

# TENTATIVAS DE SUICÍDIO E O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ingrid Knoll Motta<sup>1</sup>  
Camila Biribio Woerner Pedron<sup>2</sup>

**Resumo:** O presente trabalho de conclusão de residência constitui-se enquanto uma exigência para obtenção do grau de especialista em Saúde, por meio do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, localizado no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU-UFSC/EBSERH), com ênfase em Urgência e Emergência. Objetiva-se refletir sobre a atuação profissional da/o assistente social em atendimentos decorrentes de tentativas de suicídio em um serviço de Urgência e Emergência de Hospital Geral de Florianópolis/SC, e para isto utiliza-se da pesquisa documental, e um relato de experiência. Durante o artigo pode-se perceber a escassez do serviço social dentro da temática, analisando revistas brasileiras de qualis A1 e A2 e propor estratégias de enfrentamento, bem como relatar os meios possíveis de atuação com base no relato de experiência descrito de dois anos de imersão em uma residência multiprofissional em saúde.

**Palavras-chave:** Suicídio; Saúde Mental; Serviço social.

## 1. INTRODUÇÃO

Ao adentrar ao Programa de Residência Multiprofissional os ingressantes são apresentadas/os e imersas/os no local de atuação, podendo observar fluxos, procedimentos, rotinas e as demandas de maior recorrência e/ou maior relevância para a atuação do serviço social. No caso da Unidade de Urgência e Emergência, é possível observar a incidência, quase que diária, de casos de intoxicação exógena, com intuito de auto-extermínio.

Entende-se que o Serviço Social ainda se mostra limitado dentro da temática do suicídio, sendo que os atendimentos voltados para a temática não eram classificados como prioridade de atendimento, e atendidos somente por solicitação da equipe multiprofissional. Em um entendimento de que o suicídio está, também, diretamente ligado as expressões da questão social e que é dever do assistente social zelar pela defesa intransigente dos direitos humanos, identifica-se uma possibilidade de novas discussões e qualificação do serviço,

---

<sup>1</sup> Assistente Social Residente no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) do HU/UFSC.

<sup>2</sup> Assistente Social, Doutora em Serviço Social, Preceptora no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) do HU/UFSC.

vinculando-se a vivência que a residência permite neste espaço, bem como, a construção teórica da profissão.

Para isto, utilizar-se-á a pesquisa documental, analisando artigos, monografias, dissertações, teses e livros sobre a temática central, dentro do campo de Serviço Social, bem como dispor de um relato de experiência fruto da atuação profissional da autora na Unidade de Urgência e Emergência do Hospital supracitado junto a esse público em específico.

Constrói-se como objetivo deste trabalho refletir sobre a atuação profissional da/o assistente social em atendimentos decorrentes de tentativas de suicídio em um serviço de Urgência e Emergência de Hospital Geral de Florianópolis/SC, tendo a especificidade de buscar problematizar a atuação do Serviço Social, nos atendimentos referentes a saúde mental e analisar as possibilidades de intervenção do Serviço Social no contexto do atendimento em saúde mental em emergência do Hospital Geral.

Nesta perspectiva, entende-se por suicídio o ato de tentar causar a própria morte com ações voltadas ao autoextermínio, utilizando-se para tal de distintos meios. Para o Ministério da Saúde (Brasil, 2023) o suicídio é definido como “[...] um fenômeno complexo, multifacetado e de múltiplas determinações, que pode afetar indivíduos de diferentes origens, classes sociais, idades, orientações sexuais e identidades de gênero”.

Foi possível observar durante toda construção deste artigo, utilizando autores de diversas áreas que o suicídio envolve não só questões emocionais e/ou biológicas, como também econômicas, biológicas e sociais tornando o fenômeno diretamente vinculado com as expressões da questão social, visto que estas são um fenômeno decorrente de sociedades capitalistas, onde a desigualdade social afeta diretamente a vida de toda população (BOTEGAS, 2015; NUNES, 2019), e que a mesma é o objeto de estudos das/os profissionais em Serviço Social.

Para profissionais e estudantes de Serviço Social, o presente trabalho servirá para que se possa analisar por meio de elementos da teoria e da prática como são realizados os atendimentos, encaminhamentos e enfrentamentos frente a este tipo de situação. Para os demais profissionais, observar e compreender como atuam os profissionais de Serviço Social frente a estes casos, e refletir sobre a multidisciplinaridade e sua importância para a garantia de atendimentos qualificados.

O artigo esta estruturado de forma em que no primeiro momento possa-se conhecer o local de atuação no qual o artigo foi baseado, seguindo de uma análise de legislações vigentes, fazendo com que consiga-se avaliar os elementos formativos do suicídio, e assim

analisar a atuação do serviço social na temática. Por fim, buscou-se trazer uma breve relato de experiência vivenciada pela autora neste campo de inserção enquanto residente.

## **2. LOCAL DE ATUAÇÃO: UNIDADE DE EMERGÊNCIA HU/UFSC**

Para apresentação do presente trabalho cabe explicitar que utiliza-se como local de inserção e pesquisa a Unidade de Urgência e Emergência do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC). De acordo com o sítio institucional (2023), esta unidade foi criada no ano de 1980, junto aos primeiros serviços do hospital. Segundo o Plano Diretor Estratégico do HU/UFSC 2021-2023 (HU/UFSC,2023), o hospital conta atualmente com 226 leitos ativos disponibilizados para tratamento clínico e cirúrgico aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS de forma exclusiva. Realizando mensalmente em torno de 1.000 internações, 370 cirurgias em centro cirúrgico, 520 procedimentos no setor de cirurgia ambulatorial e 200 partos, sendo portanto, classificado como um hospital de grande porte.

Atualmente, a Unidade de Urgência e Emergência atende de forma ininterrupta, vinte e quatro horas por dia, trabalhando como um serviço “porta-aberta”, o que significa realizar o atendimento a todas às demandas que chegam no HU, sendo elas triadas e classificadas conforme a Classificação de Risco Manchester<sup>3</sup>, protocolo utilizado na instituição. A unidade de Urgência e Emergência atende, em média, 2.700 casos e cerca de 200 internações por mês, com exclusividade ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Com relação a estrutura de pessoal, a Unidade possui um total de 24 profissionais médicos que realizam diagnóstico e terapêutica por meio de exame clínico, exames de laboratório e de imagem (tomografia computadorizada, ultrassonografia convencional e ultrassonografia com aparelhos portáteis à beira do leito). A equipe multiprofissional é composta de enfermeiros, técnicos de enfermagem, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, fonoaudiólogos, acadêmicos e residentes das diversas áreas da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde e da Residência Médica, tornando a emergência um ambiente acadêmico de referência de ensino.

---

<sup>3</sup>A classificação de risco é utilizada no acolhimento hospitalar para se fazer uma avaliação inicial do paciente e determinar a necessidade de um atendimento mais urgente. Esse método permite saber a gravidade do estado de saúde dos pacientes, seu potencial de risco, o grau de sofrimento, entre outras informações.

### 3. LEGISLAÇÕES DE ATENDIMENTO NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E EM SAÚDE MENTAL

A principal legislação que orienta, define e respalda o funcionamento das Emergências no Brasil é a Política Nacional de Urgência e Emergência (PNAU), instituída por meio da Portaria 1.863/GM, de 29 de setembro de 2003, que tem como um de seus objetivos:

Garantir a universalidade, equidade e a integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, ginecologia obstetrícia, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos não-intencionais, violências e **suicídios**) (Brasil, 2003). Grifo nosso.

Ademais, a legislação prevê a organização da rede de urgência e emergência, pontos de acesso, públicos prioritários, orçamentos a serem seguidos pelos entes competentes e demais providências a fim de viabilizar a sua instituição. Percebe-se que esta é uma política pouco socializada no cenário brasileiro e que embora determine o funcionamento da Rede de Urgência e Emergência (RUE), não possibilita dimensionar o aumento do adoecimento da população brasileira, bem como, não é capaz de realizar um olhar a partir das particularidades regionais e de que maneira isto implica na RUE. Para Faria, et al.:

A PNAU foi criada de forma regionalizada em regime de cogestão (pacto entre os três entes da federação). A baixa capacidade de gestão dos municípios e a pouca cooperação entre as três esferas de governo têm comprometido os resultados dessa política (DUARTE *et al.*, 2015). Isto dificulta o alcance dos objetivos, que é atender aos princípios da universalidade e da equidade. (2017, p. 03)

Em 2011 é instituída a Portaria 1.600, que Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS), que define diretrizes e componentes da rede. Dentre isso constitui que:

[...] todo **paciente em quadro agudo** deve ser atendido por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, possibilitando a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsavelmente, para um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e regulado, organizado em redes regionais de atenção às urgências enquanto elos de uma rede de manutenção da vida em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade. (Brasil, 2011) [grifo nosso]

Cabe explicitar que conforme a perspectiva da integralidade prevista na Constituição Federal (BRASIL, 1988) a compreensão aqui utilizada com relação ao atendimento de

pacientes em quadro agudo não diz respeito especificamente à condição de saúde física, mas também engloba a condição de saúde mental e seus impactos.

Entende-se que a saúde mental em um todo é integrado por componentes crônicos biopsicossociais, e que a tentativa de suicídio em si demonstra-se tanto como a ausência de atenção em saúde mental, bem como, um quadro, também, clínico, visto que as tentativas afetam o funcionamento biológico, seja qual for o método da tentativa (enforcamento, intoxicação exógena e outros). Gaino *et. al.* defende que:

[...] entende-se que há dois paradigmas principais para discussão dos conceitos de saúde e saúde mental, ou seja, o paradigma biomédico e o da produção social de saúde. No primeiro, o foco é exclusivamente na doença e em suas manifestações, a loucura como sendo essencialmente o objeto de estudo da psiquiatria. No segundo, a saúde é mais complexa que as manifestações das doenças e inclui aspectos sociais, econômicos, culturais e ambientais. Neste paradigma, loucura é muito mais que um diagnóstico psiquiátrico, pois os pacientes com um transtorno psiquiátrico podem ter qualidade de vida, participar da comunidade, trabalhar e desenvolver seus potenciais. (2018, p. 110)

Portanto, as/os usuários que realizam a tentativa de suicídio, amparados pela legislação, podem e devem ser atendidos em qualquer serviço constituído como Rede de Urgência e Emergência, incluindo-se o HU/UFSC. Sendo atendidos em um primeiro momento com a estabilização clínica, se está for a situação mais latente no momento, e após isso o cuidado em si da saúde mental e demais fatores psicossociais envolvidos.

Por sua vez, a saúde mental é definida pela Organização Mundial da Saúde - OMS (1946) como “um estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de usar suas próprias habilidades para recuperar-se do estresse rotineiro, ser produtivo e contribuir com a sua comunidade”. Esta definição traz para o cenário da saúde novos conceitos, ampliando para além do quadro clínico geral, justamente, um contraponto da compreensão construída ao longo dos anos.

Historicamente o cuidado em saúde mental no mundo limitava-se a ações de isolamento, exclusão e enclausuramento das pessoas em processo de adoecimento mental, alimentando a lógica biológica médico-centrada. É a partir das discussões mundiais fomentadas na década de 1960, pelo psiquiatra Franco Basaglia, em torno da necessidade de uma reforma psiquiátrica, que inicia-se a construção deste movimento, tendo como um avanço significativo a Resolução 46/119 de 17 de dezembro de 1991, aprovada pela Assembleia Geral da ONU, que versa sobre a proteção das pessoas com doenças mentais e a

melhoria da assistência à saúde mental, sendo um marco no campo dos direitos das pessoas com doenças mentais (Wachenfeld, 1992). Para Gaino *et al.*:

Nos anos 1960, o psiquiatra italiano Franco Basaglia propôs uma reformulação no conceito de loucura, mudando o foco da doença e expandindo-o com questões de cidadania e inclusão social. Tal ideia ganhou adeptos e acendeu um movimento que influenciou o conceito de saúde mental no Brasil e resultou na Reforma Psiquiátrica Brasileira. (2018, p. 110)

No Brasil, o documento criado a partir das discussões da “Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos após Caracas”, intitulado Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil, reflete que é no ano de 1978 que se inicia o enfrentamento para garantia de direitos a pessoas com transtornos mentais, por meio do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Além disso, o documento refere que:

Neste período, são de especial importância o surgimento do primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo, em 1987, e o início de um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes. É esta intervenção, com repercussão nacional, que demonstrou de forma inequívoca a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. (Brasil, 2005, p.7)

Embora a saúde mental não venha a ser citada diretamente na Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988), é importante ressaltar sua influência indireta, já que a Carta Magna garante o direito à saúde em sua integralidade, ou seja, a saúde mental como uma vertente, deve ser tratada como direito.

Em 1989, de forma a efetivar o projeto de reforma psiquiátrica brasileira, o então deputado Paulo Delgado<sup>4</sup> propôs regulamentar os direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. Após 12 anos de iniciada tal discussão, o texto foi aprovado e sancionado pelo atual presidente da época, Fernando Henrique Cardoso, como Lei 10.216/2001 (Brasil, 2001), ficando conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, Lei Antimanicomial e Lei Paulo Delgado. Essa dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, sendo responsabilidade do Estado efetivar a garantia e desenvolvimento da política de saúde mental,

---

<sup>4</sup> Paulo Gabriel Godinho Delgado é um professor, cientista político e sociólogo brasileiro. Foi um dos fundadores do Partido dos Trabalhadores. Por Minas Gerais, foi deputado federal durante seis mandatos a partir da Assembleia Nacional Constituinte.

a assistência e a promoção de ações de saúde às pessoas com transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família.

Já em 2011 é instituída, a partir da Portaria 3.088, de 23 de Dezembro de 2011 (Brasil, 2011), a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde 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). Dentro desta rede estão incluídos os serviços de: Atenção Básica; Atenção Psicossocial Estratégica; *Atenção de Urgência e Emergência*; Atenção residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar; Estratégia de Desinstitucionalização e Estratégias de Reabilitação Psicossocial [grifo nosso].

Percebe-se a RAPS como um avanço da reforma, que possui uma estratégia de diminuição de leitos em hospitais psiquiátricos, e o cuidado voltado para a comunidade, tornando-se uma tentativa de atendimento aos usuários de forma humanizada e digna. Para Pitta:

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), o Auxílio de Reabilitação Psicossocial "De volta pra casa", expandiram, significativamente, a possibilidade de desinstitucionalização responsável de pessoas submetidas a longos períodos de internações psiquiátricas, ao tempo que se assistiu a uma redução expressiva de leitos em hospitais psiquiátricos, particularmente nos estados do sudeste e nordeste brasileiro. Paralelamente se solidifica um modelo de atenção psiquiátrica baseado na comunidade e não centrado no hospital como a escolha da política pública de saúde mental no país (Pitta, 2011. p. 4581).

Desde então houve retrocessos importantes que marcam a história da saúde mental brasileira. Dentre elas em 2017 acontece a mudança, via Portaria 3.588 de 21 de Dezembro de 2017 (Brasil, 2017), do Ministério da Saúde, que altera consideravelmente a RAPS em termos de ponto de atenção, além de criar as Unidades Ambulatoriais Especializadas. Em 2019 surge o que fica conhecido como “Revogação”, que traria mudanças significativas na Política Nacional de Saúde Mental e na Política Nacional de Álcool e outras Drogas, trazendo à tona o Retrocesso da Política. Pitta (2011) ainda defende que:

Entre os grupos contra e a favor da Reforma, nos governos, na sociedade civil e na população em geral, o estigma contra o louco persiste e de vários modos, explícitos ou sutis. Evidências disso são localizadas na não escuta e não credibilidade da palavra dessas pessoas, gerando uma crônica postergação de suas demandas. Também presente num certo descompromisso ético-político por parte de profissionais de saúde, profissionais do direito, da previdência e assistência social, que administram com ambiguidade a ideia de uma sociedade onde o louco e o usuário de substâncias psicoativas sejam pares, parceiros na definição de políticas e nos seus próprios tratamentos. (2011, p. 4581)

Esta visão do louco corrobora o fortalecimento do adoecimento da população, que não enxerga a saúde mental como componente da vida social, levando ao não cuidado com si e com os demais. É necessário o avanço das políticas neste sentido, para que haja ainda mais a inserção do cuidado em saúde mental na vida da população brasileira.

#### 4. ELEMENTOS FORMATIVOS DO SUICÍDIO

Inicialmente torna-se essencial compreender a palavra suicídio, e por onde ela perpassa. Etimologicamente, suicídio é originário do latim “*Sui*” (si mesmo) e “*Caedes*” (ação de matar). O suicídio em si é conhecido desde os primórdios da população, em livros históricos, como, por exemplo, na Bíblia Sagrada - suicídio de Judas - e em mitologias (Botega, 2015). Nestes textos o mesmo era representado como um ato heróico em torno de salvar o seu próprio povo, mas ainda não denominavam o fato. Para Botega (2015):

A palavra suicídio é conhecida desde o século XVII. Suas várias definições costumam conter uma ideia central, mais evidente, relacionada ao ato de terminar com a própria vida, e ideias periféricas, menos evidentes, relacionadas à motivação, à intencionalidade e à letalidade. (2015, p. 15)

Botega (2015) faz a reflexão de que a crise suicida antecede o ato em si, tendo atingido seu objetivo final, ou não. A palavra crise deriva do grego *krisis* – separação. O verbo *krinein* significa separar, escolher, julgar. *Krisis* é a ação ou a faculdade de distinguir e tomar decisão; é o momento decisivo, difícil de separar, decidir, julgar. Ainda para o autor:

Na crise suicida, há a exacerbação de uma doença mental existente, ou uma turbulência emocional que, sucedendo um acontecimento doloroso, é vivenciada como um colapso existencial. Ambas as situações provocam dor psíquica intolerável e, como consequência, pode surgir o desejo de interrompê-la por meio da cessação do viver. (Botega, 2015, p. 15)

Já ao olhar para o suicídio com um viés social, o mesmo perpassa contextos que ultrapassam as explicações clínicas. Em 1897 o sociólogo e antropólogo Émile Durkheim lança o livro “O Suicídio”, um marco para a temática, levando o pensamento de ser um problema social, e não individual. Já a Organização Mundial da Saúde (1996) define que o comportamento suicida é “[...] um fenômeno multifatorial, multideterminado e transacional que se desenvolve por trajetórias complexas, porém identificáveis”. Embora Karl Marx não



tenha se dedicado publicação específica sobre o tema, no documento “Sobre o Suicídio” construído por meio de notas do autor a partir de casos traduzidos para o alemão do capítulo *Du Suicide et des ses causes* das memórias de Jacques Peuchet, o mesmo define que “o suicídio não é mais do que um entre os mil e um sintomas da luta social geral” (Marx, 2006, p. 29). Para Nunes (2019, p. 23):

Marx não vê os suicídios como ações individuais, como derivações de uma “natureza” humana ou apenas uma mera ação de determinado indivíduo. As escolhas das pessoas, nos casos concretos analisados, são vistas a partir da totalidade social na qual se encontram inseridas.

Trazendo a discussão para tempos recentes, a OMS lançou no ano de 2018 dados epidemiológicos, que mostram que em 2016 o suicídio foi a causa de morte de 800 mil pessoas. Já em 2019, pelo mesmo documento, são registrados mais de 700 mil suicídios por ano em nível mundial, o que representa 1% dos óbitos de todo o planeta (Who, 2018). No Brasil, o Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde (Brasil, 2021) divulga que entre 2010 e 2019, ocorreram 112.230 mortes por suicídio, com um aumento de 43% no número anual de mortes, de 9.454 em 2010, para 13.523 em 2019, representando um aumento de 43%. Por sua vez, o Anuário Brasileiro de Segurança Pública, do Fórum Brasileiro de Segurança Pública, divulgado em 2023, houve 16.262 registros de suicídio no Brasil no ano de 2022, tendo um aumento de 12% em relação ao ano de 2021. Ressalta-se que estes dados podem tornar-se ainda maiores se forem analisados os casos subnotificados. Embora o documento expresse o aumento do número das tentativas de suicídio, não apresenta reflexões e/ou indagações a despeito dos motivos de tal condição, haja vista, não ser seu objetivo fim.

Como dito anteriormente, embora o ato suicida esteja presente na sociedade desde os seus primórdios, ainda há muito o que se debater sobre o assunto. Há o que chamamos de “tabu” sobre o tema, que conseqüentemente afeta na forma em que se lida com ele. Nunes (2019) alerta que não falar sobre suicídio pode ser tão devastador quanto falar de maneira inadequada. Por isto torna-se importante o debate formativo de áreas não só biológicas, como psicológicas e sociais.

## **5. A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL**

O serviço social efetiva-se como profissional da política de saúde após o movimento de reconceituação (1965), a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), a reforma psiquiátrica

brasileira (1989) e a efetivação do SUS (1990) (CFESS, 2010). O documento “Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde” ressalta que:

Na saúde, os avanços conquistados pela profissão no exercício profissional são considerados insuficientes, pois o Serviço Social chega à década de 1990 ainda com uma incipiente alteração do trabalho institucional; continua enquanto categoria desarticulada do Movimento da Reforma Sanitária, sem nenhuma explícita e organizada ocupação na máquina do Estado pelos setores progressistas da profissão (CFESS, 2010, p. 25)

Ainda neste início de inserção, o debate sobre saúde mental não era discutido, mas a construção do projeto ético-político era atual e presente, tendo este como norteador atual da profissão. Seguindo o mesmo documento o CFESS defende que:

O projeto ético-político da profissão, construído nos últimos trinta anos, pauta-se na perspectiva da totalidade social e tem na questão social a base de sua fundamentação como já foi referido. Alguns conceitos são fundamentais para a ação dos assistentes sociais na saúde como a concepção de saúde, a integralidade, a intersetorialidade, a participação social e a interdisciplinaridade, já ressaltados no primeiro item deste documento. (CFESS, 2010, p. 39)

Portanto, embora o termo saúde mental e suicídio não estivesse no debate o conceito que o engloba - integralidade, concepção de saúde - já era defendido pela classe profissional. Para olhar o hoje, é necessário compreender o que vem sendo produzido pela categoria de assistentes sociais sobre saúde mental e sobre o suicídio em si. Para atingir esse objetivo buscou-se, durante o processo deste trabalho, referências para a sua escrita na área do Serviço Social. Para tanto, foram analisadas o total de 7 (sete) revistas de Serviço Social brasileiras, de qualificação A1 e A2, utilizando como palavra-chave “saúde mental”, e após isto avaliado a quantidade de trabalhos com a palavra-chave “suicídio”, havendo seleção de período de tempo de 10 (dez) anos, iniciando em 2013 e finalizando em 2022 (Quadros 1 e 2).

Quadro 1: Artigos em revistas de Serviço Social vinculados à temática da saúde mental

ARTIGOS RELACIONADOS À SAÚDE MENTAL												
REVISTA	QUALIS	Nº DE ARTIGOS	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Katálysis	A1	14	0	1	0	2	2	1	2	2	2	2
Serviço Social e Sociedade	A1	3	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0
Argumentum	A2	40	1	0	2	0	2	12	3	17	1	2
SER Social	A2	4	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Em Pauta	A2	26	1	1	0	0	0	1	2	0	0	21

Textos e Contextos	A2	16	1	1	1	3	1	5	1	1	1	1
O Social em Questão	A2	18	2	0	3	1	3	0	5	4	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>121</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>19</b>	<b>13</b>	<b>24</b>	<b>6</b>	<b>28</b>

Fonte: SCIELO. Elaborado pelas autoras, 2023.

Quadro 2: Artigos em revistas de Serviço Social vinculados a temática do suicídio.

ARTIGOS RELACIONADOS AO SUICÍDIO												
REVISTA	QUALIS	Nº DE ARTIGOS	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Katálysis	A1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Serviço Social e Sociedade	A1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Argumentum	A2	2	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
SER Social	A2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Em Pauta	A2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Textos e Contextos	A2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
O Social em Questão	A2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>

Fonte: SCIELO. Elaborado pelas autoras, 2023.

Verifica-se que dentre as sete revistas selecionadas foi identificado o total de 121 artigos relacionados a saúde mental em geral e cinco artigos voltados especificamente ao suicídio. Percebe-se que o número de artigos em saúde mental segue uma relativa crescente, embora com períodos de oscilação na discussão, condição que pode ser considerada um avanço em relação à discussão dentro da categoria profissional. Em comparação o número de artigos relacionado ao suicídio segue sem determinado aumento, oscilando entre os anos entre zero e dois, refletindo que ainda não é debatido dentro do Serviço Social o ato suicida. Nunes defende que:

Um dos maiores problemas enfrentados pelos assistentes sociais que estão no campo da saúde mental é identificar e trabalhar em cima das diversas expressões da questão social que existem dentro do campo, o suicídio por exemplo, como já debatido, é um adoecimento multifatorial, podendo ter sido motivado por causas biológicas, como também pela falta de emprego sintomática do sistema capitalista. (Nunes, 2019, p. 59)

Estes dados reforçam a necessidade de ponderar de que forma a categoria de assistentes sociais pode contribuir na produção científica sobre o tema do suicídio qualificando assim as intervenções frente as tentativas de suicídio. O Serviço Social entende como seu objeto de trabalho as expressões da questão social, que surge no conflito capital e trabalho,

com isso é importante refletir que a definição da OMS sobre saúde mental, já citada durante este trabalho, menciona que a saúde mental é um estado de bem-estar onde a/o indivíduo precisa ter habilidades, **ser produtivo**, e contribuir com a comunidade. Ou seja, esta ordem capitalista estabelecida define até mesmo o que é necessário para obter-se uma saúde mental, desconsiderando todos os aspectos sociais que a envolvem, ressaltando mais uma vez a importância do debate de saúde mental e suicídio dentro da área de Serviço Social.

## 6. RELATO DE EXPERIÊNCIA

Durante os dois anos de residência imersos na emergência adulto do HU/UFSC, foi possível observar na qualidade de residente do serviço social as mais variadas expressões da questão social vinculadas ao processo de adoecimento dos pacientes, dentre elas as tentativas de suicídio.

Em razão da complexidade da unidade de atendimento hospitalar, e da urgência do atendimento, o serviço social do HU/UFSC elenca prioridades de atendimento dia a dia, haja vista a impossibilidade de realizar o atendimento a todos os pacientes e acompanhantes. Dentro destas prioridades, no momento da imersão da residente no local, estavam propostos: Adolescentes a partir de 15 anos, idosos, violências em geral, população em situação de rua. Para além destas priorizações, também é um elemento importante a interlocução com a equipe, visto que o primeiro contato das/os usuários se dá com equipe médica e de enfermagem, que coletam e percebem demandas que podem ser trabalhadas em conjunto com o Serviço Social.

Dentro da área da saúde, o trabalho na emergência torna-se mais pontual e dinâmico, em razão da rotatividade do serviço, necessitando de um atendimento de maneira rápida, mas com a garantia de um atendimento qualificado. Para as autoras Pereira e Leão:

O trabalho do serviço social na emergência, é um trabalho de acolhimento às famílias, de esclarecer as dúvidas dos usuários, de democratizar informações sobre as questões relacionadas à hospitalização e a sua doença. Ao mesmo tempo, o assistente social trabalha na comunicação instituição-equipe-família, facilitando o contato entre eles. Dito isso, pode-se referir que através da intervenção do serviço social predomina um profissional facilitador da tranquilidade familiar durante a hospitalização, permitindo oferecer o melhor para o usuário, consequentemente tendo suporte para intervir nas variadas expressões da questão social. (Pereira; Leão, 2018, p. 4)

Sendo o HU/UFSC referência para acidente com animais peçonhentos, envenenamentos e intoxicações, intencionais ou não, devido ao Centro de Informações Toxicológicas de Santa Catarina (CIATox/SC) ser localizado dentro do hospital, foi possível observar uma demanda latente e crescente dentro do serviço de emergência: as tentativas de suicídio por intoxicação exógena (medicamentosa, produtos de limpeza, inseticidas e outros). Condição que não se encontrava, até o momento, elencada como prioridade no atendimento do Serviço Social naquele espaço.

Essa foi uma discussão construída junto com o grupo de assistentes sociais - preceptores e residentes - que atuavam na emergência entre os anos de 2022 e 2023 - para que fosse possível refletir sobre este aumento de casos atendidos e qual era o papel dos profissionais enquanto integrantes da equipe multiprofissional e defensoras de um cuidado integral.

Outro ponto relevante durante essa experiência, como observado durante a construção do artigo, foi a discussão das/os assistentes sociais dentro dos atendimentos com usuárias/os que tentam suicídio é recente, e há uma limitação de referências teóricas que embasem o trabalho, conforme apontado nos quadros 1 e 2. Nesta perspectiva, dada a ausência de embasamento teórico no Serviço Social sobre, conforme verificado na análise dos artigos publicados, verificou-se dificuldades na construção de um plano de atendimento bem estruturado, articulado com o compromisso ético-político da profissão e, muitas vezes, contando com a articulação e experiência de outras profissões, como a psiquiatria e psicologia. Reconhecendo que ao se tomar como referência a atuação multidisciplinar de outras profissões, é necessário atentar-se para não tomar para si o conhecimento de outras profissões, sem pensar o próprio fazer profissional, e sua individualidade. Raichelis defende que:

Ao mesmo tempo, para além das dimensões objetivas que conferem materialidade ao fazer profissional, é preciso considerar também, e de forma nem sempre convergente, o modo pelo qual o profissional incorpora na sua consciência o significado do seu trabalho, as representações que faz da profissão, a intencionalidade de suas ações, as justificativas que elabora para legitimar sua atividade - que orientam a direção social do exercício profissional (Raichelis, 2010, p. 752).

Todos estes aspectos, ausência de priorização do público somando a ausência de construção na profissão sobre a condição de saúde mental, em especial as tentativas de suicídio, podem ter sido as condições que levavam a não priorização deste público, ainda que estes vinham apresentando constante crescimento quantitativo e demandas complexas.

A partir destas discussões, verificou-se a necessidade de organizar os atendimentos em matéria de serviço social e aprofundar-se na temática. Frente a isto a residente optou por priorizar estas/es usuárias/os para que houvesse um atendimento humanizado e qualificado a esses pacientes, além de formular um processo de trabalho do Serviço Social no hospital de Urgência e Emergência. Guerra define que:

[...] o processo de trabalho é compreendido como um conjunto de atividades prático-reflexivas voltadas para o alcance de finalidades, as quais dependem da existência, da adequação e da criação dos meios e das condições objetivas e subjetivas. Os homens utilizam ou transformam os meios e as condições sob as quais o trabalho se realiza modificando-os, adaptando-os e utilizando-os em seu próprio benefício, para o alcance de suas finalidades. (Guerra, 2007, p. 03)

Para este fim, buscou-se, em um referencial da saúde, como por exemplo: “Prevenção a Saúde: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental “ do Centro de Valorização da Vida, as legislações específicas como a Portaria de número 1.876/2006 que institui diretrizes nacionais para prevenção do suicídio (BRASIL, 2006) e documentos teóricos e dados que possam embasar o atendimento, como por exemplo os dados da OMS. Estudar a temática, neste primeiro momento, para além do ambiente acadêmico de formação, faz a diferença para que possa compreender outros fatores, como definições psicológicas, maneiras de abordagem e até mesmo o quadro clínico médico. Entrar em atendimentos com poucas intervenções teóricas e práticas da profissão exige uma seriedade e consciência de um processo de aprendizagem, ao mesmo tempo que importante para aquela/e usuária/o na sua frente, e que este atendimento tem a potência de fortalecer a população usuária para os enfrentamentos que virão.

Nos atendimentos elegeu-se como pertinentes os atendimentos, sempre que possível, multiprofissionais, constituídos pela equipe de residentes de psiquiatria, residentes e preceptoras de serviço social e psicologia. A escolha por essa abordagem é baseada principalmente na questão de sigilo profissional, visto que existe a tentativa sempre de atendimento em consultório, e da não repetição do ocorrido para cada membro da equipe. A atuação multidisciplinar também possibilita a abordagem de uma maneira mais abrangente, conseguindo unir aspectos biológicos, psicológicos e sociais, gerando interdisciplinaridade entre a equipe e benefícios a quem está sendo atendido. Mas cabe elucidar que é sempre necessário questionar se a pessoa que vai ser atendida se sente confortável com o atendimento, se prefere o atendimento com uma/um única/o profissional, ou se não deseja atendimento. A vontade da/o usuária/o é sempre soberana.

Para além do atendimento é necessário ao profissional pensar no seu fazer profissional. Guerra (2007) define que “a instrumentalidade no exercício profissional se refere, não ao conjunto de instrumentos e técnicas (neste caso, a instrumentação técnica), mas a uma determinada capacidade ou propriedade constitutiva da profissão, construída e reconstruída no processo sócio-histórico. “ Ou seja, para além do que se ouve e escreve é preciso que tenha uma intencionalidade em seus atos para que se modifique, transforme e altere as condições objetivas e subjetivas. Para isto, utilizam-se de instrumentos para utilização dentro do âmbito hospitalar, mas também para a rede assistencial. O CFESS, no documento intitulado “Produção de documentos e emissão de opinião técnica em serviço social” define que:

produzir os mais diversos tipos de registros, como informes, relatórios, laudos e pareceres, e manifestar, explícita ou implicitamente - de forma verbal ou por escrito -, opinião sobre a matéria que se apresenta no cotidiano de trabalho, relacionada às mais variadas expressões da questão social, vinculam-se às atribuições e competências profissionais de assistentes sociais, dizem sobre a área e o conhecimento a ela inerente, e revelam a direção social do projeto ético-político da profissão. (CFESS, 2022, p. 16)

Durante os dois anos de residência os principais instrumentos utilizados em atendimentos a tentativas de suicídio foram: acolhimento, entrevista, informe social e relatórios sociais. O informe foi comumente utilizado dentro do serviço hospitalar, visto que é o instrumento que permite registro geralmente breve, pontual, que descreve alguma informação inicial ou complementar relacionada ao atendimento de uma/um usuária/o. Já o relatório, por ser um documento mais elaborado, é utilizado para encaminhamentos de rede, como Unidade Básica de Saúde (UBS) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Esta relação com a rede é essencial para o trabalho, visto que a emergência é um serviço pontual e agudo, enquanto será a rede que fornecerá continuidade no cuidado.

Dentro do Serviço Social do HU/UFSC não havia um Procedimento Operacional Padrão (POP) para atendimentos decorrentes de tentativa de suicídio de adultos, o que gerava a não “padronização” dos atendimentos. O uso de aspas na palavra dá-se devido ao entendimento de que em atendimentos de tentativas de suicídio não há um padrão de atendimento, é necessário observar as particularidades de cada usuário, mas tendo sempre como norte de que forma a/o profissional de serviço social guiará seu atendimento de acordo com seu fazer profissional. É a partir do ano de 2023 que inicia-se a construção deste POP baseado nas experiências que vêm sendo construídas.

O POP<sup>5</sup> em questão define o fluxo do atendimento do Serviço Social para os pacientes decorrentes de tentativa de suicídio da seguinte forma: compreensão da situação a partir da perspectiva clínica (quadro, nível de intoxicação e consciência, exames a ser realizados e estabilização do quadro), discussão prévia com a equipe de psicologia e psiquiatria com vistas à compreensão das informações já conhecidas, priorização do atendimento multiprofissional ao paciente e/ou responsável, articulação com a rede de apoio, discussão multiprofissional para definição de conduta, encaminhamentos e contatos com a rede socioassistencial.

Além disso, importa ressaltar que anterior ao ano de 2022 não havia sala para atendimentos da equipe multiprofissional, principalmente voltados para a saúde mental, onde era necessário que psiquiatria, psicologia e serviço social atendessem as tentativas de suicídio, em conjunto ou não, em meio a macas no corredor, sem proporcionar acolhimento e sigilo aos usuários. Em meados do ano de 2022 foi providenciado um consultório multiprofissional que pode ser utilizado por todas as profissões multiprofissionais, e por vezes pela equipe médica. Este consultório foi uma conquista construída pela equipe, e que hoje favorece o trabalho dos profissionais e atendimentos. Este fato traz ao debate também a importância da obrigatoriedade de sala para atendimento da psicologia e do serviço social, sendo que hoje estas salas são consideradas para a PNAU como item opcional dos serviços de emergência adulto.

A experiência de vivenciar algo relativamente novo na profissão é desafiadora, ao mesmo tempo que inspira o seguimento nos estudos. Lutar pela emancipação, liberdade e direito dos sujeitos está presente em cada ato e atendimento. Entender que hoje o suicídio deixou de ser algo da perspectiva biomédica é uma discussão urgente dentro do Serviço Social.

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A falta de entendimento e de um atendimento qualificado é um dos motivos para escolher a temática de aprofundamento sobre o suicídio durante os dois anos de residência. O serviço social precisa tomar para si o que é um espaço de atuação seu, para que assim haja o comprometimento por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero, como elenca o

---

<sup>5</sup> Não foi realizada a inclusão do POP em questão no presente trabalho em decorrência do mesmo estar em processo de revisão/ validação pela chefia da Unidade de Saúde Mental e posterior validação pelo Setor de Qualidade do HU-UFSC/EBSERH.



Código de Ética do Serviço Social, além de trabalhar baseadas/os na defesa intransigente dos direitos humanos. Ao olhar para o suicídio como uma expressão violenta da sociedade capitalista, pode-se intervir em matéria de serviço social, elevando o atendimento meramente clínico, e trazendo tanto a usuários como equipe intervenções que possam garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades de enfrentamento.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm) Acesso em: 20. set. 2023.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm) . Acesso em: 28 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3088, 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). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html) Acesso em: 26 set. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600, de 7 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). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html) Acesso em: 26 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html) Acesso em: 26 set. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003**. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências e dá outras providências. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863\\_26\\_09\\_2003.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html) Acesso em: 26 set. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006**. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876\\_14\\_08\\_2006.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html) . Acesso em: 26 set. 2023

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.** Brasília, 2005. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf) Acesso em: 26 set.2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico: mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil.** Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. 2021. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/e-dicoes/2021/boletim\\_epidemiologico\\_svs\\_33\\_final.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/e-dicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf) . Acesso em: 28 out. 2023.

BERTOLETE, José M. **Legislação relativa à saúde mental: revisão de algumas experiências internacionais: Mental health legislation: a review of some international experiences.** Revista de Saúde Pública, BRASIL, v. 29, n. 2, p. 152-156, set./2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/wH9HgJqGDc5PSX5HQnSJmKn/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 20 set. 2023.

BOTEGA, Neury José. **Crise Suicida: avaliação e manejo.** Porto Alegre: Artmed, 2015.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília, 2010. Disponível em: [https://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_a\\_Atuacao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude.pdf](https://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf) . Acesso em: 28 out. 2023

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Produção de documentos e emissão de opinião técnica em serviço social. Brasília: CFESS, 2022. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/EbookCfess-DocOpinioTecnica2022-Final.pdf> . Acesso em: 19 nov. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Código de Ética do/a Assistente Social. Texto aprovado em 13/3/1993, com as alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS nº 290/1994, 293/1994, 333/1996 e 594/2011. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. CFESS. Legislação e Resoluções sobre o trabalho do/a assistente social. Brasília:

CFESS, 2011, p. 23-36. Disponível em: [https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP\\_CFESS-SITE.pdf](https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf) . Acesso em: 19 nov. 2023.

DUARTE, L. S. et al. Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise: Regionalization of health in Brazil: an analytical perspective. *Saúde e Sociedade, Brasil*, v. 24, n. 2, p. 472-485, mar./2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/cKdvDBTfQJnTtBTkPdTtykr/?lang=pt> . Acesso em: 26 set. 2023.

DURKHEIM, Émile. *O Suicídio*. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Plano Diretor Estratégico 2021-2023: Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago - HU-UFSC. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/hu-ufsc/governanca/gestao-estrategica/PDE20212023HUUFSCEscritoVerso4.0.pdf> . Acesso em: 20 set. 2023.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Você sabe o que é classificação de risco?. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hujb-ufcg/comunicacao/noticias/voce-sabe-o-que-e-classificacao-de-risco> . Acesso em: 26 set. 2023.

FARIA, T. L. M. et al. A Política Nacional de Urgência e Emergência sob a Coordenação Federativa em Municípios Paraenses: National Policy of Urgency and Emergency under the Federal Coordination in Pará Municipalities, Brazil. *Saúde e Sociedade, Brasil*, v. 26, n. 3, p. 726-737, set./2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/CVJTNGJwmJbgxvHcGhTCYZS/?lang=pt> . Acesso em: 26 set. 2023.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. 17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/07/anuario-2023.pdf> . Acesso em: 28. oct. 2023

GAINO, Loraine Vivian *et al.* O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo. **Smad. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**

(Edição em Português), Sp, p. 108-116, abr. 2018. Universidade de Sao Paulo, Agencia USP de Gestao da Informacao Academica (AGUIA). <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976>. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/149449/151279> . Acesso em: 16 nov. 2023.

GUERRA, Yolanda. **Instrumentalidade no trabalho do assistente social. In: Capacitação em Serviço Social e Política Social.** Disponível em: <https://www.unirio.br/cchs/ess/Members/silvana.marinho/disciplina-instrumentos-e-tecnicas-de-intervencao/unid-1-unidade-i-servico-social-instrumentalidade-e-a-relacao-entre-teoria-e-pratica/texto-2-guerra-yolanda-instrumentalidade-no-trabalho-do-assistente-social-in-capacitacao-em-servico-social-e-politica-socia/view> . Acesso em: 19 nov. 2023

HU-UFSC. Serviço de Emergência Clínica. Disponível em: [http://www.hu.ufsc.br/setores/emergencia-clinica/#:~:text=Polydoro%20Ermani%20de%20S%C3%A3o%20Thiago,%C3%A9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20\(SUS\)](http://www.hu.ufsc.br/setores/emergencia-clinica/#:~:text=Polydoro%20Ermani%20de%20S%C3%A3o%20Thiago,%C3%A9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20(SUS)) . Acesso em: 20 set. 2023.

MARX, Karl. Sobre o suicídio. São Paulo: Boitempo Editorial, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Suicídio (Prevenção). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/suicidio-prevencao#:~:text=O%20suic%C3%ADdio%20%C3%A9%20um%20fen%C3%B4meno,o%20suic%C3%ADdio%20pode%20ser%20prevenido!> . Acesso em: 18 set. 2023.

PEREIRA, V.; FRANCIELLE, A.; LEÃO, J. SERVIÇO SOCIAL NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: UMA BREVE ANÁLISE DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL NO HOSPITAL ESTADUAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS (HUGO). [s.l: s.n.]. Disponível em: [https://www.saude.go.gov.br/files/escola-saude/pesquisas-cientificas/hugo/Resumoexpandido\\_VanessaAlvesPereira\\_03856171193.\\_pdf.pdf](https://www.saude.go.gov.br/files/escola-saude/pesquisas-cientificas/hugo/Resumoexpandido_VanessaAlvesPereira_03856171193._pdf.pdf). Acesso em: 06 nov. 2023

PITTA, Ana Maria Fernandes. **Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas.** *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 16, n. 12, p. 4579-4589, dez. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232011001300002>.

RAICHELIS, Raquel. **Intervenção profissional do assistente social e as condições de trabalho no Suas.** *Serviço Social & Sociedade*, [S.L.], n. 104, p. 750-772, dez. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0101-66282010000400010>. Disponível

em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/cSK3XgKgNLzD8NJPYJbvH5R/> . Acesso em: 10 nov. 2023.

UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY. **The protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care.** Int. Dig. Health Leg., **43**:413-23, 1992.

WACHENFELD, M. **The human rights of the mentally ill in Europe under the European Convention on Human Rights.** Nord. J. Int. Law, p.109-292, 1992.

World Health Organization. **Mental health: a state of well-being.** Available from: <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/mental-health> . Accessed: Oct. 28 2023

World Health Organization. World Health Statistics (WHO) 2018. Availabre from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1>. Accessed: Oct. 28 2028.