário e seus familiares para o atendimento da psicologia. O instrumento de coleta é a Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal e Autoprovocada, esta ficha é aberta e encerrada na mesma data e passa a fazer parte do banco de dados do SINAN. A notificação de casos de violência independe do consentimento ou comunicação ao paciente/vítima.

O Capítulo II da portaria supracitada, define ainda a responsabilização sobre a notificação compulsória, cabendo aos médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis

pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente, sendo estes obrigatórios em casos suspeitos ou confirmados. Nas disposições gerais é garantido o sigilo das informações pessoais dos pacientes atendidos, bem como a divulgação de dados epidemiológicos para profissionais de saúde, órgãos de controle social e população em geral.

O setembro amarelo, por exemplo, é uma iniciativa do CVV, juntamente com o Conselho Federal de Medicina (CFM) e da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), em consonância com a OMS¹¹ que desde 2015 produz campanhas de prevenção contra o suicídio. Contudo, o setembro amarelo ainda não foi regulamentado por leis nacionais, apenas leis regionais reconheceram oficialmente o mês de setembro como sendo o mês para realização das campanhas de prevenção contra o suicídio.

Em 2017, o Ministério da Saúde lançou o Boletim Epidemiológico, que reconhece as lesões autoprovocadas e tentativas de suicídio como um fenômeno complexo e multicausal, e possuem como determinantes os fatores sociais, econômicos, culturais, biológicos e a história de vida pessoal, que correspondem aos fatores de risco mais importantes para o ato suicida, além de enfatizar a importância de dados epidemiológicos confiáveis para embasamento e elaboração propostas de enfrentamento da problemática do suicídio.

No final do ano de 2017, o Ministério da saúde publicou a Portaria N° 3.491 que instituiu incentivos financeiros de custeio para o desenvolvimento de projetos de promoção da saúde, vigilância e atenção integral à saúde direcionada para prevenção do suicídio na RAPS no SUS. Foram contemplados apenas cinco Estados que apresentaram um maior índice de mortalidade por suicídio: Rio Grande do Sul, Piauí, Mato Grosso do Sul, Santa Catarina, e o Amazonas.

Em abril de 2019, o Ministério da Saúde reedita a lei de notificação compulsória instituída oficialmente no Plano Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (PNPAS), através da Lei N° 13.819/19, como estratégia permanente do poder público para a prevenção desses eventos e para o tratamento dos condicionantes a eles associados. No Art. 3° são apontados nove objetivos que devem ser alcançados pela PNPAS no Brasil:

I – promover a saúde mental; II – prevenir a violência autoprovocada; III – controlar os fatores determinantes e condicionantes da saúde mental; IV – garantir o acesso à

¹¹ 10 de setembro é o *Dia Mundial de Prevenção do Suicídio*, data instituída em 2003 pela Associação Internacional para a Prevenção do Suicídio e pela OMS, em homenagem ao jovem Mike Emme, 17 anos, que cometeu suicídio em 1994. Mike era um rapaz muito habilidoso e restaurou um automóvel Mustang 68, pintando-o de amarelo. No dia do velório, foi feita uma cesta com muitos cartões decorados com fitas amarelas. Dentro deles tinha a mensagem "Se você precisar, peça ajuda.". A iniciativa foi o estopim para um movimento importante de prevenção ao suicídio, pois os cartões chegaram realmente às mãos de pessoas que precisavam de apoio. Em consequência dessa triste história, foi escolhido como símbolo da luta contra o suicídio, o laço amarelo.

atenção psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico agudo ou crônico, especialmente daquelas com histórico de ideação suicida, automutilações e tentativa de suicídio; V – abordar adequadamente os familiares e as pessoas próximas das vítimas de suicídio e garantir-lhes assistência psicossocial; VI – informar e sensibilizar a sociedade sobre a importância e a relevância das lesões autoprovocadas como problemas de saúde pública passíveis de prevenção; VII – promover a articulação intersetorial para a prevenção do suicídio, envolvendo entidades de saúde, educação, comunicação, imprensa, polícia, entre outras; VIII – promover a notificação de eventos, o desenvolvimento e o aprimoramento de métodos de coleta e análise de dados sobre automutilações, tentativas de suicídio e suicídios consumados, envolvendo a União, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios e os estabelecimentos de saúde e de medicina legal, para subsidiar a formulação de políticas e tomadas de decisão; IX – promover a educação permanente de gestores e de profissionais de saúde em todos os níveis de atenção quanto ao sofrimento psíquico e às lesões autoprovocadas (Brasil, 2019, s/p).

Esta Lei regulamenta ainda a atuação do CVV e amplia sua atuação para outros meios de comunicação (mídias digitais) de forma a democratizar a informação a população. Prevê também, que o número de contato do CVV seja amplamente divulgado em locais que circulem alto fluxo de pessoas.

Define ainda, o conceito de violência autoprovocada, no inciso I do Art. 6º, como sendo casos suspeitos ou confirmados de: I – o suicídio consumado; II – a tentativa de suicídio; III – o ato de automutilação, com ou sem ideação suicida. E que, nos casos que envolverem criança ou adolescente, o conselho tutelar deverá receber a notificação de que trata o inciso I do caput do referido artigo com caráter sigiloso, que deve ser mantido pelas autoridades que a tenham recebido. A lei também prevê que os estabelecimentos de saúde públicos e privados deverão informar e treinar os profissionais que atendem pacientes em seu recinto quanto aos procedimentos de notificação estabelecidos nesta Lei.

Outro avanço importante foi o reconhecimento do crime de induzimento, instigação ou auxílio a suicídio ou a automutilação, promulgado pela Lei N° 13.968/19, que altera o código penal de 1940 (Lei N°2.848/40), prevendo pena de reclusão de 6 meses a 2 anos. Sendo a pena duplicada I - se o crime é praticado por motivo egoístico, torpe ou fútil; II - se a vítima é menor ou tem diminuída, por qualquer causa, a capacidade de resistência. A pena pode ainda ser aumentada até o dobro se a conduta é realizada por meio da rede de computadores, de rede social ou transmitida em tempo real.

Vale ressaltar, que é por meio da Notificação que se cria o elo entre a área da saúde e o sistema legal, iniciando-se a formação da rede multiprofissional e interinstitucional de atuação fundamental nesses casos, além de permitir o dimensionamento epidemiológico da violência. Outro fator importante é a necessidade de tomada rápida de decisão, que deve envolver ações que vincule a pessoa aos serviços de atenção psicossocial (CAPS), de modo a prevenir que

um novo caso de tentativa de suicídio se concretize, pois, as estatísticas demonstram um risco elevado de novas tentativas subsequentes (BRASIL, 2016b, s/p).

No Brasil, o boletim epidemiológico publicado pelo MS em 2017, relativo ao período de 2011 e 2016, aponta que o preenchimento das fichas de notificações está sendo feito de forma incompleta, visto que na apresentação das tabelas dos dados o item ignorado aparece com percentual bastante significativo, principalmente no tocante a renda, escolaridade e da relação do suicídio com o trabalho. Fato este que apontado na conclusão do relatório:

Um desafio importante é o preenchimento adequado e padronizado da causa de tentativa de suicídio na Ficha de Notificação Individual. Os dados apresentados neste boletim apontaram elevadas proporções de casos ignorados para as variáveis escolaridade, presença de deficiência/ transtorno e violência de repetição. O diagnóstico mais fidedigno, as medidas de prevenção e o monitoramento mais eficaz dessas ocorrências dependem da correta classificação dos eventos e da qualidade no preenchimento dos campos da ficha. [...] Por sua vez, os dados relativos à relação entre trabalho e ocorrência de lesão autoprovocada e tentativa de suicídio apresentaram proporções tímidas, e podem ser mais bem exploradas com outras bases de dados e em estudos específicos sobre o tema. (BRASIL, 2017, s/p)

Destaca-se assim, ainda mais a subnotificação dos casos e a invisibilidade social de dados epidemiológicos, relacionando o suicídio ao mundo do trabalho. Às vezes em que o relatório do MS aborda a questão do trabalho é para enfatizar prejuízos econômicos causados pelos dias de ausência do trabalhador, conforme afirma Minayo (2005):

Os danos, as lesões, os traumas e as mortes causados por acidentes e violências correspondem a altos custos emocionais e sociais e com aparatos de segurança pública. Causam prejuízos econômicos por causa dos dias de ausência do trabalho, pelos danos mentais e emocionais incalculáveis que provocam nas vítimas e em suas famílias e pelos anos de produtividade ou de vida perdidos. Ao sistema de saúde, as consequências da violência, dentre outros aspectos, se evidenciam no aumento de gastos com emergência, assistência e reabilitação, muito mais custosos que a maioria dos procedimentos médicos convencionais (MINAYO, 2005, p. 10).

Menezes (2010), ao tratar a saúde do trabalhador busca relacionar as dinâmicas existentes nas organizações de trabalho com seu caráter histórico e social para então compreender a determinação dos fenômenos. No contexto do capitalismo atual, as transformações ocorridas nas relações de produção e reprodução social, ampliada pelo ideário neoliberal, implicam em modificações e precarizações do mundo do trabalho, gerando um progressivo clima de constante instabilidade, precarização social e dos vínculos dos indivíduos entre si e o trabalho.

Neste contexto, ressalta-se a importância de aprofundar os estudos sobre o suicídio relacionados à produção e reprodução da vida social dos sujeitos, os aspectos que influenciam o suicídio. Entende-se, neste sentido que as mensagens dos gestos autodestrutivos digam respeito às vivências concretas dos indivíduos em suas realidades concretas. Assim, compreender o fenômeno do suicídio exige atingir o sentido dos “não-ditos”, recusar em descrevê-los, as subnotificações e os medos de enfrentar o assunto, pois o suicídio é também uma contestação de um processo desumanizante do homem, um ato que denuncia as impossibilidades de humanização do sistema capitalista.

As políticas construídas até então, não dão conta da dimensão que envolvem o fenômeno do suicídio, constatamos que da maneira pela qual ela foi estruturada a centralidade ainda encontra-se na responsabilização dos sujeitos, como se estas fossem apenas ausência de mecanismos internos para o enfrentamento de uma questão de múltiplas facetas, A medicalização e a terapias, são vistas ao mesmo tempo como únicas saídas e resposta para que o sujeitos lidem com toda uma cadeia social de exploração, vulnerabilidade e falta de condições sociais de subsistência,

3.3 Descentralização, municipalização e financiamento da política de saúde no município de Campina Grande

Foi percorrido, até aqui, sobre a implantação da reforma psiquiátrica que estava em curso no Brasil, também ocorreu um processo de regionalização do SUS, onde as mudanças jurídicas-legais também impactaram em transformação do modelo de saúde, e também na gestão da política de saúde, que passa para as mãos dos gestores estaduais e municipais, saindo das mãos centralizadoras da união. Em outras palavras, o país inicia um processo de municipalização que consistiu na divisão de papéis entre União, Estados e municípios, com o intuito de partilhar o poder e os recursos no sentido de democratizar as tomadas de decisões, envolvendo diretamente os governos locais. De acordo com Paim, municipalização é parte de uma estratégia para a concretização dos princípios constitucionais de universalidade, integralidade, equidade e controle social, através da devolução de poderes ao município, da descentralização das ações e serviços de saúde e da transformação da relação entre o poder público e a sociedade (PAIM, 2008, p. 489).

Neste processo estão intrínsecas duas dimensões importantes: a política e a econômica.

Na primeira, encontra-se os avanços legais e institucionais da política de saúde. Já na segunda, são definidas as contribuições financeiras obrigatórias que devem ser cumpridas por cada ente federativo.

Com o objetivo de reordenar os modelos de atenção e da gestão da saúde, definindo os papéis de cada esfera de governo, foram criadas uma série de Normas Operacional Básica (NOB-SUS 91, NOB-SUS 93 e NOB-SUS 96), que além de promover uma integração de ações entre as três esferas de governo, desencadeou um processo de descentralização intenso, transferindo para os estados e, principalmente, para os municípios, um conjunto de responsabilidades e recursos para a operacionalização do Sistema Único de Saúde, antes concentradas no nível federal (BRASIL, 2007).

Essas primeiras NOBs materializaram a municipalização da saúde ao aproximar os serviços à população usuária, ajustando as responsabilidades e o poder dos gestores municipais, bem como o alcance da atenção básica aos municípios brasileiros, independentemente de população ou recursos. Com destaque especial para a NOB 96 que consolida as modalidades de gestão: plena ou parcial. Segundo Sales (2010), se estruturou uma rede nacional de serviços de saúde, que em 2000 tinha 99% dos municípios habilitados em algum tipo de gestão da saúde.

Neste contexto, o município de Campina Grande se enquadra no modelo de gestão plena em saúde desde o início dos anos 2000, passando a ter responsabilidade por todo o sistema, desde a atenção básica até o gerenciamento dos recursos que devem ser aplicados na média e alta complexidade, que antes eram aplicados pelo governo federal, através dos secretários estaduais de saúde.

No tocante ao financiamento, a NOB 01/93 pode ser considerada como um marco, visto que garantiu a transferência regular e automática de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, as chamadas *transferências fundo-a-fundo*, garantindo autonomia de aplicação dos recursos aos municípios habilitados. (BRASIL, 1993). O que permitiu aos municípios, embora de maneira limitada, uma melhor adequação dos recursos a suas realidades locais, havendo assim uma clara transferência de recursos da esfera federal para a municipalização, com importantes consequências para o sucesso das políticas de saúde. Para Medeiros Jr, (2017):

Aos municípios couberam muitas responsabilidades. O gestor municipal passou a ser responsabilizado pelas ações referentes aos recursos públicos oriundos das outras esferas de governo. Pela hierarquia criada essa passa a ser a principal esfera na responsabilização pela gestão da saúde. Pode-se dizer que o processo de municipalização foi exitoso. Mais que meras transferências, há, de fato, uma

mudança na gestão de recursos, com possibilidades de estabelecimento de prioridades por parte do gestor em conjunto com a sociedade organizada a partir de conselhos locais, municipais e conferências de saúde, instâncias de controle social que nascem com o SUS (MEDEIROS JR, 2017. p. 43).

Marques e Mendes (2003) apontam que essa regionalização da saúde atribuiu destaque ainda maior à média e a alta complexidade, pois era considerado que esses níveis de atenção à saúde deveriam ser aprimorados para melhor garantir o processo de regionalização dos serviços de saúde, que dificultaria a autonomia dos municípios na reorganização do modelo de saúde.

Paim (2013), por sua vez faz uma ressalva, pois compreende que os hospitais e serviços especializados são importantes, mas destaca que a porta de entrada do sistema deveria ser, preferencialmente, a atenção básica. Cria-se, assim, uma hierarquia entre atenção primária (básica), secundária (exames e consultas especializadas) e terciária (hospitais), com uma rede de atenção integrada, o que inclui referência e contra referência. Pensamento este, reforçado pelo professor Medeiros Jr (2017), ao se referir ao novo modelo que estava sendo construído no município de CG:

Um novo modelo de administração política da saúde no município de Campina Grande não significaria desmonte da importante rede de atenção hospitalar existente, mas, antes, uma ressignificação da mesma, dentro da hierarquia da construção do sistema de saúde. Seria necessário deixar ao hospital as tarefas concernentes a este nível de atenção, trazendo para a atenção básica o importante papel de desenvolver promoção à saúde e saúde preventiva para todos os cidadãos do município (MEDEIROS, JR. 2017. p. 89).

Contudo, este ano de 1993 também foi marcado pelo maior retrocesso diretamente ligado ao financiamento da seguridade no país. O Brasil passa pela reforma econômica mais impactante, tanto no que diz respeito ao equilíbrio das contas públicas, quanto no rebatimento direto ao financiamento das políticas públicas. Dentro de uma lógica do capital e seguindo orientações do Fundo Monetário Internacional (FMI), foi criado o Fundo Social de Emergência (FSE) que desvinculou 20% do orçamento da seguridade social para o pagamento da dívida externa e para o superávit primário, através da EC nº 01. Esta emenda que deveria ser provisória foi sendo prorrogada, passou a chamar-se Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) e em 1999 passou a chamar-se Desvinculação da Receita da União (DRU) onde sua última prorrogação vencerá em dezembro de 2023.

Salvador (2010), assegura que esta transformação da finalidade dos recursos, tratava-se de uma “perversa alquimia”, pois por meio da DRU transforma os recursos destinados ao financiamento da seguridade social em recursos fiscais para a composição do superávit

primário e, por consequência, os utiliza para pagar juros da dívida.

No início dos anos 2000, outro mecanismo foi encontrado pelo governo na tentativa de resolver o problema do financiamento da saúde com a criação da Emenda 29, que teve a intenção de vincular recursos para a saúde pública, em sintonia com as esferas de governo, bem como com a variação do PIB. Deste modo, a EC/29 define os percentuais mínimos de cada esfera – união, estado e município – na área da saúde. Passou a ser responsabilidade da esfera estadual o investimento de 12% e aos municípios 15% de recursos próprios. Em 2011 a emenda foi regulamentada pelo governo Dilma Rousseff, um avanço significativo para o financiamento da saúde, pois só a partir de então os gastos deste setor foram definidos: controle sanitário e de epidemia, compra de medicamentos e equipamentos médicos, reforma de unidades de saúde desenvolvimento tecnológico e capacitação pessoal.

Ao analisar o cumprimento da EC/29 no município de Campina Grande, no período de 2005 a 2014, Agra (2015) afirma que o governo municipal destinou o percentual de recursos próprios arrecado para setor saúde, 2007 a 2010, o investimento limita-se ao percentual mínimo de 15%, com pequenas variações. A partir dos anos de 2011, este percentual aumentou gradativamente, tendo seu ápice em 2014, com investimento de 22,82% de recursos destinados a saúde.

No tocante as responsabilidades dos demais entes federativos, a municipalização impõe aos gestores estadual e federal algumas atribuições. Cabe aos gestores estaduais, exercer a gestão do SUS no âmbito estadual, promover as condições e incentivar o poder municipal para que assuma a gestão da atenção à saúde, assumir em caráter transitório a gestão dos municípios ainda não habilitados e o de promover a harmonia, integração e modernização dos sistemas municipais. Já ao gestor federal, compete a responsabilidade de exercer a gestão do SUS no âmbito nacional, promover as condições e incentivar o gestor estadual no desenvolvimento dos sistemas municipais, promover a harmonização, integração e modernização dos sistemas estaduais e exercer as funções de normalização e coordenação no que se refere à gestão nacional do SUS.

No início dos anos 2000, foram publicadas as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001 e 01/2002), com intuito de ratificar os princípios de descentralização, regionalização e hierarquização. As NOAS-SUS estabelecem que os estados devem elaborar um Plano Diretor de Regionalização (PDR), que garantam o acesso da população usuária e o estabelecimento de compromissos para o atendimento às referências intermunicipais. O processo de regionalização deverá ainda orientar a macroestratégia da regionalização, pactuando de forma tripartite e prevista na Lei Orgânica da Saúde.

NOAS/01, regulamentada pela Portaria GM/MS nº 95, de 26/1/2001, garante a responsabilidade dos gestores municipais com a Atenção Básica e define o processo de regionalização da assistência, criando mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e procedeu à atualização dos critérios de habilitação de Estados e municípios, como forma de “garantir o acesso a todas as ações e serviços de saúde necessários, otimizando os recursos disponíveis” (BRASIL, 2001, p. 23).

A referida portaria, determina ainda que cabe às secretarias estaduais de saúde elaborar o Plano Diretor de Regionalização (PDR) para garantir acesso ao cidadão, o mais próximo possível à residência, um conjunto mínimo de ações e serviços. O PDR é definido legalmente como um instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal, baseando-se nos objetivos de definição de prioridades de intervenção, de acordo com as necessidades de saúde da população e garantindo o acesso dos cidadãos a todos os níveis de cuidado. O estado é a instância de competência para elaboração do PDR, em consonância ao Plano Estadual de Saúde, passando a assumir, assim, uma maior responsabilidade na gestão do SUS (BRASIL, 2001).

Embora o objetivo principal da municipalização seja transformar os municípios em gestores do sistema de saúde, dando autonomia para que possam planejar suas próprias políticas de saúde, a partir da definição de metas a serem alcançadas pelo município que favoreçam as necessidades da população local, Fernandes e Maia (2004) apontam que um dos obstáculos para efetivação de um novo modelo assistencial, a disputa de poder entre os gestores municipais e estaduais, o que torna a municipalização da saúde um processo lento e conflituoso.

As dificuldades e obstáculos enfrentados pela Secretaria Municipal de Saúde para assumir as atribuições e responsabilidades pertinentes à gestão plena do sistema municipal têm origem na resistência apresentada pelo secretário estadual de saúde em assumir o novo papel a ela destinado pela Norma Operacional Básica 01/96, dificultando o diálogo e o entendimento entre as duas instâncias de governo (FERNANDES; MAIA, 2004, p. 125).

Além disso, Souza (1998), ao analisar a descentralização da política de saúde no município de Campina Grande, através da criação do Conselho Municipal de Saúde (CMS), aponta que a descentralização no município se trata de matéria essencialmente política, que diz respeito à questão do poder, pois mexe com diferentes grupos de interesse.

No caso específico do município de Campina Grande - PB, podemos constatar que o processo de municipalização da saúde vem sendo historicamente construído, confrontando-se com os vários setores, alguns destes vinculados a grupos políticos

locais, que não têm interesse em descentralizar o poder. Tudo isso vem ocasionando uma série de conflitos e impasses. Estes, tornam-se mais visíveis a partir da implementação do C.M.S. (SOUZA, 1998, pág. 112)

Diante das dificuldades expressadas até aqui, é possível perceber a forte disputa entre as forças antagônicas que disputam o poder tanto na Paraíba, quanto em CG. No campo da saúde mental, novos sujeitos vão entrar nesta disputa, conforme será discutido no tópico a seguir.

3.4 A Construção da Rede de Atenção Psicossocial em Campina Grande

As mudanças que ocorreram tanto no âmbito da reforma sanitária, quanto da reforma psiquiátrica a nível nacional, também impactaram em transformações no modelo de assistência à saúde adotado pelo Estado da Paraíba, e particularmente pelo município de Campina Grande, que não obstante também foram perpassadas por contradições e apropriações da luta da classe trabalhadora pela burguesia local.

De acordo com a historiadora Lopes (2021), em conformidade com o pensamento de Paulin e Turato, a expansão da rede de hospitais privados e filantrópicos em Campina Grande, ocorreu durante o regime militar de 1964, pelo rompimento com o modelo desenvolvimentista-populista e à introdução do capitalismo monopolista, influenciando diretamente na previdência e na saúde mental. Com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, houve uma corrente favorável à compra de serviços terceirizados ao invés da ampliação da rede própria. Assim, os hospitais psiquiátricos particulares ampliaram-se para estabelecer convênios com a Previdência Social. A autora evidencia a afirmativa ao constatar o aumento dos leitos em um hospital psiquiátrico privado localizado no município de Campina Grande:

Constatamos um crescimento dos hospitais privados a partir da década de 1960, como também um aumento dos leitos nos hospitais privados e a diminuição de leitos no público, fator que permaneceu até a década de 1980. Podemos observar vestígios deste crescimento, ao analisarmos o crescimento dos leitos da clínica Dr. Maia, pois em 1966, ano de sua inauguração, a instituição possuía 15 leitos, enquanto no ano de 1999, contava com 136 leitos (LOPES, 2021, p. 44).

O modelo de saúde, em particular da saúde mental, que prevalecia na cidade de Campina Grande, até o início dos anos 2000, era o hospitalocêntrico, conforme apontado por Medeiros Junior (2017) onde a gestão do município concentrava boa parte dos seus gastos

com a esfera privada/hospitalar.

Ao analisar a luta antimanicomial na Paraíba, Rosas (2001) aponta que, o início da organização da luta pela reforma psiquiátrica começou final da década de 1970, quando professores e estudantes da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, que faziam estágio supervisionado nas Instituições Públicas de Saúde, passaram a discutir questões sobre a saúde mental no Brasil e mudanças na assistência dos pacientes internos nos hospitais Colônia Juliano Moreira e Sanatório Clifford, localizadas na capital, João Pessoa.

A autora também relata os movimentos que marcaram as décadas seguintes, a saber: Na década de 1980, a capital paraibana foi cenário para a realização do I Fórum Estadual de Trabalhadores em Saúde Mental, sendo o mesmo organizado por estudantes, professores e pessoas envolvidas com a saúde mental; Em 1992, a cidade também foi sede para a I Conferência Estadual de Saúde Mental com a participação dos profissionais da saúde mental e das pessoas da sociedade civil que também estavam envolvidas de alguma forma com a temática da saúde mental; No ano seguinte, foi criado o Núcleo do Movimento de Luta Antimanicomial, que teve como primeira estratégia a realização da I Feira de Amostra de Produtos e Experiências Antimanicomiais da Paraíba, em João Pessoa. Estes movimentos impulsionaram a realização da primeira sessão especial na Assembleia Legislativa da Paraíba, para discutir a reforma psiquiátrica no Estado, em agosto de 1995.

Na ocasião, o Deputado Francisco Lopes da Silva (PT/PB) apresentou um PL que estabelecia a Reforma Psiquiátrica na Paraíba, fruto do esforço conjunto dos movimentos anteriormente citados, que ficou conhecida como Lei Chico Lopes. Em seu discurso, o deputado defendeu que o projeto buscava repensar a forma de lidar com a doença mental, procurando uma recuperação do status de cidadania aos indivíduos qualificados na categoria de “doente mental”, bem como atribuir ao Estado o dever que lhe cumpre de dar uma assistência especial para estes cidadãos. Contudo, o PL só foi aprovado no ano de 1997, dando início a construção do Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira, no então governo de José Targino Maranhão; Em junho de 2003, foi aprovado o Projeto de Lei 215/2003 do Deputado Ricardo Coutinho, que dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Estado da Paraíba, determinando a implantação de uma rede de atenção integral no campo da saúde mental, que visava a progressiva substituição do Modelo Hospitalocêntrico pela inserção dos enfermos na sociedade com amplo acesso ao Sistema de Saúde, determina regras de proteção aos que são acometidos de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas involuntárias e compulsórias, e dá outras providências.

Já o resgate histórico acerca dos processos de implantação da reforma psiquiátrica no

município de Campina Grande, foi construído pelo historiador Gaião (2013), que configurou os diversos sujeitos sociais da loucura no município, a partir dos anos 80, e o jogo de forças existentes entre os mesmos, que transformaram a hegemonia do poder psiquiátrico hospitalocêntrico, privatista e organicista na cidade.

O autor aponta, em sua tese, da construção e as transformações dos saberes acadêmicos acerca da loucura que foram de fundamental importância para o processo de reforma psiquiátrica na cidade. De acordo com o historiador, a hegemonia que do saber psiquiátrico, foram construídos a partir do surgimento da Sociedade Médica de Campina Grande, dos hospitais psiquiátricos e do Curso de Medicina da UFPB, *o louco mercadoria*, e perdurou entre as décadas de 1970 e de 1980. Após a década de 80 a cidade de Campina ganha status de grandeza como cidade universitária, a partir da criação de novos cursos que surgiriam no cenário das ciências humanas e sociais, como também das ciências psis para falar sobre a loucura, produzindo um deslocamento conceitual no significado da loucura. Neste contexto a hegemonia do saber da loucura começou a ser questionada no campo acadêmico, fazendo emergir diversos sujeitos sociais que entram em confronto direto com o sujeito hegemônico da psiquiatria para falar sobre a loucura de modo diferenciado do discurso psiquiátrico clássico. Gaião (2013), destaca os cursos de Psicologia (UEPB): o louco auto atualizado, com base na teoria de Carl Rogers e o louco noético, com base na logoterápica. O curso de Enfermagem da UEPB: o louco cuidado, com base na ciência do cuidar. O curso de História da UFCG, o louco indisciplinado, com base na teoria de Foucault. E do Instituto Borboremense de Psicanálise: o louco foracluído, com na teoria de Lacan, como principais agentes desta transformação.

Um outro sujeito apontado pelo historiador, é o louco cidadão, que está ligado às questões sociais, políticas e de cidadania e que por isso mesmo o chamaremos de “louco cidadão”. Para o autor, estes sujeitos são os militantes da reforma psiquiátrica, um conjunto de atores vão compor um complexo jogo de forças diante do louco doente mental: Psiquiatras, psicanalistas, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, professores, políticos, gestores municipais e nacionais, legisladores locais, juristas entre outros.

Para que surgisse na cidade a figura do louco cidadão seria necessário que surgisse a figura do militante da reforma psiquiátrica na cidade, como o sujeito social mais importante para a emergência do louco cidadão. Assim sendo, esse novo sujeito da loucura se difere dos sujeitos da loucura apresentados até aqui, porquanto ele é inventado através de uma participação política ativa e não se fundamentando unicamente numa prática teórica (GAIÃO, 2013, p. 174)

Assim, a Política de Saúde Mental a nível local começou a ser construída em 2001, alinhada com a promulgação da Lei nº 10.216 conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, que foi sancionada no governo do Presidente da República Fernando Henrique Cardoso, que era do mesmo partido do então prefeito de Campina Grande, Cassio Cunha Lima e ainda do senador da Paraíba, Ronaldo Cunha Lima que além de ser do mesmo partido (PSDB), era também pai do prefeito. Em janeiro do ano seguinte, conforme mencionado no capítulo anterior, foi criado O Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH, que tinha como objetivo fazer vistorias nos hospitais psiquiátricos do país. Este alinhamento político governamental, favoreceu o empenho para efetivação da lei no município, mas não apenas.

A particularidade, relatada pelo historiador Gaião (2013), do município de Campina Grande é que na eleição do ano 2000 para prefeito, o grupo Cunha Lima ganhou do grupo, historicamente adversário, os Ribeiros, que por “ocasião do destino” eram donos do maior hospital psiquiátrico, privado e com convenio do SUS, da cidade, como podem ser reafirmadas em suas palavras:

Como haveria o conhecimento da Lei da Reforma por parte dos gestores municipais, as condições de liberdade política para a implantação da mesma, o desejo de implantá-la na cidade numa atitude de vanguarda e de inovação e por fim, uma assessoria com conhecimento e *status* acadêmico suficientes para a implantação, estariam dadas as condições políticas-administrativas adequadas para que a mesma ocorresse na cidade (GAIÃO, 2013, p. 183).

Em março de 2002, foi realizado na cidade o I Encontro Municipal de Saúde Mental que teve como objetivo discutir, agregar e formar parcerias com os diversos profissionais para constituição de uma rede de saúde mental no município.

A reforma seria iniciada sob o aval político do Prefeito Cássio Cunha Lima, ainda no ano de 2002, que seria fundamental para começar a dar visibilidade a este projeto e de criação de uma rede de interesses e de iniciativas para a implantação da reforma. Além disso, a perspectiva de abertura desses novos serviços, com sua lógica de serviços substitutivos administrada pelo poder público, também possibilitaria retirar a verba pública do serviço privado, dando a chance do gestor público local aplicá-la diretamente e assim oferecer à população, a abertura de novas vagas de trabalho nos serviços públicos, bem como de ter maior visibilidade governamental. Tal condição atenderia ao interesse político do Prefeito Bruno, que seria o de ascender politicamente ao governo do Estado (GAIÃO, 2013, p. 184).

Em abril de 2002, a então vice-prefeita Cozete Barbosa (PT) assume a prefeitura de CG, com a saída do então Prefeito Cássio Cunha Lima para o governo do Estado. No mês de outubro foi aprovada a Lei municipal N° 4068/2002, da então vereadora Maria Lopes

Barbosa¹² (PSDB), que fixa diretrizes para a saúde mental do município; dispõe sobre a promoção de saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental, determinando a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos, com isso surge oficialmente o sujeito social do louco cidadão, em contraposição ao louco doente mental e mercadoria, no município de Campina Grande.

A partir do ano seguinte a RAPS no município de Campina Grande começou a ser construída. Em dezembro de 2003 foi inaugurado o primeiro CAPS da cidade, o CAPS II Novos Tempos. O município foi habilitado no mesmo ano, com o Programa de Volta para Casa, regulamentado pela Lei nº 10.708 de 31 de julho de 2003, que “institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações” (BRASIL, 2003). No ano seguinte, foi a vez da criação do CAPSad, com a finalidade de oferecer atendimento diário a pacientes que fazem um uso prejudicial de álcool ou drogas.

Uma outra evidência de que a escolha para que, a intervenção que culminou no fechamento do Hospital João Ribeiro tenha sido política é que de acordo com o relatório municipal de gestão 2003-2006, que trata da saúde mental no SUS, até 2005 o município de Campina Grande contava com dois hospitais psiquiátricos: do Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional – ICANERF (antigo Hospital João Ribeiro) e com a Clínica Dr. Maia, ambos, sendo credenciados ao SUS, atendia grande parte da demanda psiquiátrica no compartimento da Borborema e regiões circunvizinhas. Embora a clínica Dr. Maia não adote os mesmos métodos, o hospital escolhido permanece em funcionamento até os dias atuais. Como dito nas palavras de Brito (2011), não se trata de analisar o fechamento do Hospital João Ribeiro como sendo apenas um resultado da reforma psiquiátrica, pois se assim o fosse, a Clínica Dr. Maia também teria fechado as suas portas.

Em agosto de 2004 o Ministério da Saúde, após reunião para pactuação do processo de intervenção nos hospitais psiquiátricos no país, decretou a interdição, através de ação civil pública, dos seguintes hospitais: Hospital de Camaragibe - PE, o Sanatório de Juazeiro – BA, o de Salvador- BA, Caicó- RN, Montes Claros-MG e o ICANERF em Campina Grande.

Neste processo, foi introduzido outro importante sujeito social para efetivação da intervenção, a opinião pública através da imprensa. Ainda de acordo com Gaião (2013) o secretário de saúde da época, Geraldo Medeiros Júnior, convocou a imprensa que estampou em suas manchetes de jornais notícias como Doentes nus e abandonados levam o MS a

¹² Em 1947, foi a primeira mulher eleita vereadora de Campina Grande

intervir no Hospital Psiquiátrico João Ribeiro (JORNAL CORREIO DA PARAÍBA, de 28 de abril de 2005)

Através do jornal, a loucura vira espetáculo midiático. Se na loucura andarilha da Rainha Joana, o excesso das roupas era o que lhe caracterizaria o rosto da loucura, para a loucura doença mental, transformada agora em espetáculo de mídia, temos o do corpo nu, denunciando a irresponsabilidade do saber psiquiátrico. Transformada em objeto de consumo de leitores e de escândalo de notícia de uma loucura abandonada, ela agora denuncia a incompetência do saber psiquiátrico. Nesta condição, vemos o rosto da brancura e da higiene vestindo bota, calça, blusa e boné branco, protegendo-se com luva, da sujeira dos corpos nus e das paredes sem pintura (GAIÃO, 2013, pag. 190 e 191).

A articulação com outros sujeitos ganhou força e foram incluídos como também como sujeitos desta mudança o Conselho Municipal de Saúde, a igreja católica e artistas locais, que foram convocados a participar do processo de reforma psiquiátrica que estava em andamento a partir da intervenção do referido hospital.

Na mesma medida em que percebemos um processo crescente que possibilitaria uma maior discursivização sobre esse novo sujeito social da loucura, teremos um processo inverso que buscaria desconstruir o modelo dominante que se instalara na cidade a partir dos anos 60 do século passado. Quando do seu surgimento, o modelo hospitalocêntrico serviria como resposta governamental aos problemas urbanos, de saúde pública da população e ao atendimento das demandas da população e das políticas governamentais da época. Agora tal modelo passaria a ser o problema para o próprio governo. O modelo dominante agora seria o da loucura cidadã, que se ampliara através do modismo desencadeado pelo discurso de cidadania. Para a política oficial do governo, a resposta dada na década de 60 para o problema da loucura, não teria mais utilidade, transformando a presença do hospital psiquiátrico em uma instituição monstruosa. Por isso mesmo o HPJR vai ao banco dos réus (GAIÃO, 2013, p. 194-195).

Lívia Cirilo (2006), que foi uma das psicólogas que participou do processo de intervenção, reafirma a importância do papel da imprensa no processo de intervenção da instituição, e da exposição da situação dos internos para o apoio:

Pela primeira vez uma equipe de reportagem teve acesso ao interior da instituição. A partir daí a situação do hospital foi exposta à comunidade. Com a presença da imprensa pretendia-se vislumbrar que ao ferir qualquer princípio humano, a intervenção não se limitava a uma questão meramente técnica, mas demandava aspectos de uma amplitude maior, devendo ser alvo de interesse de toda comunidade (CIRILO, 2006, p. 59)

Em março de 2005, já no governo do prefeito Veneziano Vital do Rêgo (PMDB) foi decretado judicialmente o descredenciamento da instituição psiquiátrica no SUS e nomeado um interventor do MS para viabilizar a transferência dos 176 pacientes que estavam

internados no período.

Mas como toda luta existem também as forças que se contrapõem, assim em maio do mesmo ano foi realizada uma sessão legislativa especial da Câmara Municipal de Campina Grande – Casa Félix Araújo, intitulada: “Sessão para discutir a situação do Hospital Psiquiátrico Dr. João Ribeiro”. Na ocasião reformistas e opositores da reforma expuseram suas defesas em fechamento ou manutenção da instituição psiquiátrica.

Brito (2011), nos lembra que a loucura foi historicamente associada à criminalidade e que por isso a imagem da violência física e do descontrole como uma extensão da loucura passou a rondar a história da psiquiatria, tornando-se uma das justificativas para o aprisionamento daqueles sujeitos nomeados de loucos e que viraram sinônimos de delinquência, sendo eles o homicídio, o suicídio, os crimes passionais, os delitos sexuais, os roubos e agressões. Desconstruir esta cultura ainda é um dos maiores desafios da reforma psiquiátrica e em particular no município de Campina Grande, como é possível constatar nas falas dos que atores que defenderam a manutenção dos serviços prestados pelo HPJR naquela citada sessão da câmara municipal.

De acordo com o relato de Brito (2011), defenderam a continuidade dos serviços prestados pelo HPJR: o médico George Ramalho, o presidente do sindicato dos hospitais, o médico José Targino e o vereador Romero Rodrigues. Já os discursos em defesa do fechamento da instituição psiquiátricas foram realizados pelos: o vereador Olímpio Oliveira, o secretário de saúde do município Geraldo Medeiros, a coordenadora de saúde mental do município, Vitória Maria Barbosa, o diretor do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), o doutor Evaldo Nóbrega e o interventor do Ministério da Saúde Fernando Sfair Kinker.

Entretanto, cabe destacar que tanto nas falas pró e contra a intervenção dos médicos que tiveram a palavra registrada na sessão, uma preocupação comum a segurança diante da periculosidade que o louco representava para a população, pois para eles a retirada destes pacientes do hospital constituía um perigo para a sociedade.

O discurso em torno dos distúrbios mentais como sinônimos de descontrole físico e até violência, se transformava em perigo e ameaça por meio da fala de José Targino e de Evaldo Nóbrega, dois médicos que demonstravam por meio de seus pronunciamentos a insegurança com a saída dos pacientes psiquiátricos de dentro daquela instituição. Diante destes relatos observa-se que a presença destes atores nas ruas da cidade apontava para uma possível violência contra a “normalidade” e a “ordem”. Portanto, o ambiente fechado do Hospital João Ribeiro era o lugar onde deveriam ser mantidos estes pacientes (BRITO, 2011, p. 78).

Apesar da intervenção ter sido aprovada na câmara de vereadores da cidade na referida data, percebe-se que no ideário coletivo, apesar de todo esforço dos reformistas, ainda permanecia a estigmatização da loucura, como um sujeito que apresentava forte ameaça a ordem social. Em julho de 2005, efetiva-se o descredenciamento do referido hospital da rede SUS e inaugura-se a Emergência Psiquiátrica, inicialmente em um prédio provisório, posteriormente passou a funcionar em um prédio anexo do hospital geral Dr. Edigley Maciel, o local passou a prestar assistência aos usuários com transtornos mentais em crise e/ou surto psiquiátrico, dando suporte à rede local e aos municípios pactuados com Campina Grande, tendo sempre como meta o rápido retorno deles ao convívio social (PMCG, 2010).

Com o fim do Hospital João Ribeiro, os ex-pacientes foram inseridos no novo modelo de saúde mental, nos CAPS, já aqueles que não possuíam vínculo familiar ou social foram inseridos nos Serviços de Residência Terapêutica (SRT), uma masculina e outra feminina, para emergências psiquiátrica, e por ventura os tentantes de suicídio seriam encaminhados para o primeiro atendimento no Hospital Regional de Campina Grande. Quanto a Clínica Dr. Maia, permaneceu em funcionamento, embora seria avaliada periodicamente pelo Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS¹³, instituído pelo PNASH, por meio da Portaria nº 52 de 20 de janeiro de 2004.

As ações implementadas colocaram a cidade nos holofotes da reforma psiquiátrica no país, por sua agilidade na mudança do modelo de *louco cidadão*, que uma continuidade linear, apesar da mudança do poder político da região, entre 2000 -2005, como forma de compromisso com a reforma psiquiátrica no município, conforme descreveu Gaião:

É importante notarmos que o processo de ascensão do modelo de louco cidadão na cidade de Campina Grande receberia o apoio de grupos políticos que se rivalizariam por décadas na cidade. Iniciada pelo Prefeito CCL do PSDB, efetivada pela Prefeita CB do PT, a reforma teria continuidade e ampliação através da gestão do prefeito que faria oposição local a estes grupos, na figura do prefeito VVR do PMDB. Vemos assim que a constelação política emergente e dominante na cidade estaria em consonância em relação à implantação da reforma.” (GAIÃO, 2013, p. 200).

Os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, demonstram que atualmente a rede de saúde mental de Campina Grande/PB é composta por nove Serviços Substitutivos, somados ao conjunto de seis Residências Terapêuticas, sendo que dois destes CAPS localizam-se nos distritos de Galante e São José da Mata, respectivamente, com capacidade máxima de 20 leitos instalados nos serviços substitutivos. De acordo com

¹³ Trata-se do processo de substituição progressiva dos leitos em hospital psiquiátrico por uma rede comunitária de atenção psicossocial.

Azevedo (2010), o município alcançou no ano de 2010 a média de uma unidade para cada 54,8 mil habitantes, ultrapassando o parâmetro nacional, que é de uma unidade para cada 100 mil habitantes, o que significou o segundo lugar a Paraíba, no ranque nacional de saúde mental, perdendo apenas para o Estado do Sergipe. Porém, ainda não é o suficiente conforme será apresentado no próximo capítulo.

Já no tocante ao fenômeno do suicídio, pouco se avançou no Estado da Paraíba, e em particular no município de Campina Grande, embora a nível nacional o fenômeno do suicídio tenha sido reconhecido como uma questão de saúde pública desde o ano de 2006. Do contrário, o tema serviu de fortalecimento para as críticas feitas pelos opositores da reforma psiquiátrica aos novos serviços de saúde mental que estava sendo implantada. O estigma de que o louco é um assassino em potencial e uma ameaça à ordem pública e da integridade física das pessoas nomeadas normais, além de comprometer a sua própria integridade, favorecia a resistência da sociedade na ampliação da rede de saúde mental na cidade e uma certa nostalgia aos serviços asilares.

Além dessa característica de agressividade que é atribuída aos pacientes psiquiátricos, a identidade que frequentemente se cola à vida desses atores históricos é a de assassino. Falar em paciente psiquiátrico termina por emitir signos de negatividade no sentido de que boa parte deles, para não dizer todos, são tidos como assassinos em potencial que, a qualquer momento, pode matar alguém ou por fim à sua própria vida. Essa característica assassina pôde ser vista nos títulos das reportagens dos jornais de circulação em Campina Grande, pois antes de se falar em reforma psiquiátrica, ou em descrédito do Hospital João Ribeiro, o lugar que pertencia a esses atores da loucura, na linguagem jornalística, era a página policial, estando, na maioria das vezes, envolvidos em casos de homicídios ou suicídios (BRITO, 2011, p. 169).

As primeiras ações voltadas a temática do suicídio foram registradas no site oficial do Ministério Público da Paraíba (MPPB) e foram organizadas pela promotoria da saúde do município de João Pessoa, em abril de 2018, a partir da criação de um Grupo de Trabalho (GT) com o objetivo de desenvolver estudos, pesquisas e campanhas acerca da prevenção do suicídio. Entre os assuntos pautados estavam as subnotificações das tentativas de suicídio nas unidades hospitalares de João Pessoa. Participaram da audiência os diretores de hospitais de João Pessoa, a Polícia Militar, a gerência do Samu Regional e o Corpo de Bombeiros da Paraíba.

Diante do aumento dos casos de violência autoprovocada na Paraíba, o MPPB juntamente com o Ministério Público Federal - MPF, dos representantes das Secretarias de Saúde de João Pessoa e do Estado e de mais 15 instituições e serviços de saúde da capital, assinaram uma nota técnica conjunta N° 01/2019, com intuito de organizar uma rede de apoio

formada por diversos serviços, desde a unidade de saúde da atenção básica, até um hospital especializado. Outro ponto firmado na referida nota, foi a necessidade de cumprimento da notificação compulsória dos casos, reduzindo a subnotificação, e de desenvolver ações específicas para o atendimento às pessoas que tentaram o suicídio, bem como para os familiares dos sobreviventes e dos que enlutados. A nota técnica conjunta visa orientar os gestores de serviços de saúde e todos os profissionais de saúde envolvidos numa situação como essa (médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, nutricionistas, entre outros). As principais orientações desta nota técnica são:

A Atenção Básica deve implementar atividades de prevenção, em parceria com a Rede de Atenção Psicossocial, intensificando a temática do suicídio nas ações de matriciamento e busca ativa, a fim de acompanhar pessoas que tentaram suicídio e seus familiares; As instituições de ensino superior, públicas e privadas, de saúde e área afins deverão realizar estudos e pesquisas e disseminar informações acerca da temática que visem a prevenção, em conjunto com setores da sociedade civil; O estado e o município deverão promover a educação permanente e a sensibilização dos profissionais de saúde que lidam com a demanda; Os profissionais deverão realizar avaliações e intervenções assertivas e cuidadosas, compreendendo a pessoa de forma integral, devendo o seu acolhimento ser realizado com respeito, sem constrangimentos, julgamentos, atitudes ou colocações psicofóbicas, inclusive as de viés religioso; O estado e os municípios deverão criar um fluxo de atendimento para vítimas de tentativa de suicídio, bem como garantir sua execução e divulgação, em consonância com os preceitos estabelecidos pelo SUS; Os serviços envolvidos no atendimento aos casos de suicídio, após o acolhimento inicial, deverão realizar os devidos encaminhamentos, garantindo a referência e a contrarreferência, a fim de acompanhar o percurso dos pacientes na rede de saúde (PARAÍBA, 2019, s/p.).

Na matéria publicada pela ASCOM do MPPB no dia 06/09/2019, após a reunião conjunta, os promotores do MPPB afirmaram que:

Esse documento vai nortear todas as ações dessa rede de saúde, da atenção básica à especializada, incluindo as unidades de saúde, os hospitais de urgência e emergência, o Samu... Sabemos que os serviços existem, mas que precisam desse norte para que a rede atue integrada, de forma que os tentantes e seus familiares sejam acompanhados, minimizando os riscos de novas tentativas e o adoecimento mental de seus familiares (Jovana Maria Silva Tabosa, promotora da saúde do Ministério Público da Paraíba).

Uma das primeiras constatações foi de que o tema suicídio era ainda invisível, tanto pela falta de estatísticas (a subnotificação ainda existe), quanto pelo preconceito em torno do assunto. Apesar das tentativas de interlocução com o Governo Federal para que a Paraíba fosse contemplada com recursos específicos para essa área, hoje as políticas públicas ainda são inadequadas e os recursos insuficientes (Guilherme Ferraz, procurador regional dos

Direitos do Cidadão adjunto Ministério Público da Paraíba)

Embora o representante da Secretaria de Saúde do Governo do Estado da Paraíba, Geraldo Antônio Medeiros, estivesse presente e assinado a nota técnica conjunta, nenhum representante das instituições de saúde do município de Campina Grande foi convidado a participar da elaboração da mesma, este fato talvez explique a ausência de ações e fiscalizações no município, conforme será apresentado adiante. Deste modo, a instituição na qual esta pesquisa se desenvolve, não segue nenhuma das diretrizes firmadas na referida nota, tão pouco é acompanhada pelos órgãos fiscalizadores a este respeito.

A primeira lei estadual que trata sobre o fenômeno do suicídio é datada de setembro do mesmo ano, Lei Nº 338/2019 do deputado Adriano Galdino (PSB), que estabelece apenas o dia 10 de setembro, em alinhamento ao que já havia sido aprovado em portaria nacional, como dia estadual de prevenção ao suicídio e a caminhada anual pela vida.

Só em 2021 foi publicada a Lei Nº 12.104/ 2021, autoria da deputada Camila Toscano (PSDB), que institui a Política de Prevenção de Violências Autoprovocadas ou Autoinfligidas no âmbito do Estado da Paraíba e dá outras providências, com objetivo de prevenir, identificar e promover o acolhimento especializado, por meio de equipe multidisciplinar, das pessoas, que por virtude de sofrimento psíquico, cometam atos de violência autoprovocada ou autoinfligida.

Cabe destacar que esta lei estadual prevê uma assistência à saúde com base no conceito biopsicossocial, ao garantir em suas diretrizes uma atenção multidisciplinar, conforme consta no Art. 4º da referida lei:

Art. 4º - São diretrizes do Programa de Prevenção de Violências Autoprovocadas ou Autoinfligidas: I - a perspectiva multiprofissional na abordagem; II - o atendimento e a escuta multidisciplinar; III - a discriminação no tratamento dos casos; IV - a integração das ações; V - a institucionalização dos programas; VI - o monitoramento da saúde mental dos profissionais que fazem o acompanhamento dos pacientes; VII - o fornecimento de indicadores e de informações básicas à comunidade, inclusive escolar, a respeito de situações que caracterizem suicídio, automutilação e depressão; VIII - o desenvolvimento de ações voltadas à solidificação de valores no desenvolvimento psicossocial, com solidariedade, como inspiração para que as pessoas sejam íntegras em relação aos próprios sentimentos e emoções; e IX - a promoção do resgate da cidadania e do respeito aos direitos humanos (PARAÍBA, 2021,s/p.).

No tocante as leis municipais, não há registro oficial de nenhum instrumento legal que trate da temática da violência autoprovocada no município de Campina Grande, apenas as já explanadas a nível nacional e estadual. Desta forma é possível perceber que embora o município de Campina Grande tenha sido um dos municípios pioneiros na efetivação na

reorganização do modelo de assistência à saúde mental, negligenciou o fenômeno do suicídio na construção de suas políticas locais, contribuindo para a manutenção do estigma do suicídio que ainda habita no imaginário coletivo como uma questão de criminalidade, deixando de integrar na RAPS todas as instituições que compõe a rede no município, em particular o Hospital de Trauma de CG, objeto da presente pesquisa, que embora faça parte dos pontos de atenção de urgência e emergência contemplados pela RAPS e receba diariamente pacientes acometidos por violência autoprovocada, não está cadastrado oficialmente na RAPS, o que terá impacto direto no atendimento prestado pela instituição como será analisado no próximo capítulo.

CAPÍTULO 4 - PAPEL DO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE NA RAPS E O ENFRENTAMENTO DO FENÔMENO DO SUICÍDIO

Chegamos assim ao lócus da presente pesquisa, o Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, conforme apresentado na introdução, a escolha deve-se ao fato de ser o espaço sócio ocupacional que atuo enquanto Assistente Social, das dificuldades percebidas pela equipe multidisciplinar para o enfrentamento da temática, a inexistência de um protocolo interno, de indicadores e de profissionais especializados para o atendimento da demanda. No capítulo anterior encontramos a primeira pista na busca de tal compreensão: O Hospital de Trauma faz parte da RAPS do município de Campina Grande? Para encontrar esta resposta, é preciso fazer um resgate histórico, contextualizando a instituição, lócus desta pesquisa, que presta serviço de saúde a comunidade paraibana há quase 22 anos de sua existência.

No contexto legal de regionalização dos serviços de saúde, conforme apontado anteriormente, consta nas informações do site oficial da Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba (SES/PB), que o Plano Diretor de Regionalização do Estado da Paraíba passou a organizar a gestão de saúde dos seus 223 municípios. Estes foram agrupados em quatro macrorregiões sediadas nos seguintes municípios: João Pessoa (I macro); Campina Grande (II macro); Patos (III macro) e Souza (IV macrorregião).

Assim o município de Campina Grande, localizado na zona agreste, possui uma área de 641km², sendo a segunda maior do estado da Paraíba, com população estimada em 2017 de 410.332 habitantes, o que representa uma densidade demográfica de 648,31 habitantes por km² (IBGE, 2017). Conforme apresentado anteriormente, o município passa a ser reconhecido

como a 16ª região e sede da II macrorregião de saúde, referência na prestação dos serviços de saúde para 70 municípios da sua região, o que corresponde a 28,30% da cobertura de média e alta complexidade da população paraibana.

Até o final da década de 1990, de acordo com Medeiros Jr. (1999) o município possuía um modelo de saúde voltado para a atenção hospitalar. Além disso, cabe ressaltar que, neste período, não havia no município hospitais públicos de alta complexidade, a rede hospitalar era composta por hospitais privados com enfermarias credenciadas ao SUS, em contraposição à preocupação do movimento sanitarista e a legislação do SUS que aponta o modelo privado apenas de forma complementar.

Durante todo este período, a população de CG reivindicava pela ampliação da RHP. Foi neste contexto, que de acordo com o site da Secom-PB, os médicos João Menezes e Márcio Rocha, lideraram o movimento e encaminharam para o então governador José Maranhão (PMDB), a problemática da saúde vivida pelo município. Assim, no ano de 2001, foi inaugurado o então Hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes (PARAÍBA, 2019). Diante da inexistência de um hospital de alta complexidade nas III e IV macrorregiões, o Trauma de CG, passou a ser referência para as três macrorregiões do Estado, e também ainda de cidades dos estados circunvizinhos, o que corresponde a 52,18% da população, só do estado da Paraíba, conforme definido no Plano Estadual de Saúde da Paraíba, 2008-2011:

Os serviços hospitalares devem ser entendidos como um ponto ou conjunto de pontos de atenção, cuja missão e perfil assistencial devem ser definidos conforme o perfil demográfico e epidemiológico da população e de acordo com o desenho da RAS loco-regional, vinculados a uma população de referência com base territorial definida, com acesso regulado e 61 atendimentos por demanda referenciada e/ou espontânea (PARAÍBA, 2010, p. 60)

O PDR-PB, afirma ainda que a rede conta com as principais portas de urgência e emergência em traumatologia de média e alta complexidade apenas nas I e II macrorregiões, instituída na III macrorregião apenas a referência secundária. Embora a criação do hospital tenha atendido as reivindicações da população, com o passar dos anos a estrutura física não comportava o crescimento populacional e nem as demandas de atendimentos que ultrapassavam os limites da II macrorregião.

Como resposta, o Governo Estadual, em 05 de julho de 2011, entregou o novo Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes, deixando de ser um hospital regional sendo integrado então à rede de alta complexidade do estado.

A portaria MS/GM N° 1.600, de 07 de julho de 2011, reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui diretrizes para a conformação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RAUE), garantindo os princípios da universalidade, equidade e integralidade na atenção aos indivíduos em situações de urgências e emergências. A organização da RAUE tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de atenção à saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e/ou emergência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna (PARAÍBA, 2015).

Conforme previsto na Portaria GM nº 3.390/2013, que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS e estabelece as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS), no seu artigo 3º enuncia que:

Os hospitais são instituições complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2013, s/p).

Consta no regimento interno do Hospital de Trauma de Campina, que a instituição apresenta como missão institucional garantir o acolhimento e atendimento multiprofissional de todos os casos de trauma, politrauma, emergências e urgências clínicas e cirúrgicas de média e alta complexidade. A visão estratégica da unidade permite o exercício da atividade interdisciplinar em ambiente de comunicação interna fortalecido, disciplinado e de respeito tanto aos profissionais quanto aos usuários do serviço. Garantindo que os princípios da segurança do paciente sejam empregados desde o acolhimento do paciente na instituição, até sua alta hospitalar.

No tocante a estrutura do novo hospital conforme dados apresentados no regimento interno do Núcleo de Acesso a Qualidade Hospitalar (NAQH), 2019, conta com uma área construída de 22 mil metros quadrados, com um heliporto e amplo estacionamento para 516 veículos. Além disso, o hospital disponibiliza 293 leitos, divididos em: Emergência (áreas vermelha, amarela e verde), Unidades de Terapia Intensiva (3), Bloco cirúrgico (6 salas cirúrgicas), Alas de enfermaria (7) com 35 leitos cada, 1 ala de atendimento de queimados com 35 leitos, Centro de Imagem (radiografia, tomografia, ultrassonografia, endoscopia), sendo monitoradas por um quadro de 440 profissionais médicos, dos quais 69 em regime de

plantão de 24 horas, além de uma ampla equipe multidisciplinar composta por 1605 funcionários, contabilizando cerca de 8.000 atendimentos e uma média de 850 cirurgias por mês, nas diversas especialidades clínico-cirúrgicas.

A RAUE do estado da Paraíba também segue em concordância com as diretrizes estabelecidas na Portaria GM/MS nº 1.600, de 07 de julho de 2011, contemplando a classificação de risco no acolhimento em todos os pontos de atenção, garantindo o cumprimento dos princípios do SUS, no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e às relacionadas a causas externas, além das linhas prioritárias. O Art. 5º, da referida portaria, define que são Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, os serviços instalados em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas. Conforme diretrizes apresentadas no Art. 4º:

Constituem diretrizes do Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências: I - universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências; II - humanização da atenção, garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde; III - atendimento priorizado, mediante acolhimento com Classificação de Risco, segundo grau de sofrimento, urgência e gravidade do caso; IV - regionalização do atendimento às urgências, com articulação dos diversos pontos de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde; e V - atenção multiprofissional, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseada na gestão de linhas de cuidado (PARAÍBA, 2020, pag. 107).

Em 2017, o MS definiu que a admissão dos pacientes nos hospitais de urgência e emergência devem seguir critérios da classificação de risco, ou seja a prioridade passa a ser mediante a gravidade do paciente.

Assim, os usuários atendidos pelo Trauma CG, são classificados em: Ala verde: de alta rotatividade, por ser uma ala de avaliação clínica, nela geralmente os usuários não precisam de internação e sua permanência é de no máximo 12 horas; Ala amarela: usuários que ficam esperando diagnóstico que pode levá-los a cirurgias ou que estão esperando por cirurgias; Ala vermelha: usuários acidentados ou desestabilizados que precisam passar por minuciosa avaliação para encaminhar-se às devidas alas responsáveis, para melhor recuperação de suas enfermidades; abriga usuários graves e gravíssimos de diagnóstico diversificado que requer cuidados específicos, tornando-se assim uma UTI; e Ala laranja: usuários gravíssimos que precisam de cuidados intensivos também considerada UTI.

Dentre os motivos de admissão dos pacientes nas portas de entrada de urgência e emergência, estão as causas externas, a saber: violências interpessoais e autoprovocadas. De acordo com os dados publicados no PDR/PB, 2020-2023, no ano de 2017, o estado da Paraíba

registrou no SINAN 3.426 casos de violência interpessoal/autoprovocada. A I Região de Saúde (João Pessoa) foi a que apresentou maior número de notificações, que corresponde a 52,36% (1.794) dos casos e na XVI Região (Campina Grande) ficou com o segundo lugar, com 374 casos registrados.

Apesar da organização dos serviços prestados, da classificação de risco e da estrutura física supracitadas, as demandas postas no cotidiano apontam para a necessidade de ampliação do quadro de funcionários bem como o aumento do número de leitos, pois a superlotação ainda é um problema crônico na instituição. De acordo com o relatório no NAQH de 2022, a taxa de ocupação anual foi de 111,65%, ou seja, a instituição operou durante todo ano de 2022 com uma ocupação maior do que sua capacidade máxima.

Esta superlotação deve-se não apenas as demandas das quais o Trauma CG é referência, mas das demandas encaminhadas por outros estados, que possuem uma rede de assistência à saúde ainda mais precarizada, ocasionando a superlotação, o que se constitui mais um grande desafio aos gestores estaduais.

No tocante a RAPS, o PDR-PB afirma que o usuário de saúde mental na Paraíba pode contar com serviços específicos cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento extremo ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Definindo ainda que os leitos de saúde mental em hospital geral oferecem atenção hospitalar para casos graves, em especial, de abstinências e intoxicações severas.

Aqui encontramos um ponto contraditório que é de grande importância destacar. Uma vez que, ao definir as portas de entrada de urgência e emergência, o PDR da Paraíba no inciso 3º, afirma que as portas de entrada hospitalares de urgência de atendimento exclusivo de obstetrícia e psiquiatria não estão incluídas no conjunto de portas de entrada hospitalares de urgências previstas nessa portaria. Ao mesmo tempo, conforme apresentado anteriormente, no Art. 5º diz que as portas de entrada são referências para casos traumatológicos. Desta maneira indagamos, para onde são socorridos os pacientes acometidos de violência autoprovocada, se não para o Trauma de CG? Deveriam ser encaminhados para as emergências psiquiátricas?

Cabe ressaltar que em nenhum momento o PDR-PB desmembra a violência interpessoal, da violência autoprovocada, o que reforça ainda mais a nossa tese de invisibilidade desta última no estado na Paraíba. Já a palavra suicídio é citada no plano apenas nas orientações dos motivos pelos quais a população deve acionar o SAMU. E para onde vão os pacientes socorridos pelo SAMU?

4.1 Análise dos indicadores de violência autoprovoçada atendidas pelo Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes – HETDLGF

Conforme apresentado no capítulo anterior, o Trauma CG não compõe oficialmente a RAPS, contudo, é para esta instituição de saúde que são encaminhados os pacientes acometidos por violência autoprovoçadas e que foram resgatados ainda com vida, visto que em casos de suicídio consumado no local do ato, os usuários são encaminhados diretamente para o Núcleo de Medicina e Odontologia Legal (NUMOL).

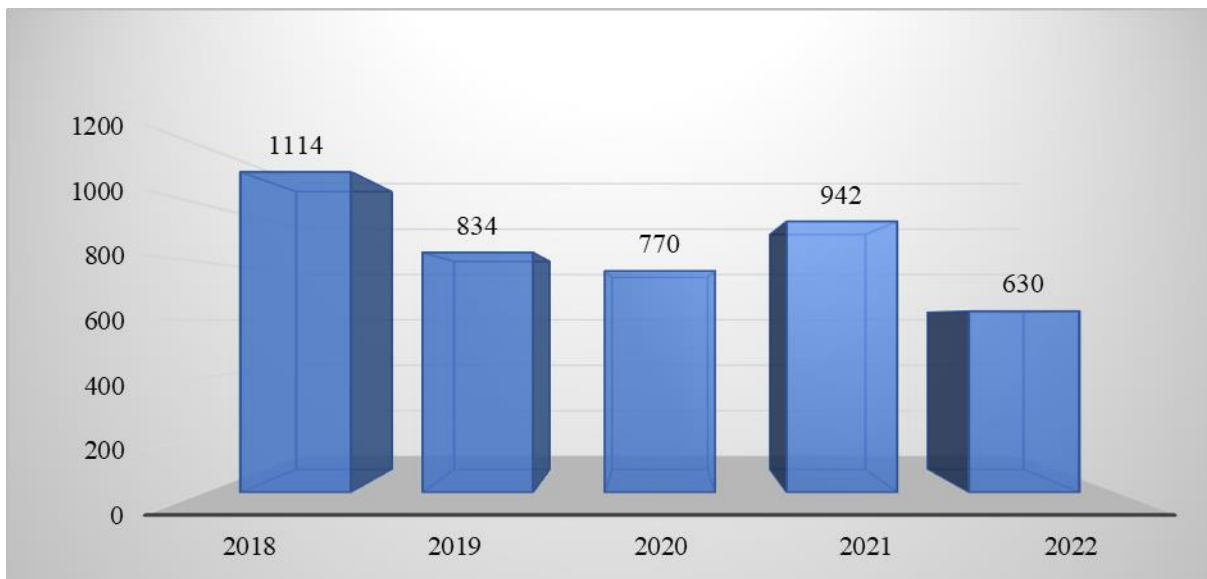
Neste contexto, o presente capítulo tratará de analisar particularidade dos atendimentos realizados pelo HETDLGF aos usuários acometidos de violência autoprovoçada, a partir de dados secundários obtidos no sistema eletrônico intra hospitalar, JC Software, que foi implantado no ano de 2018. Desta forma, o período a ser analisado será de janeiro de 2018, até agosto de 2022. Contudo, é preciso ressaltar que os filtros¹⁴ que registram o motivo pelo qual o paciente deu entrada na instituição ainda estavam na fase de construção. Além disto, havia pouco conhecimento por parte da equipe multidisciplinar acerca da temática do fenômeno do suicídio. Estes fatores incidem, particularmente, nos dados indicadores do ano de 2018. Por este motivo, em algumas análises o referido ano será desconsiderado.

Também cabe ressaltar que a escolha do banco de dados internos da instituição, deve-se também a divergência de informações entre estas e as registradas no banco de dados do SINAN, que será ainda abordado neste trabalho.

Outro ponto que necessita esclarecimento prévio, é que serão contabilizados para análise, todos os motivos de entrada registrados como tentativa de suicídio, intoxicação exógena (filtro ainda em discussão na instituição), suicídio consumado e automutilação (incluído apenas em 2022).

Dito isto, passemos a análise dos dados. No gráfico 1, é possível observar o total de casos atendidos no período supracitado. Para obtenção destes números, foram somadas todas as entradas, por ano, de pacientes classificadas como violência autoprovoçada, no Hospital de Trauma de CG, nos últimos cinco anos.

¹⁴ Ao dar entrada no HETDLGF, o paciente e/ou o seu familiar relata o ocorrido para que a equipe de triagem classifique o paciente por prioridade e risco de morte e adicione o filtro com o motivo que ocasionou a necessidade de atendimento hospitalar. No JC/software não previa inicialmente as múltiplas possibilidades que possam ser utilizadas em uma tentativa de suicídio.

Gráfico 1: Total de atendimentos realizados no HETDLGF. Período 2018 – 2022 (Ago)

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do JC Software do HETDLGF

Conforme justificado anteriormente, a hipertrofia do total de atendimentos, ocorrida no ano de 2018, deve-se a inexistência de uma diferenciação entre intoxicação exógena acidental e intoxicação exógena (suspeita de tentativa de suicídio), havendo no referido ano apenas um único filtro onde as duas causas foram registradas, bem como, apenas um filtro de tentativa de suicídio, sem o registro do meio utilizado. Desta forma, é possível apenas afirmar que foram registrados no sistema, 794, por intoxicação e 320, por tentativa de suicídio, sem que seja possível fazer uma análise mais profunda do referido ano.

A partir de 2019, os filtros, já mencionados, foram adicionados, tornando mais específicos os motivos que necessitaram de assistência hospitalar desses usuários. Outro fator relevante que precisa ser registrado, é que de acordo com as informações do site da OMS, em 31 de dezembro de 2019, a organização foi alertada sobre vários casos de pneumonia na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China. Em 7 de janeiro de 2020, as autoridades chinesas confirmaram que haviam identificado um novo tipo de coronavírus. Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou que o surto do novo coronavírus constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII).

No Brasil, o primeiro caso só foi registrado em fevereiro de 2020. Costa e Mendes (2021), ressaltam que os primeiros casos reportados de COVID-19 no país, considerando toda a subnotificação – acidental e proposital –, foram de pessoas infectadas no exterior: indivíduos das classes dominantes ou dos estratos médios e altos da classe trabalhadora. Desta forma, para a proposta de análise aqui apresentada, vale destacar a importância do ano de 2019 como pré-pandêmico e a partir de 2020, como anos impactados pela pandemia da Covid-19.

Nesta perspectiva de enfrentamento da Covid-19, os dados apresentados no ano de 2020, necessitam de uma especial reflexão. Se comparados os números de atendimentos totais atendidos pelo Trauma CG referentes aos anos de 2019 e de 2020, é possível constatar uma importante redução de 7,67% dos casos de violência autoprovocada.

A OPAS publicou em 09 de setembro de 2021, matéria que chama atenção da comunidade mundial para o aumento dos riscos associados a comportamentos suicidas devido a perda de emprego, precarização do trabalho, dificuldades financeiras, trauma ou abuso, transtornos mentais e barreiras ao acesso à saúde. A entidade apontou a necessidade de priorizar a prevenção ao suicídio.

Já a Fiocruz publicou, em 18 de abril de 2021, um estudo desenvolvido pelos cientistas Jesem Orellana e Maximiliano Ponte, que tratou sobre o excesso de suicídios no Brasil. O referido estudo levou em consideração as desigualdades, as faixas etárias e as regiões, no contexto da pandemia da Covid-19. Contudo, a pesquisa conclui que apesar da diminuição geral de 13%, na taxa de suicídios no Brasil, no período de 2020, houve um excesso substancial de suicídios em diferentes faixas etárias e sexos nas regiões Norte e Nordeste do país.

Embora na fase inicial da pandemia, especialistas e cientistas renomados tenham predito forte aumento mundial no número de suicídios devido a grave crise sanitária, de forma geral, houve decréscimo de 13% nos suicídios na população geral do Brasil e entre março e dezembro de 2020. No entanto, em determinadas circunstâncias, observou-se aumentos (FIOCRUZ, 2021, s/p).

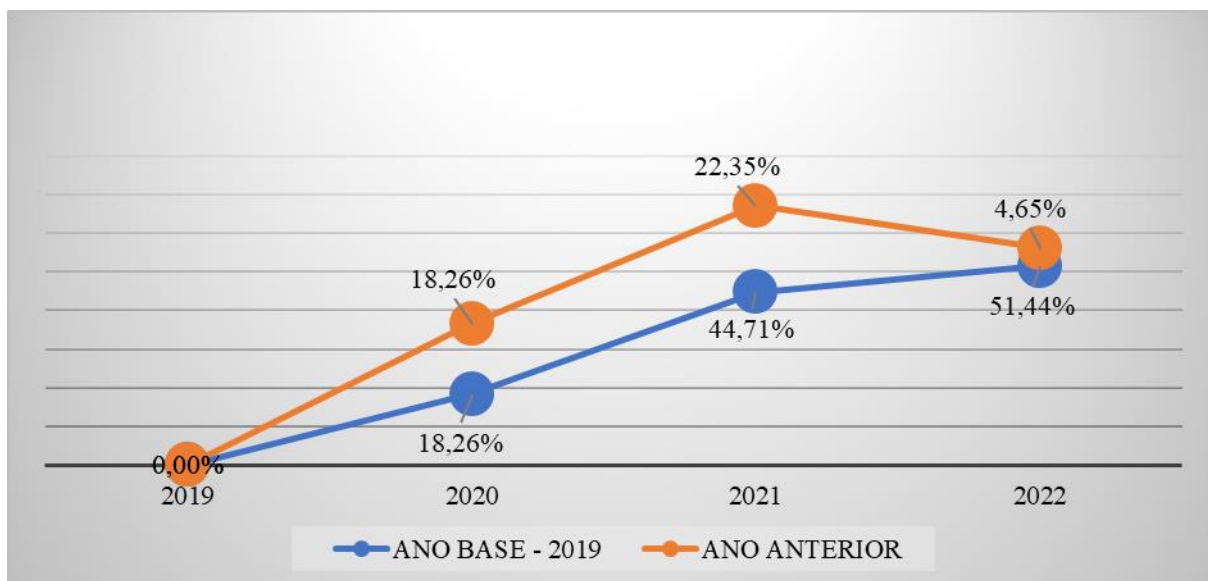
Neste contexto, os dados apresentados pelo Hospital de Trauma CG, demonstram que na Paraíba a redução segue a tendência do Brasil. Contudo, não é possível afirmar o que motivou esta redução, mas é possível levantar alguns questionamentos para serem respondidos em uma futura pesquisa, visto que essas respostas necessitam de um aprofundamento que os dados secundários não permitem realizar: o isolamento social imposto pelo período pandêmico possibilitou uma aproximação da rede socioafetiva dos indivíduos, dando a sensação de acolhimento e/ou impossibilitou que estes ficassem sozinhos em seu local de moradia? O

medo da contaminação pela Covid-19 numa possível internação por tentativa de suicídio prevaleceu? Ou, no período pandêmico ocorreram mais suicídios consumados que foram encaminhados diretamente para o Núcleo de Medicina e Odontologia Legal, localizado em CG?

A pertinência deste questionamento pode ser constatada na avaliação dos dados referentes ao ano de 2021, quando aos poucos o isolamento social foi sendo flexibilizado em todo estado da Paraíba. Logo, os dados demonstram um aumento de 22,33%, se comparado a 2020, e de 12,94% se comparado ao período pré-pandêmico.

Esta mesma tendência volta a crescer no ano de 2022. Faz-se necessário ressaltar, que os dados analisados, correspondem até agosto do referido ano. Por este motivo, para que possam ser analisados os dados de maneira comparativa com os anos anteriores, é necessário fazer um recorte do mesmo período em todos os anos anteriores, ou seja, do mês de janeiro ao final do mês de agosto. Assim encontramos em valores brutos do período analisado, a saber: foram atendidos um total de 416 em 2019, 492 em 2020, 602 em 2021 e 630 no ano de 2022, pacientes que praticaram auto violência. No entanto, cabe destacar que embora no ano de 2020 tenha havido uma redução de 7,67% no total de atendimentos realizados, o país, só foi impactado pela Covid-19 após o mês de março, por este motivo, houve um baixo crescimento, mas não houve uma redução no período estudado. Conforme pode ser melhor analisado no gráfico 2, abaixo:

Gráfico 2: Taxa de crescimento de violência autoprovocada - HETDLGF, EM %. Período 2018 – 2022

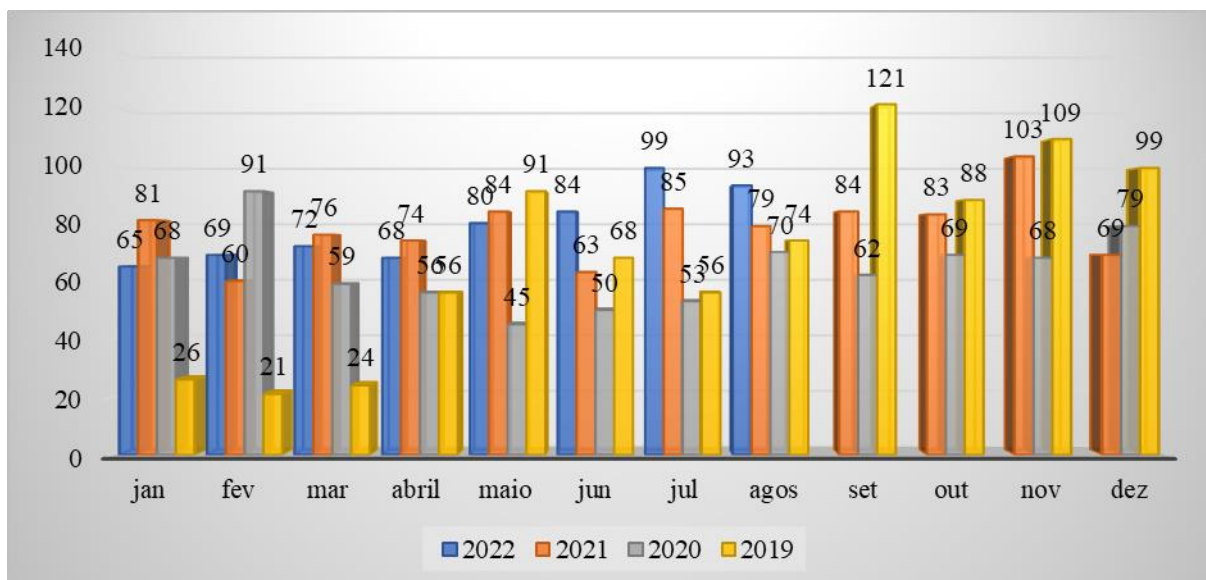


Fonte: Elaboração própria com base nos dados do JC Software do HETDLGF

Ainda sobre a taxa de crescimento, no recorte proposto, foram analisados o comparativo de crescimento de duas maneiras. Primeiro, utilizando o ano pré-pandêmico (2019) como base, é possível identificar, que o crescimento de casos de violência autoprovocada escalonado, teve no ano de 2022, um aumento de 51,44%. Já calculado a taxa de crescimento, o aumento sempre em comparação, ao ano anterior, podemos perceber um pico, no ano de 2021 (devido a redução de casos totais em 2020) e o retorno do crescimento gradativo em 2022. Contudo é importante perceber, que em nenhuma das formas há uma diminuição, em outras palavras, é possível dizer que no Trauma CG há um aumento anual expressivo em todo o período analisado.

Para que fique ainda mais claro a compreensão do crescimento de atendimentos realizados, o gráfico 3 demonstra o número total de violências autoprovocadas mensal, nos últimos quatro anos. O que chama atenção na extração destes dados, é que em todos os anos analisados, há sempre aumento no segundo semestre, conforme demonstrado a seguir:

Gráfico 3: Registro mensal de violência autoprovocadas – HETDLGF. Período 2019 - 2022 (Ago)



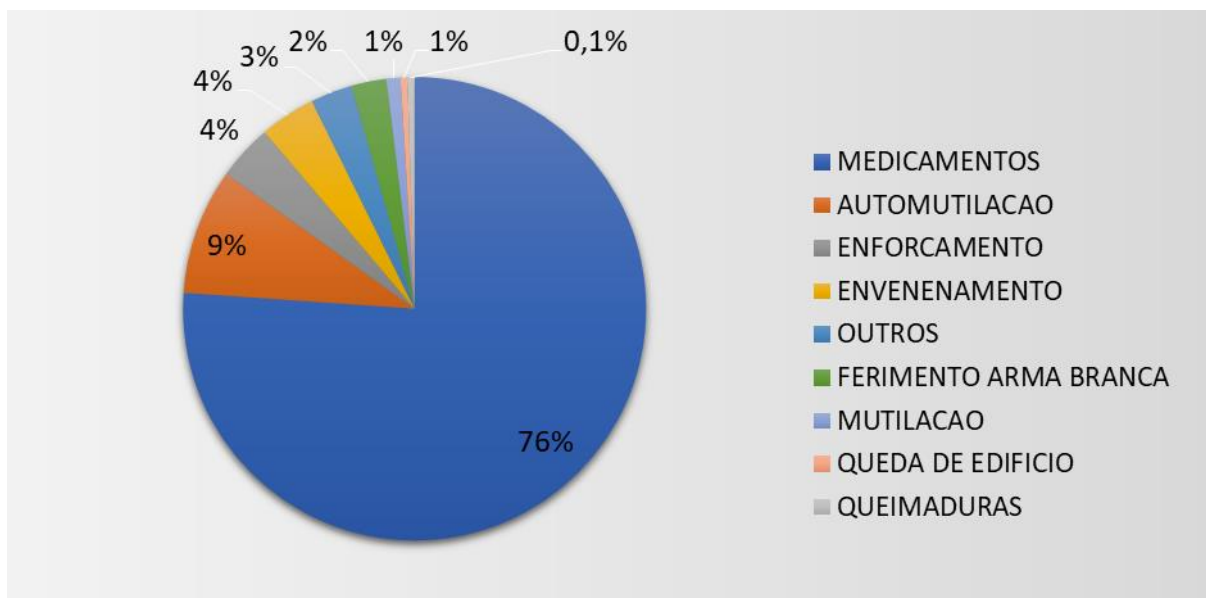
Fonte: Elaboração própria com base nos dados do JC Software do HETDLGF

Destaca-se ainda o mês de setembro de 2019, como sendo com o maior número de violências autoprovocadas registrados no Trauma CG. É neste mês que são realizadas as campanhas, nacionais e internacionais, sobre a prevenção do suicídio, os dados nos levam necessariamente a fazer uma análise crítica de tais campanhas.

É de conhecimento público o incentivo da OMS, da OPAS e até mesmo do MS brasileiro que sejam desenvolvidas campanhas preventivas que visem alcançar toda a população no sentido de desconstruir os estigmas ligados ao fenômeno do suicídio e a necessidade de abordar o tema desde o âmbito escolar, familiar e da saúde. Mas o que se identifica, nestas campanhas, é o predomínio de uma abordagem alicerçada na lógica individualizante do sofrimento, com viés moralista e/ou religioso, e com o incentivo a medicalização, terapia, desconsiderando que por muitas vezes (ou na maioria delas) o sofrimento psíquico está associado às condições objetivas de reprodução material da vida; a desigualdade social, as condições de vida, a miséria, o desemprego, as opressões de cunho racista, machista, lgbtfóbico, capacitista, classista, entre outras violências estruturais de nossas relações. Além disto, a falta de investimento financeiro nas campanhas, que são elaboradas por profissionais sem capacitação na temática e abordam de forma rasa e com conhecimento superficial do sendo comum, colaboram decisivamente para abordagens equivocadas acabam por causarem mais dores e aprofundamento do adoecimento mental, do que prevenindo o comportamento suicida.

Outra discussão relevante que os dados permitem que sejam realizadas, é sobre os meios utilizados para a passagem ao ato da ideação suicida. O meio utilizado por 76% do total dos casos atendidos no Trauma CG, foi ingestão excessiva de medicamentos, ou de algum agente tóxico não medicamentoso. Conforme será apresentado no gráfico a seguir:

Gráfico 4: Meios utilizados nas tentativas de suicídio – HETDLGF. Período - 2019 - 2022 (Ago)



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do JC Software do HETDLGF

O relatório da OMS (2019) recomenda a criação de barreiras para evitar que pessoas em risco tenha acesso a meios potencialmente perigosos e letais. Providências como tornar as construções mais seguras, por meio da implementação de barreiras físicas, controlar a venda e uso de pesticidas, medicamentos e o acesso a armas de fogo. O relatório aponta ainda que 20% dos suicídios cometidos no mundo, foram por uso de pesticidas.

No Brasil, a cartilha de prevenção do suicídio desenvolvida pelo MS, prevê entre as ações estratégicas intersetoriais o controle de acesso a meios letais.

Fomentar iniciativas intersetoriais para a regulação e controle da disponibilidade e acesso aos meios utilizados para o suicídio tais como: a manutenção da legislação que restringe acesso a armas de fogo; a segurança na arquitetura urbana; regulação e fiscalização na exposição a agrotóxicos; o uso racional, fracionamento e descarte de medicamentos, bem como maior fiscalização da disponibilidade do acesso a pesticidas e demais produtos químicos de uso doméstico (BRASIL, 2017, p. 16)

Contudo ainda é possível no Brasil ter acesso fácil a medicação nas prateleiras das farmácias, sem nenhum tipo de controle, bem como pode ser encontrado nas prateleiras dos supermercados vários tipos de pesticidas também sem fiscalização de compra. Tramita na câmara de deputados o PL nº 7.029, desde 2006 (ainda sem andamento), que estabelece critérios para o registro, produção e dispensação de medicamentos fracionados, o que seria uma medida de provável impacto no comportamento do brasileiro de armazenar medicamentos. Na prática, não há nenhuma restrição efetiva aos meios, seja por falta de iniciativa ou por morosidade no processo legal.

Além disso, o Brasil está entre os países que mais vende medicamentos, principalmente os antidepressivos. De acordo com o Conselho Federal de Farmácia, a venda de medicamentos cresceu 58% entre os anos de 2017 e 2020 no país. A Anvisa apontou que no ano de 2016, a indústria farmacêutica obteve no país, um lucro de 63 bilhões de reais. Neste sentido, a indústria farmacêutica incorpora a lógica do capital tanto em conseguir o super lucro com o adoecimento da classe trabalhadora, quanto no estímulo e na oferta de produtos que garantam ao capital a manutenção da força de trabalho, apesar do seu adoecimento, uma exploração que atende duplamente as necessidades do sistema vigente.

Desta forma é possível questionar a real eficácia dessas medicações e seus efeitos colaterais, deixando brecha para a possibilidade de que a medicalização da existência não cura o sofrimento, apenas cria um público fiel que se acostumarão a anestesiá-los/silenciá-los a dor, mas

tendo como consequência a alienação do sujeito de si mesmo.

Outro agravante na legislação brasileira nos últimos anos, foi o incentivo e a facilidade para compra de armas. Em 2019, o governo de Jair Bolsonaro aprovou diversas leis e decretos¹⁵ que permitem as pessoas comuns o acesso fácil à arma de fogo. De acordo com dados divulgados pela Polícia Federal (PF) brasileira, entre o ano 2019 e o fim de 2020 a venda de armas no país cresceu quase 200% no país.

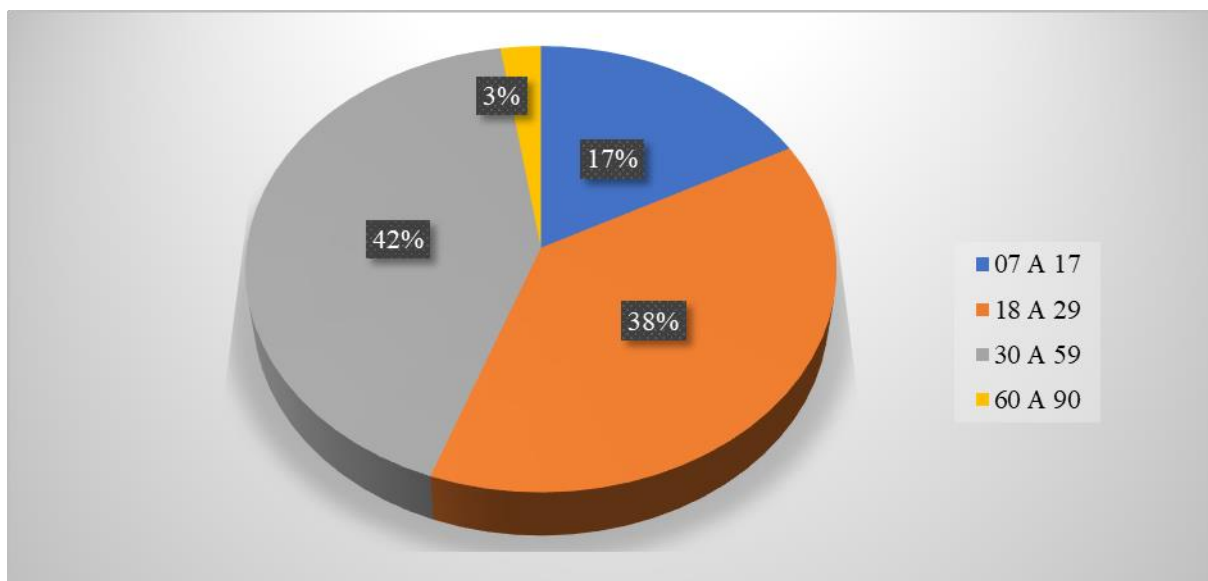
Ainda não há estudos no Brasil que apontem o impacto destas medidas no aumento de casos de suicídio, contudo o relatório do IPEA sobre a legislação desarmamentista divulgado em 2016, aponta que a probabilidade de um cidadão cometer suicídio com uma arma de fogo, aumenta constantemente com os anos de estudo, visto que armas são caras e, conseqüentemente, menos disponíveis para os mais pobres. Em outras palavras, os decretos que facilitam o acesso à população, incluindo a mais pauperizada, ocorre na contramão do que já vinha sendo construído no Brasil.

Cabe salientar, ainda, que estes percentuais apresentados no gráfico 4, são de casos que deram entrada na instituição sabidamente por tentativa de suicídio, isso quer dizer que é possível que outros tantos podem ter ocorrido sem que tenham sido relatados a intencionalidade durante a triagem dos pacientes. Principalmente casos que possam ser confundidos com agressão por arma de fogo, ou arma branca e também acidentes automobilísticos que não aparecem nos indicadores de tentativa de suicídio.

Já a análise acerca dos grupos por faixa etária com maior incidência de violência auto infligidas aponta que são compostas por pessoas em idade produtiva, alcançando um percentual de 42% na faixa etária de 30 à 59 anos de idade. Embora as pesquisas mostrem um alto índice de tentativas de suicídio na terceira idade, na instituição de saúde analisada, este percentual atingiu de 3%, sendo o menor percentual registrado, ficando abaixo até da faixa etária de 07 à 17 anos de idade. Este tema será melhor discutido no próximo subitem deste trabalho. Conforme demonstrado no quinto gráfico:

¹⁵ Lei n.º 13.870/2019. Decretos nº 9.847, 10.627, 10.628, 10.629 e 10.630

Gráfico 5: Faixa etária de tentativas de suicídio atendidas – HETDLGF. Período - 2019 - 2022 (Ago)



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do JC Software

Todavia, apesar de serem dados secundários, os mesmos, indicam que a classe que possui maiores implicações pelo fenômeno do suicídio, é a que está na faixa etária produtiva. Além disso, se considerarmos que a população atendida pela instituição pública de saúde é em sua grande maioria composta por trabalhadores assalariados e/ou desempregados, é possível inferir que as implicações do fenômeno, recai na classe trabalhadora e com o mundo do trabalho, visto que impactos causados pelo neoliberalismo corporativo também perpassa a classe burguesa.

Ao investigar acerca da relação entre o fenômeno do suicídio e o trabalho, Nilson Netto (2013), já apontava que na particularidade brasileira, o fenômeno assumia uma posição relevante, conforme relatado nas palavras do autor:

Xavier (1988) denunciou a ocorrência de mais de uma centena de mortes relacionadas ao trabalho no Brasil somente no setor bancário, entre 1993 e 1995. Destas, pelo menos 72 foram devidas ao suicídio. Uma das cartas deixadas por trabalhadores [...] evidencia significativamente as relações do suicídio com o trabalho. [...] escrita por um trabalhador do BANEBA (Banco da Bahia), em 1993, antes de tirar sua vida: “Este suicídio não tem ninguém culpado, a não ser o BANEBA, pois não suporto mais esta vida de cão [...]”. (NETTO, 2013, p. 129).

De acordo com os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Continuada (PNADC-2019), divulgada pelo IBGE, o cenário do mundo do trabalho brasileiro pré-

pandêmico já se caracterizava pela alta taxa de desemprego, que passou da taxa de 11,19% (2019) e para 13,5% (2020). Além disto, graças as medidas de contrarreforma adotadas pela política neoliberal que aprovou a reforma trabalhista de 2017 e a reforma da Previdência em 2019, 30% da população empregada recebe até um salário mínimo. No Estado da Paraíba o impacto foi ainda maior, a taxa de desemprego passou de 11,6% (2019) para 14,6% (2020). Ainda de acordo com o IBGE, apenas metade da população brasileira, em idade produtiva, estava empregada em 2020: No intervalo de um ano, a população ocupada reduziu 7,3 milhões de pessoas no país, chegando ao menor número da série anual (86,1 milhões). Com isso, pela primeira vez, menos da metade da população em idade para trabalhar estava ocupada no país. Em 2020, o nível de ocupação foi de 49,4%. (IBGE, 2021, s/p)

Fora este elemento, temos ainda o aumento do trabalho informal, ou nas palavras de Abilio (2021) o trabalhador just-in-time¹⁶, que segue a lógica neoliberal apontada por Laval, e Dardot (2016), que transforma o trabalhador em sujeitos empresariais, criando a falsa impressão de serem empreendedores, passam a agir como *uma entidade em* competição e que, por *isso*, deve maximizar seus resultados, expondo-se a riscos, assumindo inteira responsabilidade por eventuais fracassos, sem qualquer garantia de direitos trabalhistas, fenômeno nomeado por Abilio (2016), de uberização do trabalho:

O trabalhador uberizado encontra-se inteiramente desprovido de garantias, direitos ou segurança associados ao trabalho; arca com riscos e custos de sua atividade; está disponível ao trabalho e é recrutado e remunerado sob novas lógicas. Assim, a uberização conta com um gerenciamento de si que, entretanto, é subordinado e controlado por novos meios, que hoje operam pela automatização em dimensões gigantescas de extração e processamento de dados; estão em jogo novas formas de gerenciamento, controle e vigilância do trabalho, por meio das programações algorítmicas (ABILIO, 2019, p. 2).

Raichelis (2021), por sua vez, chama atenção para outra *morfologia* do mercado de trabalho a partir do isolamento social imposto pela pandemia, que foi o trabalho on-line que trouxe ainda mais impacto sobre a vida das mulheres, especialmente as negras e pobres, que ainda são maioria na divisão das responsabilidades com os afazeres domésticos, filhos e família, onde a linha entre o que é espaço público e privado, tornou-se inexistentes. Para a autora, os trabalhadores que tiveram que atuar através das plataformas digitais, foram obrigados a se adaptar rapidamente as novas tecnologias, sem nenhum tipo de capacitação prévia, aumento da carga de trabalho e perda da autonomia dos trabalhadores, nas palavras da

¹⁶ Tradução: No momento certo. Just in time é uma técnica de gestão da produção, que influencia no controle de estoque. É um tipo de metodologia Lean, projetada para aumentar a eficiência, cortar custos e diminuir o desperdício

autora:

O teletrabalho, mediado por plataformas digitais, não apenas favorece novas formas de controle e vigilância dos processos e resultados do trabalho pelo empregador, como transfere o gerenciamento do trabalho para o próprio trabalhador para o alcance de metas de produtividade nem sempre alcançáveis. Nesse tipo de gestão por pressão ocorre a intensificação do trabalho, com impactos na materialidade e na subjetividade dos(as) trabalhadores(as): ampliação da jornada de trabalho para dez, doze horas, fadiga pelo tempo excessivo de permanência em frente à tela do computador, multiplicação do número de reuniões até a exaustão, simbiose entre tempo de trabalho e de não trabalho. (RAICHELIS, 2021, p. 146)

Desta maneira, a autora adverte também para as implicações nocivas das transformações na nova morfologia do trabalho na vida privada dos profissionais, na saúde física e mental dos mesmos. Botega (2015), relata também que estudos realizados no município de Pelotas (RS), demonstraram que em uma amostra de 1.560 jovens, em idade entre 18 a 24 anos, 8,6% tinham risco de suicídio.

Este fator no remete a mencionar que, dentro destes números de violência autoprovocadas atendidos pelo Trauma CG na faixa etária produtiva, encontra-se uma paciente¹⁷ que atentou contra a própria vida, chegando a óbito após alguns dias de internação. Dentro da multicausalidade que perpassaram a motivação do ato, destaca-se a insatisfação verbalizada pela mesma em seu período de internação, com os desafios impostos pelo período pandêmico aos professores da rede pública de ensino. As novas tecnologias, a adaptação do ensino a distância, os desafios que se confrontaram com uma carreira profissional já consolidada foram o estopim para o cometimento do ato, chegando ao desfecho (após dias de internação) ao óbito consumado.

Portanto, o trabalho remoto, apoiado nas TIC, além de se realizar em espaços inadequados (afinal, a casa não foi criada para o trabalho), transfere os custos aos(as) próprios(as) trabalhadores(as) (internet, pacote de dados, manutenção do computador, energia elétrica etc.) e traz maior impacto sobre as mulheres, pois, na tradicional divisão sexual do trabalho, são elas que assumem a responsabilidade pelas atividades domésticas, cuidados com crianças, idosos e doentes, sofrendo maior invasão do tempo de trabalho na vida privada. (RAICHELIS, 2021, p. 146)

Assim, a precarização do trabalho, o aumento do desemprego e as novas configurações do mercado de trabalho, impostos pela política neoliberal, são agravados diante dos desafios impostos pela crise sanitária da Covid-19, principalmente para os grupos mais vulneráveis da população: as mulheres, os mais jovens, os pretos e os com menor nível de escolaridade.

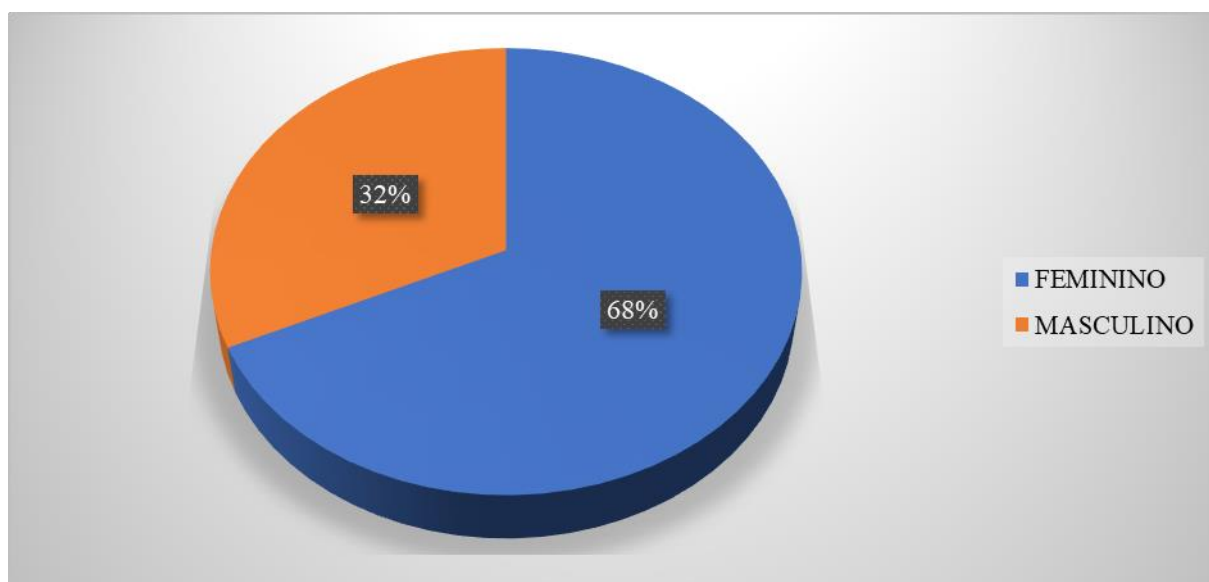
Ou como afirma o próprio Marx (2006), está na natureza de nossa sociedade gerar

¹⁷ Por questões éticas e de sigilo profissional, não será possível detalhar o caso

muitos suicídios. Pois é na relação alienante entre trabalho e trabalhador para garantir as necessidades de manutenção e reprodução do capital, que se estabelece a superexploração da classe trabalhadora e, como consequência os constantes ataques a integridade, seja física ou mental, que pode suscitar atitudes extremadas como no caso, o suicídio.

O sexto gráfico representa que as implicações da violência autoprovocada também recai sobre as questões de gênero, onde 68% das vítimas, no período analisado, são do sexo feminino.

Gráfico 6: Taxa de violência autoprovocada por gênero - HETDLGF. Período 2019 – 2022 (Ago.)



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do JC Software do HETDLGF

Além das questões relacionadas ao trabalho, como demonstrado na análise do gráfico anterior, a violência doméstica contra a mulher também aumentou no período pandêmico.

De acordo com o Mapa da Violência de 2015, o Brasil é um país de extrema agressividade contra as mulheres, com taxa de 4,5 mortes para cada 100 mil mulheres, ocupando a sétima posição em uma lista de oitenta países. Dados divulgados pelo monitoramento do *Um vírus e duas guerras*, feito por parceria entre sete veículos de jornalismo independente, apontam que no país o número de feminicídios reduziu em 11% entre 2019 e 2020, contudo eles alertam que 20 Estados do Brasil não enviaram os dados solicitados, entre estes a Paraíba. Já a Polícia Militar (PM/PB), através do Portal G1/PB, divulgou que só no ano de 2020, 3.932 mulheres registraram boletim de ocorrência por terem sofrido algum tipo de violência doméstica, o que representa em média 10 casos diários.

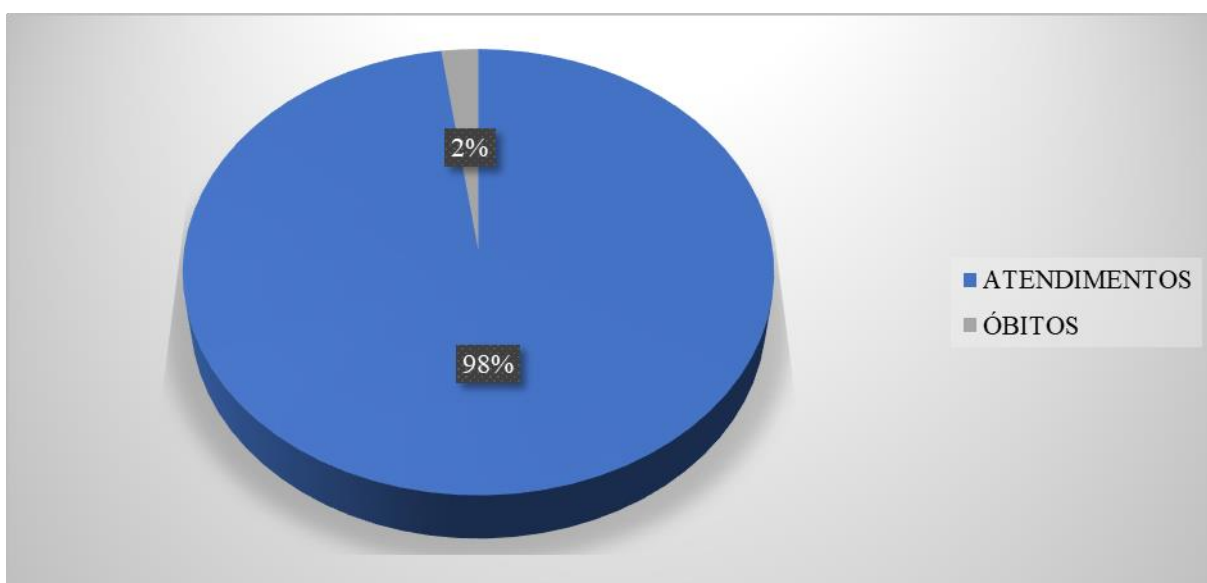
Embora a violência contra a mulher historicamente ocorra a muitos anos dentro do sistema capitalista patriarcal¹⁸, é possível perceber que também foi agravada pelas consequências impostas pela pandemia. Siqueira (2020) destaca que:

As medidas de quarentena impostas como forma de controle da pandemia elevaram o nível de estresse dentro dos lares. Somando-se a isso, o uso indiscriminado de bebidas alcoólicas, o desemprego, a insegurança econômica, o distanciamento de amigos e familiares, a interrupção das redes sociais e de proteção, a sobrecarga de delegacias e hospitais e a falta de vagas nos abrigos, corroboraram para o aumento dos casos de violência física e sexual contra as mulheres em todo o mundo (SIQUEIRA, 2020, p. 218).

Estudos desenvolvidos tanto por Minayo (2003) quanto por Lippi (2003), evidenciam que o percentual de mulheres é maior nas tentantes do que em suicídios consumados. Ambos concluem que existe uma associação muito forte entre a violência autoprovocada e a violência sofrida pela mulher, em diversas faixas etárias, nos âmbitos conjugal e/ou intrafamiliar, com ênfase para os abusos psicológicos e sexuais

Embora os números de tentantes seja alto no estado da Paraíba, conforme demonstrado até aqui, é possível dizer que a maior parte desses usuários que foram atendidos pelo Hospital de Trauma CG, sobreviveram. O sétimo gráfico, demonstra que, no período analisado, noventa e duas vidas foram perdidas, o que representa um total de apenas 2% do total de atendimentos realizados.

Gráfico 7: Taxa de violência autoprovocada por gênero HETDLGF. Período 2019 – 2022



¹⁸ O capitalismo, impregnado pela ideologia patriarcal, reforça o sistema de opressão que subjuga as mulheres. A abordagem de tal problemática se faz indispensável na luta pela equidade de gênero

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do JC Software do HETDLGF

Apesar de, em termos numéricos, representar uma boa estatística, o questionamento correto a ser feito é: o que a instituição e os poderes públicos estão fazendo para resgatar estas vidas que já foram afetadas pelo fenômeno do suicídio? O fenômeno do suicídio está sendo enfrentado de que maneira para evitar que novas vidas se percam pelo mesmo motivo?

4.1 Subnotificação, ausência de fiscalização e a conseqüente invisibilidade do fenômeno do suicídio

Até o momento foram analisados: as implicações do neoliberalismo no adoecimento psíquico da classe trabalhadora, o fenômeno do suicídio como uma das expressões da questão social, a fragilidade da política de prevenção do suicídio, a ausência de articulação da RAPS, a não integralidade dos hospitais de urgência e emergência como porta de entrada no atendimento a psiquiatria e a demanda de atendimento diário de pacientes vítimas de violência autoprovocada no Hospital de Trauma CG. Mas então porque o fenômeno do suicídio não é priorizado pelos gestores da política de saúde brasileira?

Conforme apresentado no terceiro capítulo da presente pesquisa, que trata sobre a legislação da PSM, a notificação dos casos de violência interpessoais e autoprovocadas são de caráter compulsório no Brasil desde 2011, tendo como prazo de 24hs após a identificação do ocorrido, em todos os serviços de saúde públicos e privados do país. De acordo com a cartilha de notificações de violência interpessoais e autoprovocadas, publicada pelo MS em 2017, o objetivo da agilidade na notificação, entre outros, é conhecer a magnitude e a gravidade das violências e identificar os casos que permanecem “ocultos” nos espaços privados e públicos:

Por que é necessário notificar os casos de violências? • Para conhecer a magnitude e a gravidade das violências e identificar os casos que permanecem “ocultos” nos espaços privados e públicos. • Para compreender a situação epidemiológica desse agravo nos municípios, estados e no País, subsidiando as políticas públicas para a atenção, a prevenção de violências, a promoção da saúde e a cultura da paz. • Para intervir nos cuidados em saúde, promovendo atenção integral às pessoas em situação de violência. • Para proteger e garantir direitos por meio da rede de atenção e proteção. O trabalho de cada profissional que atende pessoas em situação de violência é estratégico para o fortalecimento da vigilância e da rede de atenção e proteção. Lembre-se de que a notificação é um elemento-chave na atenção integral às pessoas, retirando os casos de violência da invisibilidade, prevenindo a violência

de repetição e permitindo que a rede de proteção e de garantia de direitos seja acionada e se articule. Notificação: uma ação do cuidado A notificação de violências interpessoais e autoprovocadas exige de profissionais e de gestores(as) da saúde uma postura ética e cuidadosa em relação à pessoa que vivencia situação de violência e à sua família. Ela não pode ser feita a partir de uma lógica burocrática. Ao contrário, notificar os casos de violências implica compromisso com a pessoa que está em sofrimento e que necessita de proteção e cuidado (BRASIL, 2017, p. 9).

Estudos sobre o suicídio apresentados Mynaio (2017) reforçam a importância da notificação imediata, bem como da necessidade da organização das instituições para o cumprimento desta determinação, que possibilite a construção de linhas de cuidado, da sensibilização dos profissionais e da desestigmatização do problema, da definição de fluxos e responsabilidades, articulados numa rede de cuidados e de proteção envolvendo tanto a saúde quanto recursos e estratégias intersetoriais.

A subnotificação e as discrepâncias das fontes de informação não é um problema específico do Brasil, o relatório da OMS de 2002, sobre violência e saúde, já apontava que a maioria dos países não possui dados confiáveis sobre o assunto, e que apenas cerca de 25% das pessoas que tentaram suicídio buscam cuidados em hospitais públicos.

No entanto, foi apresentado no início deste capítulo que no caso da Paraíba, a justificativa apresentada no relatório da OMS não se aplica, pois na realidade investigada a subnotificação não ocorre pela falta de socorro nos hospitais públicos e sim por omissão das notificações dos casos atendidos. Autores brasileiros, já alertavam para a dificuldade dos profissionais de saúde de identificarem e dimensionarem o fenômeno do suicídio. Para Minayo (2003) e Cassorla (1994), razões de tabus e preconceitos fazem com que os suicídios e as tentativas de os cometer sejam intensamente subnotificados.

Outros fatores que levam a subnotificação dos casos, apontados também por Minayo (1998), são os fatores socioculturais devido a forte influência da cultura judaico-cristã. Para ela, os familiares tentam esconder, negociam com quem notifica, revelando as dificuldades microsociais que o lidar com esse fato caso seja revelado. Além disto, sociedade em geral não sabe lidar com os familiares e nem o sujeito que sobreviveu a tentativa de suicídio.

A Notificação é a comunicação obrigatória de determinadas doenças ou agravos às autoridades competentes de saúde. Ela é de responsabilidade do profissional que identificar algum caso de violência deverá iniciar o preenchimento da Ficha de Notificação e encaminhar ao Serviço Social para continuidade do atendimento, que após a identificação dos condicionantes sociais encaminhar o paciente e seu familiares para o atendimento da psicologia. O instrumento de coleta é Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal e auto provocada, esta ficha é aberta e encerrada na mesma data e passa a fazer parte do banco de dados do SINAN. A notificação de casos de violência independe do consentimento ou comunicação ao paciente/vítima (BRASIL, 2016, p. 25).

Cabe lembrar que na busca de enfrentar tais problemáticas, a Lei nº 13.819/19, prevê que os planos e seguros privados de assistência à saúde também não devem realizar a notificação compulsoriamente e no inciso terceiro, afirma que estas têm caráter sigiloso, e as autoridades que a tenham recebido ficam obrigadas a manter o sigilo.

Diante da importância das notificações para dar visibilidade ao fenômeno do suicídio, busca-se aqui demonstrar que os dados registrados no SINAN pelo HETDLGF não correspondem aos dados de atendimentos realizados.

Ainda existe uma grande ressalva para os dados notificados, neles estão inclusos todos os casos de violência interpessoal e autoprovocada, em outras palavras, não é possível identificar no SINAN qual o número real de notificados de violência autoprovocada. Por isto, para fazer este comparativo, também foram somadas todas as entradas de pacientes acometidos das duas formas de violência citadas, conforme tabela abaixo:

TABELA 1:

VIOLÊNCIAS ATENDIDAS X VIOLÊNCIAS NOTIFICADAS			
PERÍODO 2018 - 2022 (AGOS)			
ANO	SINAN	HETDLGF	% NOTIFICADO
2018	174	3117	6%
2019	286	2729	10%
2020	475	2374	20,01%
2021	592	2434	24,32%
2022	207	1220	16,97%
TOTAL	1734	11.874	14,60%

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do JC Software e do SINAN

Os dados apresentados, demonstram que, no período de janeiro de 2018 até agosto de 2022, apenas 14,60% dos casos foram notificados ao sinal, em números reais significa que dos 11.874 casos atendidos, apenas 1.734 foram notificados. Em outras palavras, deixaram de ser notificados 85,35% dos casos de violência atendidos pelo serviço de saúde, o que consequentemente contribui para invisibilidade do fenômeno. Ainda que seja excluído os dados do ano de 2018¹⁹, este percentual ficaria em 17,81%.

É importante perceber que no período de 2020 a 2021, ao contrário da tendência nacional, o volume de notificações de violências aumentou no Trauma CG. Talvez tal

¹⁹ Justificado anteriormente pela falta de filtro adequado no período

elemento revele o impacto na cobrança realizada tanto pela mídia, como pelo consórcio²⁰ formado pelos governadores do nordeste, por dados confiáveis e notificações dos casos de Covid. Assim, entre 2019 e 2020, houve um aumento de 9,9%.

Na segunda tabela, foram desmembrados os números de violência interpessoal e autoprovocada atendidos pelo Trauma CG, e é possível constatar que a violência autoprovocada representa 56,87% dos casos atendidos, sendo um total de 4.290 violência autoprovocada, para 7.543 de violência interpessoal:

TABELA 2

VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS E AUTOPROVOCADAS PERÍODO 2018 - 2022 (AGO)					
ANO	TENTATIVA	AGRESSÃO	ESTUPRO	FAB	FAF
2018	1114	1106	N	384	513
2019	834	1178	4	365	348
2020	770	904	2	323	338
2021	942	908	2	275	299
2022	630	392	1	80	121
TOTAL	4290	4488	9	1427	1619

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do JC Software do HETDLGF

No, já citado, relatório da OMS (2002), afirma que a violência constitui o uso da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. Assim, o setor saúde constitui a encruzilhada para onde convergem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social (OPAS, 1994):

²⁰ O Consórcio Nordeste, desenvolveu e aprimorou alguns instrumentos de gestão. Todos eles validados por leis e resoluções. Vale destacar as seguintes possibilidades de ação, propiciadas por estes instrumentos: realizar estudos técnicos e pesquisas, elaborar e monitorar planos, projetos e programas, inclusive para obtenção de recursos estaduais ou federais; prestar serviços por meio de contrato de programa; assessorar e prestar assessoria técnica aos Estados Consorciados. capacitar cidadãos e lideranças dos Estados Consorciados, servidores do Consórcio ou dos entes federados integrantes do Consórcio; promover campanhas educativas e mobilizar a sociedade civil para a gestão participativa; formular, implantar, operar e manter sistemas de informações articulados com os sistemas estadual e nacional correspondentes; prestar apoio financeiro e/ou operacional para o funcionamento de fundos e conselhos. <http://www.consorcionordeste-ne.com.br/o-consorcio/>

A violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em muitos países (...). O setor Saúde constitui a encruzilhada para onde convergem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social (OPAS, 1994, p. 5).

Uma outra grande preocupação é com o número crescente de violência autoprovocada realizado por crianças e adolescentes. Em primeiro lugar, é preciso desmistificar que crianças não tentam automutilar-se ou intentam o próprio suicídio. De acordo com a pesquisa divulgada por Souza (2010), no Brasil, 43 crianças, entre 0-9 anos de idade, morreram por suicídio no período de 2000 e 2008, uma média de 5 crianças por ano. Parece ser um número pequeno, mas se pensarmos que nesta faixa etária as crianças que são reconhecidas legalmente como sujeito de direito²¹, é espantoso que tanto as famílias, como o Estado falhem no sentido de garantir a sua proteção.

Discutir os múltiplos elementos que podem levar a uma criança ou adolescente a pensar sobre a desistência de viver deve ser prioridade para os gestores, escolas e famílias. De acordo com Kølves (2010), que pesquisou acerca desta temática, um dos primeiros elementos a serem observados são os conflitos familiares, principalmente entre pais e filhos. Além disso, a autora ressalta que estressores externos e violência, por exemplo, são elementos de risco para o suicídio na infância.

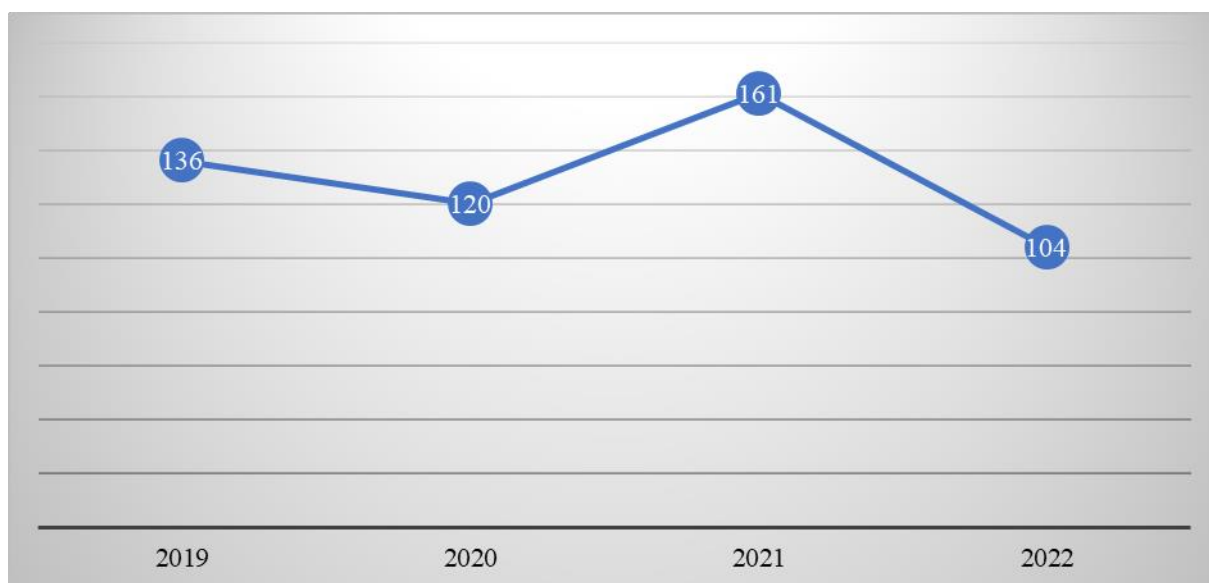
Na mesma linha, Boronat, Nogueira-Lima & Fu-I (2012), indicam que abuso físico da criança, violência sexual, abuso de substâncias alcóolicas em adolescentes, abuso de drogas, estresse pós-traumático em adolescentes, transtornos ansiosos, história familiar positiva para o suicídio e comportamento agressivo e/ou impulsivo, são elementos preponderantes para ideação suicida de crianças e adolescentes. Estas observações nos remetem novamente a Marx (2006), na obra *O Suicídio*, quando afirma que:

Entre as causas do desespero que levam as pessoas muito nervosas-irritáveis a buscar a morte, seres passionais e melancólicos, descobri os maus-tratos como o fator dominante, as injustiças, os castigos secretos, que pais e superiores impiedosos pais (*inflexíveis e receosos, superiores irritadiços e ameaçadores. Peuchet*) infligem às pessoas que se encontram sob sua dependência (MARX, 2006, p. 28).

²¹ O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – Lei nº 8.069. Art. 3º - Crianças e adolescentes gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.

Desta forma, a preocupação com a infância e a adolescência dos paraibanos se materializa quando observados o crescimento de casos de violência autoprovocada, no período de 2019 a 2022, conforme gráfico a seguir:

Gráfico 8: Total de violência autoprovocada – HETDLGF- 07 e 17 anos - Período 2019 – 2022



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do JC Software do HETDLGF

Observa-se que a tendência de crescimento é gradativa no período analisado, pois embora haja uma diminuição no ano de 2022, os dados contabilizados são até o mês de agosto, com uma diferença apenas de 57 casos, o que possivelmente será superado nos quatro meses do ano que ainda restam.

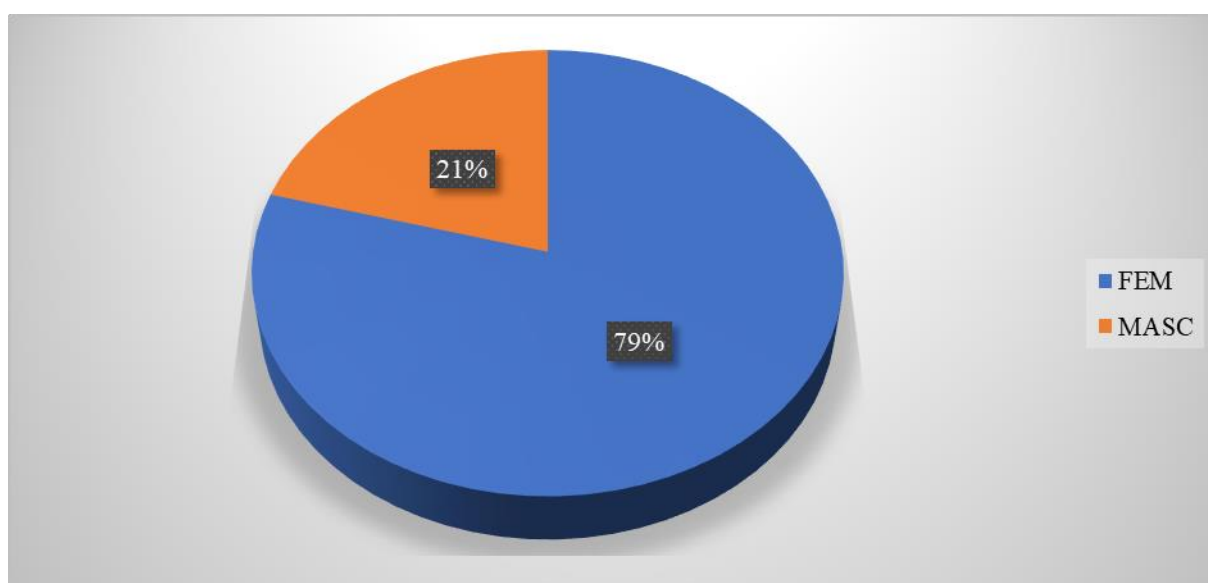
Outro fator relevante que expõe ainda mais a vulnerabilidade da faixa etária discutida, em tempos de avanços e acessos cibernéticos, que tornam ainda maior o risco de crianças e adolescentes buscarem o preenchimento dos vazios emocionais, são apontados por Cassorla (2019):

O vazio pode ser preenchido com álcool e drogas, adição à internet, crenças religiosas e ideológicas fanáticas, e grupos criminosos. As jovens se tornam mais vulneráveis a exposição e ataques pelas redes sociais. A tentativa de suicídio é impulsiva, não planejada. Não costuma levar à morte, ainda que esta possa acontecer [...] evidentemente tais jovens têm essas características potencializadas se vivem em uma sociedade confusa e confusante, em que predominam o desrespeito, a falta de oportunidades e a violência sutil ou manifesta, simulando situações de anomia (CASSORLA, 2019. p. 56).

Os dados de atendimentos também demonstram que a predominância de tentativas de suicídio é três vezes maior no gênero feminino, na faixa etária, maior ou igual, aos 17 anos.

Cassorla (2019), explica que a diferencial interessante entre moças e rapazes, se dá porque diante da ameaça de dessimbiotização²² a moça tenta matar-se. O rapaz por outro lado, ataca o objeto, tenta matar a moça. De acordo com o autor, esse fato nos fornece pistas para compreender a violência contra as mulheres, incluindo seu assassinato. Evidentemente alguns homens podem tentar suicídio e mulheres também podem matar alguém, mas a proporção é menor (CASSORLA, 2019. pág. 57)

Gráfico 9: Taxa de violência autoprovocada, por gênero, pessoas entre 07 e 17 anos - HETDLGF. Período 2019 – 2022



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do JC Software do HETDLGF

Com relação a notificação compulsória junto ao Conselho Tutelar, também prevista na Lei Nº 13.819, nenhum registro ou dado estatístico foi encontrado²³. O MS (2010) ressalta que notificação também faz parte da dimensão da linha de cuidado para atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência, sem estas não é possível traçar um plano ou projeto de ação, que garanta que o conselho tutelar fará

²² Para Cassorla (1996), a tentativa de suicídio deve ser pensada como um fenômeno complexo, onde o processo de dessimbiotização (simbiose entre mãe e filho, principalmente) do objeto amado tem lugar importante, sendo vivido transferencialmente com o analista, o que pode permitir sua elaboração.

²³ O setor do serviço social da instituição não possui arquivo. E também não há registro no sistema intra-hospitalar. Para verificação dos encaminhamentos ao conselho tutelar, seria preciso realizar pesquisa nos prontuários.

acompanhamento destes sujeitos, evitando que a saúde mental seja negligenciada, tanto por parte das famílias, quanto do Estado.

A invisibilidade também se dá por falta de formação dos profissionais acerca do fenômeno do suicídio, isso afeta tanto o entendimento, como na divisão das atribuições e competências de cada categoria profissional. A fragilidade da lei de notificação também é outro fator que leva ao conflito das atribuições, pois ela não regula qual profissional atribui a competência do preenchimento da ficha de notificação. Os manuais e cartilhas disponibilizadas pelo MS, apenas pontua que o primeiro profissional que atender o caso deve realizar a notificação, na prática, diante de um tema tão complexo e recheado por estigmas e tabus, acontece o jogo de empurra e os casos acabam não sendo notificados.

A conscientização da importância das notificações, bem como a formação dos profissionais de saúde a este respeito, caracteriza-se atualmente como uma necessidade urgente no HETDLGF, pois o trabalho de cada profissional que atende o usuário em situação de violência é estratégico para o fortalecimento da vigilância e da rede de atenção e proteção, que devem ser retirados da invisibilidade, prevenindo a violência de repetição ao permitir que a rede de proteção e de garantia de direitos seja acionada e articulada. Porém este não é um problema exclusivo do HETDLGF, a própria cartilha de notificações já alerta acerca das barreiras enfrentadas para que as notificações sejam efetivadas adequadamente: A notificação é uma obrigação institucional, cabendo aos serviços, aos(as) gestores(as) e/ou aos(as) profissionais a responsabilidade de realizar a notificação compulsória em conformidade com a legislação vigente. Compete à gestão local definir estratégias de acompanhamento dos casos e dar suporte aos profissionais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016. p.19).

Vale destacar que a notificação das violências, tanto interpessoal quanto autoprovocadas, é uma exigência legal, fruto da luta contínua das organizações populares e sociais que visam dar visibilidade ao fenômeno. O MS disponibilizou diversos instrumentais que visam orientar os profissionais e os gestores para que as notificações possam instrumentalizar as tomadas de decisões, contudo cabe ao ministério público, especificamente a promotoria da saúde, a fiscalização das informações de saúde.

De acordo com a CF de 88, O Ministério Público é o órgão responsável pela fiscalização da correta aplicação dos recursos públicos, inclusive os da saúde. Atua junto ao conselho de saúde, orientando-o quando necessário, zelando pelo efetivo respeito às ações e serviços de saúde em nível nacional, regional ou local. Assim caberia a ele, o papel de fiscalizar se as notificações estão realizadas conforme prevista em lei.

A única ação do MPPB neste sentido, foi uma nota técnica nº 01/2019, conjunta com

gestores públicos e instituições de saúde da capital, que firma o compromisso com as notificações. Contudo, nem os gestores do município de Campina Grande e nem do HETDLGF foram convocados. Desta maneira, podemos afirmar que não há fiscalização no município a este respeito e como consequência os casos de violência autoprovocadas não estão sendo tratado com a sua devida importância.

4.2 Desafios e possibilidades para o enfrentamento do fenômeno do suicídio enquanto expressão da questão social no Hospital de Trauma de Campina Grande

Os hospitais públicos de urgência e emergência se constituem como ambientes de muita tensão e estresse, tanto para os pacientes e seus familiares, quanto para a própria equipe de saúde. Os desafios e possibilidades que perpassam os serviços de saúde podem ser apontados como multifacetados, desde a estrutura e escassez de material, a alta demanda de pacientes em situações críticas, o baixo dimensionamento de profissionais, até a dificuldade dos profissionais de lidarem com os usuários que chegam no serviço por atentarem contra a própria vida. Diante de tal cenário, o fenômeno do suicídio torna-se um desafio para sociedade capitalista, para a construção de políticas públicas, bem como para toda equipe interdisciplinar.

Dentro da perspectiva crítico dialética, o enfrentamento do fenômeno do suicídio enquanto uma das expressões da questão social, que envolvem as condições materiais de subsistência da população no modo de produção e das relações sociais do sistema capitalista, só serão superadas com a superação do próprio sistema capitalista. Contudo esta possibilidade está longe de acontecer a curto e médio prazo. Neste sentido, é preciso pensar alternativas de enfrentamento que possibilitem na contemporaneidade.

O fenômeno do suicídio é um ato que pode ser prevenido, assim faz-se necessário que os governos – através de suas políticas públicas invistam recursos humanos e financeiros na prevenção do suicídio. Desta maneira, as possibilidades concretas que se apresentam, dentro do sistema vigente, para o enfrentamento do fenômeno do suicídio nos serviços de saúde hospitalar de urgência e emergência, perpassam a construção de políticas públicas transversais que sejam articuladas intersetorialmente e que possibilitem desde a sua implantação até a sustentabilidade dos planos nacionais prevenção da violência, em particular no Hospital de Trauma de Campina Grande.

Assim, o primeiro desafio que será apontado é também o que mais facilmente pode ser apontado como possibilidade de enfrentamento: dar visibilidade ao fenômeno do suicídio a partir da imediata melhoria na implementação da coleta de dados sobre violências e na ampliação da capacidade de análise dos dados existentes.

Neste sentido o HETDLGF, iniciou no mês de setembro de 2021, mês alusivo a prevenção do suicídio, para divulgar os dados de atendimento, na intenção de provocar o debate público, interno e externo, acerca da temática. De acordo com a matéria publicada pelo Portal do Governo do Estado da Paraíba, em setembro de 2021, a instituição de saúde promoveu um debate sobre a prevenção do suicídio e na oportunidade, e na ocasião apresentou os dados relacionados às tentativas de suicídio atendidas pela instituição e as ações desenvolvidas junto aos colaboradores.

De acordo com a assistente social do Trauma-CG, Mairan Agra, a apresentação dos dados para a equipe interdisciplinar é essencial para o conhecimento da realidade dos atendimentos realizados, construindo assim uma identificação entre funcionários e usuários. “Nesta ocasião iremos trazer para os colaboradores a importância de um atendimento humanizado e qualificando aos profissionais para o reconhecimento das questões relacionadas ao comportamento suicida”, afirmou Agra (PARAÍBA, 2021, s/p)

Contudo esta ação não foi suficiente para superar o baixo número de notificações junto ao SINAN, por isso o segundo maior desafio apresentado é a capacitação da equipe multidisciplinar e a divisão de atribuições para que as notificações sejam realizadas. A melhoria da qualidade da informação é um dos elementos fundamentais para dar mais precisão aos processos de tomada de decisão. Ao abordar essa questão considera-se que o acesso à informação é direito essencial a todo e qualquer cidadão, tanto no que se refere ao conhecimento sobre o fenômeno quanto no compartilhamento de propostas de ações de prevenção por parte das instituições e da sociedade civil (BRASIL, 2005, p. 314)

A educação permanente em saúde ainda é um dos grandes desafios do SUS, em particular a capacitação de gestores e trabalhadores de saúde na análise de dados e vigilância de violências. Vale ressaltar, que a quem recai responsabilidade sobre o preenchimento da ficha de notificação ainda é um grande desafio deste processo, visto que sem ela, a maioria dos profissionais se eximem de tal demanda e não há profissional que possa ser diretamente cobrado, ficando a cargo da livre consciência de cada um.

Identificamos assim, o terceiro desafio que é a compreensão por parte dos profissionais de saúde acerca da temática do suicídio. As dificuldades dos profissionais em lidar com os diferentes aspectos relacionados à morte, e em especial a tentativa de morte autoprovocada, faz com que muitos dos usuários atendidos sintam-se revitimizados pela equipe.

A Pesquisa desenvolvida por Vidal, Gontijo, & Lima (2013), investigou, a partir da percepção do usuário, como se dá o acolhimento aos indivíduos que tentam suicídio. Apontaram que algumas tentativas de suicídio são vistas pelos profissionais de saúde como manifestações históricas e essa percepção desencadeia atitudes hostis e desumanizadas por parte da equipe de saúde, particularmente quando o risco de vida é mínimo ou nulo. Tais atitudes acentuam a desesperança dos pacientes e representam oportunidades perdidas para instituir o tratamento ou o encaminhamento para serviços de saúde mental.

Algumas iniciativas de formação foram desenvolvidas em parcerias entre o MS e a Fiocruz, contudo nenhum curso de curta duração ou de especialização foi ofertado desde 2016. Fora isso, faz-se necessário incluir também no currículo da formação, nas instituições de ensino e pesquisa, de todos os profissionais de saúde, uma disciplina que aborde a temática da violência nas dimensões da vigilância, prevenção e promoção de saúde. No HETDLGF, esta formação interdisciplinar está prevista pelo Núcleo de Educação Permanente – NEP, com previsão para início em 2023.

No tocante ao desenvolvimento de estudos e pesquisas, o quarto desafio se materializa também como possibilidade: o incentivo a projetos de extensão e de implantação de serviços, em parceria com as universidades, que tenham como prioridades o apoio a pesquisas sobre o fenômeno do suicídio, causas, consequências, custos e atividades de prevenção da violência autoprovocada. Por este motivo o processo de educação permanente deve estar atrelado aos processos educativos formais: residências, especializações e aos processos de aprendizagem vivenciados no cotidiano do trabalho, frente ao contato e troca de experiências multiprofissionais com os pacientes (Bonfim, Bastos, Góis, & Tófoli, 2013). Uma lacuna ainda em aberto no Hospital de Trauma de Campina Grande.

O quinto desafio também se apresenta como possibilidade concreta: a implantação dos Núcleos de Prevenção à Violência nos Estados e Municípios, previsto na Portaria Nº 936/2004 do Ministério da Saúde, como parte das ações para promoção da cultura de paz. Na Paraíba, ação semelhante foi instituída, em 2019, através da criação do serviço intitulado “Patrulha Maria da Penha”, que tem como objetivo oferecer acompanhamento preventivo periódico e garantir maior proteção apenas às mulheres em situação de violência doméstica e família, além disso, não está vinculado ao serviço de saúde de urgência e emergência, não incluindo as vítimas de violência autoprovocada na sua totalidade.

Os Núcleo de combate à violência, fazem parte da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências do Sistema Único de Saúde (PNRMAV/SUS), que tem como diretrizes: a promoção e adoção de comportamentos e ambientes seguros e

saudáveis; o monitoramento da ocorrência de acidentes e de violências; a sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; a assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e violências; a estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação; a capacitação de recursos humanos; e o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Destaca-se aqui o sexto desafio importante: a humanização no atendimento dos pacientes vítimas de violência autoprovocada. Criar possibilidade de enfrentamento a este desafio torna-se diretriz fundamental para todos os desafios anteriores, é possível abordar alguns problemas existentes na tentativa de suicídio por meio de assistência adequada oferecida no âmbito hospitalar e, assim, garantir a adesão ao tratamento e a qualidade de vida para essas pessoas.

Para alcançar a integralidade no cuidado de pessoas, grupos e coletividade é necessário visualizar o paciente como indivíduo histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade no qual se insere, de modo que o atendimento integral extrapole a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência de saúde, prolongando-se pela qualidade real da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do sistema de saúde e pelo compromisso com o contínuo aprendizado e com a prática multiprofissional (MATTOS, 2004, p. 104).

Neste sentido, a criação de um Núcleo Interdisciplinar de combate à violência interpessoal e autoprovocada no âmbito do Hospital de Trauma de Campina Grande, torna-se uma possibilidade de grande importância para que os usuários possam ter uma assistência mais qualificada e humanizada das demandas individuais de cada um, fortalecimento das respostas assistenciais de saúde às vítimas da violência em seu aspecto biopsicossocial, possibilitando articulação da rede de serviços intersetorial na busca de parcerias e de respostas integradas.

Considerando a relevância do bem-estar do paciente, é preciso que a equipe de saúde tenha competência técnica e utilize instrumentos de avaliação que permitam um diagnóstico abrangente das condições físicas, psíquicas, sociais e de recursos de saúde, que colaborem no conhecimento da vulnerabilidade desse paciente, estando este em qualquer área de atenção à saúde e, principalmente, se estiver em unidade hospitalar. Capacitado, o profissional será capaz de verificar a existência de possíveis vulnerabilidades nessa população assistida (VIDAL e GONTIJO, 2013, p. 110 - 111).

Visto que as múltiplas expressões da questão social exigem abordagens dos diversos saberes e práticas na construção integral de soluções, conforme apontam Junqueira (2004), a ação intersetorial surge como uma nova possibilidade de resolução de problemas sociais, buscando aperfeiçoar recursos e soluções integradas.

A intersectorialidade implica, outrossim, novo formato de planejar, executar e controlar a prestação de serviços, objetiva superar as iniquidades, buscar acesso igual para os desiguais. Nesse sentido, exige-se articulação de saberes e experiências, estabelecimento de parcerias e redes sociais. As redes sociais, por sua vez, buscam, com ações integradas, superar problemas e estabelecer acordos de cooperação, aliança e reciprocidades, para definir seus objetivos de forma coletiva e articulada (JUNQUEIRA, 2004, p. 25)

Incluir os serviços de saúde hospitalar de urgência e emergência na complexidade efetiva da rede de combate a violências abre-se à realização de suas possibilidades e limites mediante a construção, contínua, de espaços capazes de potencializar ações conjuntas e de fazer fluir as informações e subsidiar uma assistência de maneira ampliada e estratégica. Essa nova possibilidade de articulação em rede requer a inclusão de instituições, parcerias com a sociedade civil e com sujeitos que se mobilizem em torno do tema da violência, em particular autoprovocada, que se disponham a pesquisar, monitorar, avaliar e promover a materialização de ideias, fomentando a distribuição de responsabilidades, a tomada democrática de decisões, controles coletivos sobre as deliberações realizadas e das avaliações sistemáticas dos resultados obtidos. Conforme apontam Vidal, Gontijo, & Lima:

Diante dos pacientes que tentaram o suicídio, é relevante que o planejamento das práticas de saúde direcione o acesso universal aos serviços de saúde almejando a integralidade do cuidado. Dessa forma, é essencial a capacitação dos profissionais de saúde da atenção básica, das unidades de emergência e dos serviços de saúde mental, os quais deveriam se articular de forma organizada e resolutiva dentro da rede social e de saúde (VIDAL, GONTIJO, & LIMA, 2013 p.175).

Cecílio (2001), também aponta a necessidade da integralidade como possibilidade de uma assistência em rede e da junção dos saberes em prol dos usuários para que seja visto como um ser humano integral submetido a diferentes situações de vida e trabalho, que o levam a adoecer e a desejar morrer.

A integralidade do cuidado deve ser vista em rede, fazendo que a equipe do serviço de saúde, por meio da articulação de suas práticas, consiga escutar e atender, da melhor forma possível, as necessidades advindas do processo de saúde/doença trazidas pelo paciente. Tal dinâmica existente no cotidiano dos hospitais é um aspecto central cada vez mais a ser considerado na discussão da integralidade e na sua correlação com o processo de gestão. Uma coisa é pensar o trabalho em equipe como a somatória das ações específicas de cada profissional e como linha de montagem do tratamento da doença, tendo a cura como ideal, outra, é pensar arranjos institucionais, modos de operar a gestão do cotidiano sobre a micropolítica do trabalho que resultem em uma atuação mais solidária e concertada advinda do grande número de profissionais envolvidos no cuidado (CECÍLIO, 2001, p. 116).

A Anvisa também elenca como uma das práticas seguras para prevenção de suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano auto infligido em serviços de saúde, ou seja, as que possam ocorrer durante o período de internação dos usuários, no âmbito da rede hospitalar. Em setembro de 2020, foi publicada a NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/Anvisa Nº 09/2020, que atribui aos Núcleo de Segurança do Paciente - NSP, das instituições públicas e privadas, criar protocolos de barreira que previnam sua ocorrência. Na referida nota consta que cabe ao NSP, entre outras atribuições:

Manter o sistema de vigilância, monitoramento, prevenção e mitigação do risco de eventos catastróficos (never events) ao SNVS, incluindo suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano autoinfligido ocorridos em serviço de saúde; Notificar os incidentes relacionados à assistência à saúde e eventos catastróficos, como suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano autoinfligido ocorridos na instituição, ao SNVS, por meio do sistema Notivisa; Reforçar o sistema de vigilância, monitoramento e investigação de incidentes relacionados à assistência à saúde, além de eventos catastróficos (never events) e óbitos ocorridos na instituição; Utilizar métodos para análise de risco e determinação de medidas corretivas e preventivas para a redução dos riscos, visando à melhoria da qualidade e segurança do paciente em serviços de saúde; Promover o estabelecimento e a sustentação de uma cultura de segurança, com ênfase no aprendizado e engajamento dos profissionais na prevenção de eventos catastróficos, evitando-se os processos de responsabilização individual; Reforçar a participação de pacientes, familiares e acompanhantes na assistência segura ao paciente; Monitorar os indicadores de segurança do paciente, incluindo os de prevenção de suicídio em serviços de saúde (ANVISA, 2020, p. 7).

A partir da publicação da referida nota e diante da complexidade que envolve o fenômeno do suicídio, a vulnerabilidade dos usuários em crise e o risco de uma nova tentativa intra-hospitalar, o NSP do HETDLGF criou o primeiro protocolo de prevenção do suicídio de pacientes, que foi revisado posteriormente em 2022. Com base nas orientações estabelecidas na nota técnica:

Em serviços de saúde, os profissionais da assistência devem ser alertados para a identificação do risco de suicídio em três grupos de pacientes admitidos em unidades gerais e psiquiátricas: Pacientes em recuperação de tentativa de suicídio que não são admitidos em uma unidade; Pacientes que apresentam delírio e/ou demência associada com agitação e impulsividade e usuários de drogas psicoativas; e Pacientes com doenças crônicas e/ou em uso de medicamentos que podem promover a ideação suicida como reação adversa, e os pacientes que foram recentemente diagnosticados com doenças graves e/ou incuráveis. Sabendo-se que o suicídio é evitável e que pacientes com este risco atendidos no sistema de saúde devem receber cuidados baseados em evidências, torna-se imprescindível o estabelecimento da identificação e avaliação de risco para prevenção deste evento catastrófico em serviços de saúde (ANVISA, 2020, p. 9)

Além da classificação do risco eminente de suicídio que deve ser realizada em todos os pacientes da instituição, pelo setor da psicologia, o protocolo também prevê condições

adequadas para internação destes pacientes: evitar isolamento; proteger leitos de pacientes em contenção com grades; monitorar os efeitos dos medicamentos; envolver o paciente em seu tratamento quando possível e ajudar a manter uma rede de apoio próxima, entre outros e o acompanhamento/monitoramento.

Em consonância com esta política, a assistência ao paciente é o objetivo primordial e deve se pautar nos seguintes princípios: respeito, atenção, ética, atendimento humanizado, sigilo, privacidade, evitar revitimização, evitar qualquer preconceito, discriminação ou julgamento, atendimento em equipe multiprofissional, constituindo-se de acolhimento com escuta qualificada, exame clínico minucioso, anamnese, procedimentos terapêuticos, orientações e encaminhamentos se necessário (PARAIBA, 2022, p. 3).

O protocolo também prevê capacitação dos profissionais envolvidos e a criação de grupos de estudos sobre a temática. No entanto, estas iniciativas são bem recentes e ainda não conseguiram ser efetivadas.

Desde então, apenas dois casos de tentativa de suicídio intra-hospitalar correram no HETDLGF e ambos foram registrados e notificados tanto ao SINAN, quanto ao sistema de notificação de eventos adversos do Ministério da Saúde.

Por fim, o sétimo desafio: Construir uma política de prevenção do suicídio que seja transversal, que envolva não apenas a política de saúde, mas também a assistência, a previdência, a habitação, a geração de empregos, entre outras. A presente pesquisa não se propôs a trazer as falas dos pacientes atendidos pela instituição, por questões de cunho ético, mas a partir da práxis enquanto assistente social da instituição foi possível identificar que muitas das decisões em atentar contra a própria vida estavam relacionadas à alguma outra expressão da questão social, o desemprego, a falta de moradia, de condições de subsistência, de violências sexuais, de homofobia etc.

Nesta perspectiva, o fenômeno do suicídio não está necessariamente atrelado apenas a saúde mental e sim as condições materiais de subsistência em um sistema excludente que diz diariamente aquelas pessoas que elas não são boas o suficiente para existir neste mundo. Cavalcante e Minayo (2012) apontam que:

Neste momento, os traços psicológicos se articulam com os biográficos, socioeconômicos e culturais. Esse procedimento analítico propicia uma visão holística do tema contrapondo-se à tendência unidimensional de muitos estudos que tratam as causas do suicídio como tópicos isolados e não como fatores múltiplos, interativos e que competem entre si, tornando as pessoas progressivamente mais vulneráveis (CAVALCANTE E MINAYO, 2012, p. 204)

Deste modo, os desafios e possibilidades de enfrentamento ao fenômeno do suicídio no

presente sistema capitalista, perpassa a reivindicação da valorização da vida e o bem-estar de sujeitos e coletivos.

Isso nos leva novamente à percepção de que o sofrimento psíquico está associado a fatores sociais, como a falta de condições objetivas de reprodução material da vida; a desigualdade de acessos e condições de vida; as opressões de cunho racista, machista, lgbtfóbico, capacitista, classista, entre outras violências estruturais de nossas relações. Deste modo, reivindicar de fato a valorização da vida deve passar, necessariamente, pela defesa de um modo de vida que privilegie o bem-estar de sujeitos e coletivos; que acolha e promova os direitos humanos e as diversidades; que compartilhe condições de moradia digna, alimentação, Sistema Único de Saúde público e universal, com atendimento em saúde mental na perspectiva antimanicomial, trabalho protegido, educação de qualidade social, políticas econômicas e sociais que atendam às necessidades de todas as pessoas (ASBP, 2022, s/p).

Todos os sete desafios aqui elencados e suas possibilidades de enfrentamento então intrinsecamente ligados, não é possível criar uma política de saúde voltada a prevenção e a promoção da saúde a partir da expressão da questão social do fenômeno do suicídio que seja transversal a outras políticas públicas, sem ter dados confiáveis para embasar a criação de um serviço intra-hospitalar de combate as violências, sem capacitar a equipe interdisciplinar para fazer uma análise de dados assertiva e realizar um atendimento humanizado centrado na segurança do paciente, bem como o desenvolvimentos de estudos e pesquisas acerca da temática.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O movimento da pesquisa, bem como da escrita é algo que passa por constantes transformações, com este estudo não foi diferente. Aqui não pretendemos indicar caminhos definitivos acerca do fenômeno do suicídio enquanto uma das expressões da questão social, isto porque as reflexões que permeiam o desenvolvimento do trabalho apontaram para a necessidade de novas investigações mais aprofundadas. O objetivo desta pesquisa foi trazer a temática para o debate e abrir novas possibilidades de investigações, particularmente dentro do âmbito do serviço social que pouco tem discutido ou produzido acerca da temática.

Diante do conjunto de elementos expostos e articulados de forma dialética, a partir das categorias questão social, trabalho, fenômeno do suicídio e Neoliberalismo, foi possível verificar as relações que culminaram na desumanização dos sujeitos, o não reconhecimento enquanto classe trabalhadora dominada pelos interesses e manutenção de poder da classe burguesa, que o tornaram sujeitos coisificados e despersonalizados de autonomia e liberdade

de escolha. Nesta direção, o suicídio é um fenômeno que assume um perfil singular diante do desenvolvimento do capitalismo, pois, conforme apontou Marx (2006), o suicídio não é, de modo algum, antinatural, pois diariamente somos suas testemunhas, e ainda acrescentou o autor que, está na natureza de nossa sociedade gerar muitos suicídios.

Desta forma, o fenômeno do suicídio, bem como o adoecimento mental da população de ser entendido como parte da realidade concreta da exploração capitalista. A multicausalidade de fatores não pode ser desconsiderada, porém limitar a análise apenas a fatores biológicos e individuais isolados, sem excluir o caráter histórico e social. E seu enfrentamento, enquanto uma das expressões da questão social, particularmente no capitalismo contemporâneo que foi perpassado por um longo processo de ofensivas neoliberais, que fragmenta e desmonta as poucas garantias sociais conquistadas ao longo de anos de luta da classe trabalhadora, expõe sua face mais perversa, onde o adoecimento físico e mental dos sujeitos recai na conta do próprio trabalhador, como a exigência de que estes tenham condições subjetivas de enfrentar tamanha exploração.

Reforçasse aqui a ideia de Dardot e Laval (2016), quando afirmam que o realmente está em jogo no neoliberalismo, é a forma como somos levados a nos comportar, a nos relacionar com os outros e com nós mesmos, impostas por eles. O super lucro do capital, materializado na indústria farmacêutica que duplamente mantém a classe trabalhadora apta para o trabalho a partir das pílulas mágicas que dopam a dor da existência e os faz produzir acreditando que são coparticipantes do sistema vigente.

Assim, propomos a inversão do ponto de análise para pensar sob outra perspectiva, para além da psic que foi normatizada como a forma mais aceitável de pensar o adoecimento mental da população, o modo de produção e reprodução da vida social na sociedade capitalista. Conforme apontado por Tonet:

[...] uma compreensão de qualquer fenômeno social que tenha como ponto de partida ou pressuposto a raiz da realidade social, vale dizer, as relações que os homens estabelecem entre si na produção dos bens materiais necessários à sua existência. Isso implica a compreensão do processo histórico e social, com todas as suas mediações, que resultou naquele determinado fenômeno. Constatar o caráter histórico e social de todos os fenômenos sociais significa, por sua vez, fundamentar a possibilidade de uma transformação também radical do mundo (TONET, 2013, p. 66).

Como saída, talvez, e fica mesmo na casa da suposição, seja possível a construção de políticas públicas que encarem o fenômeno do suicídio também enquanto um adoecimento social, no qual é imposto aos sujeitos, em particular a classe trabalhadora, um modelo de

produção das relações sociais, submetido à dominação aos interesses e do favorecimento da classe dominante, pelos quais a classe trabalhadora se encontra numa posição de subordinação e de superexploração. Sabemos que, no campo do ideal, a superação do sistema capitalista seria o mais apropriado, mas muito longe de se materializar-se nas atuais configurações do sistema vigente, diante da complexidade e dos interesses das classes envolvidas. Pois conforme afirma Marx:

Cada indivíduo está isolado dos demais, é um entre milhões, numa espécie de solidão em massa. As pessoas agem entre si como estranhas, numa relação de hostilidade mútua: nessa sociedade de luta e competição impiedosa, de guerra de todos contra todos, somente resta ao indivíduo ser vítima ou carrasco. Eis, portanto, o contexto social que explica o desespero e o suicídio. (MARX, 2006, p. 16).

Encerro este processo convidando o leitor à reflexão, façamos um pacto parafraseando a famosa frase de Conceição Evaristo, eles combinaram de nos matar. Mas nós precisamos resistir e pactuarmos a sobrevivência. É exatamente sobre o nosso viver, sobre as nossas condições objetivas de sobrevivência, sobre darmos condições iguais aos desiguais, sobre como iremos viver e transformar este mundo em um mundo melhor, onde todos se sintam parte e incluídos no processo civilizatório. É sobre construirmos juntos uma política de prevenção ao suicídio que seja transversal que perpassa o tripé da seguridade social (saúde, assistência e previdência). O fenômeno do suicídio não será combatido se continuarmos estigmatizando os indivíduos como loucos ou tratando como doença mental, ignorar a fome, a violência, a miséria, o desamor, o desemprego como fatores que fazem com que o sujeito não veja sentido no viver, é condenar estas pessoas a morte, às vezes lenta, às vezes em vida e outras vezes trancafiadas nos muros na incompreensão seletiva

Partindo do princípio de que foi o próprio capitalismo quem fomentou o exército industrial de reserva, que instituiu a miséria como um mal necessário à sua manutenção, onde as guerras são orquestradas para geração do superlucro e que a própria morte é vista como uma seleção natural dos mais fortes, atentar contra a própria vida para o capital é vencer a guerra contra a humanidade.

Escolher viver em uma sociedade que foi alicerçada na exploração de uma classe, é realmente um ato de rebeldia. Assim, a crítica radical à sociedade burguesa e seus valores, é conforme Marx nos ensinou “[...] a classificação das causas do suicídio é uma classificação dos males da sociedade burguesa moderna, que não podem ser suprimidos sem uma transformação radical da estrutura social e econômica” (MARX, 1846, p. 16).

REFERÊNCIAS

- ABILIO, L. C. (2019). Uberização: **Do empreendedorismo para o autogerenciamento subordinado**. *Psicoperspectivas*, 18(3). <http://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivasvol18-issue3-fulltext-1674>
- AMARANTE, P.D.C. (coord.) **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.
- _____. **A clínica e a Reforma Psiquiátrica**. In: AMARANTE, P. (Org.) *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003. p. 45-66.
- _____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- ALVES, G. **A esfinge do neodesenvolvimentismo e a miséria do trabalho no Brasil (2003-2013)**. In: MACÁRIO, E.; VALE, E. S.; RODRIGUES JR, N. (Orgs.). *Neodesenvolvimentismo, Trabalho e Questão Social*. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2016a. p. 101- 125.
- _____. **O Golpe de 2016 no Contexto da Crise do Capitalismo Neoliberal**. Blog da Boitempo, São Paulo, 2016b. Disponível em: <https://blogdaboitempo.com.br/2016/06/08/o-golpe-de-2016-no-contexto-da-crise-do-capitalismo-neoliberal/>. Acesso em: 27 out. 2016.
- ANDERSON, Perry. **Balanco do neoliberalismo**. In: SADER, Emir & GENTILI, Pablo (orgs.) *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.
- ANVISA. **NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/Anvisa N°09/2020. Práticas seguras para prevenção de suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano auto infligido em serviços de saúde**. Brasília: ANVISA; 2020
- ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. 2. ed. [10. reimpr. rev. e ampl.]. São Paulo: Boitempo, 2009. (Coleção Mundo do trabalho).
- BASAGLIA, F. In: COOPER, D. et al. (Orgs.). **Psiquiatria e Antipsiquiatria em debate**. Porto: Edições Afrontamento, 1977. p. 39-42.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 1.271**, de 6 de junho de 2014. Define a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. 2014a. Disponível em: Acesso em: Junho de 2021.
- _____. **Acolhimento: postura e prática para um SUS humanizado**. In: *Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS*. – Brasília: 2009a. p.7-8.

_____. Ministério da Saúde. **Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental.** Brasília: [s.n.], 2006b. 76p

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva: instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada** 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Suicídio: saber, agir prevenir.** Boletim Epidemiológico: Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde, 48(30). Brasília. 2017.

_____. **Política Nacional de Humanização – HUMANIZASUS.** Documento de base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília. 2008

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 340 p.

_____. **Lei nº 8.080 de 19/09/ 1990.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1990

_____. **Lei nº 13.819 de 29/04/2019.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2019

_____. **Portaria GM/MS 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: Acesso em: 20 set. 2020.

_____. **Portaria MS/GM Nº 1.600,** de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).

_____. **Portaria MS/GM Nº PORTARIA Nº 3.088,** DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

_____. **Portaria MS/GM PORTARIA Nº 2.395,** DE 11 DE OUTUBRO DE 2011. *Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).*

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 22 p.: il.

BRASÍLIA. **Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal/** Laurez Ferreira Vilela (coordenadora) – Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2009. 68p.

BEHRING, E.R. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. **Política social no contexto da crise capitalista**. In: Serviço social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. Disponível em: http://canaldoassistentesocial.com.br/wpcontent/uploads/2018/04/4_Politica_Social_no_Contexto_de_Crise_Capitalista.pdf

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social: Fundamentos e História**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2006. (Biblioteca Básica de Serviço Social; v. 1

BOTEGA, Neury. **Comportamento suicida: epidemiologia**. Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v25n3/0103-6564-pusp-25-03-0231.pdf>>

BRAVO, M. I. **Saúde e Serviço Social no Capitalismo: fundamentos sócio histórico**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

BRAVO, M. I. S; PELAEZ, P. **As contrarreformas na política de saúde no governo Temer**. Argumentum, Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018

BRITO, Fátima Saionara Leandro. **Nas travessias da memória: as cores do comunismo**. História Oral: Revista da Associação Brasileira de História Oral. v. 12, n.1-2, jan-dez. 2009. Rio de Janeiro: ABHO, 2009.

BRETTAS, Tatiane. **Capitalismo Dependente, Neoliberalismo e financeirização das políticas sociais no Brasil**. Temporalis, Brasília, ano 2017, n.34, p.53-76.

BRUM, Eliane. **Doente de Brasil**. El País Brasil, 2 ago. 2019. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2019/08/01/opinion/1564661044_448590.html.

CAMUS, Albert. **O mito de Sísifo**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1942

CASSORLA, R. M. S.; SMEKE, E. L. M. **Auto-destruição Humana**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 10, p. 61-73, 1994. Suplemento 1

_____. **Suicídio Em busca do objeto idealizado**. Revista Brasileira de Psicanálise · Volume 53, n. 4, 49-65 · 2019

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. 12. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2015.

CASTELO, Rodrigo; RIBEIRO, Vinicius; ROCAMORA, Guilherme de; **Capitalismo dependente e as origens da “questão social” no Rio de Janeiro**. São Paulo, Serviço Social & Sociedade, n.137, p. 15-34, jan/abr. 2020

CAVALCANTE FG, MINAYO MCS. **Organizadores psíquicos e suicídio: retratos de uma autópsia psicossocial**. In: Almeida-Prado MCC, organizador. *O mosaico da violência*. São

Paulo: Vetor; 2004. p. 371-343.

CECÍLIO, L. C. O. (2001). **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integridade e equidade na atenção em saúde.** In R. Pinheiro & R. A Mattos (Orgs.), Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde (pp. 113-126). Rio de Janeiro: ABRASCO.

CIRILO, Livia Sales. **Novos tempos: saúde mental, CAPS e cidadania no discurso de usuários e familiares.** Dissertação apresentada ao Programa Pós-Graduação Interdisciplinar em Saúde Coletiva para obtenção do título de mestre pela Universidade Estadual da Paraíba – UEPB. Campina Grande, 2006.

COSTA, Pedro Henrique Antunes da. MENDES, Kíssila Teixeira. **A morte como força produtiva no capitalismo brasileiro.** Revista Fim do Mundo, nº 4, jan/abr 2021

COUTINHO, Carlos Nelson. **As categorias de Gramsci e a realidade brasileira.** In

COUTINHO, C.N e NOGUEIRA, M.A (Org). Gramsci e a América Latina. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988, p. 103-127.

CHAGAS, Eduardo F. **“Bases para uma Teoria da Subjetividade em Marx”** In: MENEZES, Ana M. D.; BEZERRA, José E. B.; SOUSA JUNIOR, Justino. (Orgs.). Trabalho, Educação, Estado e a Crítica Marxista. Fortaleza: Edições UFC, 2012

_____. **O indivíduo na teoria de Marx.** 2012.

DARDOT Pierre; LAVAL, Cristian. **A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal.** 1ª ed. São Paulo: Boitempo, 2016.

DEJOURS, C.; BÈGUE, F. **Suicídio e trabalho: o que fazer? Sobradinho (DF):** Paralelo 15, 2010.

DELGADO, Guilherme C. **Questão agrária no pós-guerra e sua configuração contemporânea.** Brasília, abr. 2004 (Versão não publicada)

DUNKER, C. I. L. **Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros.** São Paulo: Boitempo, 2014.

DURKHEIM, E. (2004) **O suicídio: estudo sociológico.** Trad. N. C. Caixeiro. Rio de Janeiro: Zahar, (Obra original publicada em 1897).

DRUCK, F.T.; SILVA G.S. **As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado.** Rev Bras Saúde Ocup. 2010; 35(122):229-248.

ENGELS, F. **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra.** São Paulo: Boitempo, 2010.

FAGNANI, E. **O fim de um ciclo improvável (1988-2016) – a política social dos governos petistas e a derrocada da cidadania pós-golpe.** Campinas: IE-UNICAMP (Texto para Discussão 300). ISSN 0103-9466.

FERNANDES, A.; MAIA, C. L. **Dos Atores e dos Cenários: Municipalização da Saúde em Campina Grande**. 22 ed., Campina Grande: EDUEP, 2004.

FERNANDES, F. (2006). **A revolução burguesa no Brasil: Ensaio de interpretação sociológica**. Rio de Janeiro: Globo. (Obra original publicada em 1975).

FIOCRUZ. Matéria publicada em 18 de abril de 2022. Acesso em: setembro 2022: <https://portal.fiocruz.br/noticia/fiocruz-avalia-excesso-de-suicidios-no-brasil-na-primeira-onda-de-covid>

FONTES, Virginia. **A transformação dos meios de existência em capital – expropriações, mercado e propriedade**. Publicado in: Boschetti, Ivanete (Org). Expropriação e direitos no capitalismo. São Paulo, Cortez Editora, 2018, pp. 17-61.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. 6. ed. Trad. José Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Perspectiva, 2000.

FURTADO, Celso. **Formação econômica do Brasil**. 9 ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1969.

GAIÃO, Wilmar Roberto. **Por uma hegemonia sobre a loucura: Invenções e lutas de saberes pela insanidade em Campina Grande - dos anos 60 aos dias atuais**. 2013. 247 f. Tese (Doutorado em Sociologia) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013
G1. Matéria publicada em 02/05/21 <https://g1.globo.com/pb/paraiba/noticia/2021/05/02/em-media-10-mulheres-sao-vitimas-de-violencia-domestica-por-dia-na-paraiba.ghtml>

HARVEY, David. **Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural**. 21. ed. São Paulo: Loyola, 2011.

IBGE. Matéria publicada 08/04/2021. Acesso em setembro de 2022: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/30235-com-pandemia-20-estados-tem-taxa-media-de-desemprego-recorde-em-2020>

IAMAMOTO, Marilda; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação históricometodológica**. 34. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Atribuições Privativas do Assistente Social em questão**. CFESS, 2012.

_____. Capítulo II – **Capital fetiche, questão social e Serviço Social**. In: _____. Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social, São Paulo: Cortez, 2014, p. 105-208.

JUNQUEIRA L. **A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor**. Saúde e Sociedade 2004

KÖLVES, K. (2010). **Child Suicide, Family Environment, and Economic Crisis**. Crisis, 31 (3), 115-117.

LESSA, Sérgio. **Trabalho, sociabilidade e individuação**. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 231-246, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v4n2/02.pdf>

LOBOSQUE, A. M. et al. (Org.). **Saúde em casa: Atenção em Saúde Mental. Belo Horizonte: Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais**, 2006. MANDEL, E. O Capitalismo Tardio. 2. ed.

LÜCHMANN, L. H. L., & RODRIGUES, J. (2007). **O movimento antimanicomial no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva**, 12(2), 399-407.

LIPPI, J. R. S. **Tentativa de suicídio associada à violência física, psicológica e sexual contra a criança e o adolescente**. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher) Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

MANDEL, E. **O capitalismo tardio**. São Paulo: Abril Cultural, 1982

MARINI, Ruy Mauro. **Dialética da dependência**. In: SADER, Emir (org.). *Dialética da dependência: uma ontologia da obra de Ruy Mauro Marini*. Petrópolis: Vozes; Buenos Aires: CLACSO, 2000.

MARQUES, Morena Gomes. **Capitalismo dependente e cultura autocrática: contribuições para entender o Brasil contemporâneo**. R. Katál, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 137-146, jan./abr. 2018.

MARQUES, R. M; MENDES, A. **A luta pelo financiamento da Saúde pública Brasileira: de 1985 a 2008**. In: XV Encontro Nacional de Economia Política: América Latina e Brasil na nova configuração do capitalismo. São Luís, 2010

_____. **A Dimensão do Financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Contexto do SUS**. In: *Saúde da Família nos Municípios Brasileiros: Os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro*. Campinas, SP: Saberes editora, P.458-517, 2014

MARX, K. **Sobre o suicídio**. São Paulo, SP: Boitempo. 2006. (Obra original publicada em 1846).

_____. **O capital: crítica da economia política** (Tradução de Rubens Enderle). Livro I. São Paulo: Boitempo, 2013.

_____. **Cadernos de paris e manuscritos econômicos-filosóficos de 1844**. São Paulo: Expressão Popular, 2015.

MARX, K; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

MATTOS, R. A. (2004). **A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade)**. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5), 1411-16.

MEDEIROS JR, G. **Economia e Administração Política da Saúde: Análise das Dinâmicas do Capital e do Estado na Gestão do SUS no Brasil e em Campina Grande**. Tese de

doutorado. Programa de Pós-Graduação em Planejamento Urbano e Regional da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, 2017.

MENDES, E. V. **Um novo paradigma sanitário**. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec, 1996. p.233-300.

MÉSZÁROS. István. **Para além do capital: rumo a uma teoria da transição**. São Paulo: Boitempo, 2011.

MINOIS, G. **História do Suicídio: A sociedade ocidental perante a morte**. Lisboa: Teorema – Portugal, 1995.

MONTAÑO, Carlos. “Das ‘lógicas do Estado’ às ‘lógicas da sociedade civil’”. Estado e ‘terceiro setor’ em questão”. Serviço Social & Sociedade, nº 59. São Paulo, Cortez. 1999

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1996.

_____. **Crise do capital e consequências societárias**. Serviço Social & Sociedade, (111), 413-429.

_____. **Cinco Notas a propósito da Questão Social**. São Paulo: Cortez, 2012

_____. **Uma face contemporânea da barbárie**. Novos Rumos, Marília, 2013, v. 50, n. 1, p. 1-39, 2013.

NETTO, Nilson Berenchein. **Suicídio e trabalho: breves considerações acerca da relação entre sofrimento e alienação**. In: LOURENÇO; Edvânia Ângela de Souza; NAVARRO, Vera Lucia (Orgs.). O avesso do trabalho III: saúde do trabalhador e questões contemporâneas. São Paulo: Outras Expressões, 2013.

OMS. **Ação de saúde pública para a prevenção de suicídio: uma estrutura**, 2012

OPAS Brasil; OMS. **SUICÍDIO é grave problema de saúde pública e sua prevenção deve ser prioridade**, afirma OPAS/OMS. Folha Informativa, Brasília (DF ago. 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5671:folha-informativa-suicidio&Itemid=839

OPAS. Matéria publicada em 09 de setembro de 2021. Acesso em agosto de 2022: <https://www.paho.org/pt/noticias/9-9-2021-apos-18-meses-pandemia-covid-19-opas-pede-prioridade-para-prevencao-ao-suicidio>

PAIM, J. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008

PALLARES, P. A. BAHLS, S. (2003). **O suicídio nas civilizações: uma retomada histórica**. Revista Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal, 97(84-85). Acessado em abril de 2021, de <http://www.aperjrio.org.br/publicacoes/revista/2003/suicidio.asp>

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde, Paraíba 2016- 2019.

Publicado em 2016.

PARAÍBA. Secretaria da Saúde. Hospital de Trauma de Campina Grande realiza mais de 9 mil atendimentos em maio. Campina Grande: Governo da Paraíba, 2019. Disponível em: . Acesso em: 10 ago. 2019.

PARMEGIANI, Francesco; ZANETTI, Michele. **Basaglia, una biografia** Udine: Lint. 2007.

PRADO J., Caio. **História econômica do Brasil**. 46 ed. São Paulo: BRASIL 2004.

RAICHELIS, Raquel; ARREGUI, Carola C. **O trabalho no fio da navalha: nova morfologia no Serviço Social em tempos de devastação e pandemia**. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo: Cortez, n. 140, jan./abr. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.242>. Acesso em: 27 jan. 2021.
» <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/0101-6628.242>

ROSAS, Silvana Salvador. **O movimento da luta antimanicomial na Paraíba e o seu significado para a reforma psiquiátrica no estado**. Monografia de especialização em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2001

SOUZA, F. (2010). **Suicídio: Dimensão do problema e o que fazer**. *Debates Psiquiatria*, 2 (5). Acessado em 23/07/2014, do <http://www.abp.org.br>.

SALVADOR, Evilásio. **Fundo público e Seguridade Social no Brasil**. São Paulo: Cortez Editora, 2010, 430p.

SANTOS, Josiane. S. **“Questão Social”:** particularidades no Brasil. São Paulo: Cortez, 2012.

SIQUEIRA, Heidy Cristina Boaventura et al. **Pandemia de COVID-19 e gênero: uma análise sob a perspectiva do princípio constitucional da isonomia**. *Revista Psicologia & Saberes*, v. 9, n. 18, p. 216-226, 2020.

TONET, I. **Método científico: uma abordagem ontológica** / Ivo Tonet. – São Paulo: Instituto Lukács, 2013.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal & GONTIJO, Eliane Costa Dias Macedo. **Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta**. *Caderno de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, mar. /mai. 2013. Disponível em: Acesso em: 14 agosto 2017.

WANDERLEY, M. B.; SANT’ANA, R. S.; MARTINELLI, M. L. **Os desafios do atual contexto: um diálogo a partir da seguridade**. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 135, p. 207-212, maio/ago. 2011

ZGIET, Jamila. **Alienação mental e trabalho alienado: a moral capitalista na reabilitação psicossocial**. Tese (Doutorado - Doutorado em Política Social) -- Universidade de Brasília, 2019