

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE FLUMINENSE DARCY RIBEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DO HOMEM – CCH
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS SOCIAIS - PPGPS**

**CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA EM CAMPOS DOS
GOYTACAZES/RJ: UMA ANÁLISE NO CAMPO DA POLÍTICA PÚBLICA DE
SAÚDE MENTAL**

KARLA FERREIRA BARBOSA RODRIGUES

CAMPOS DOS GOYTACAZES – RJ

FEVEREIRO – 2018

**CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA EM CAMPOS DOS
GOYTACAZES/RJ: UMA ANÁLISE NO CAMPO DA POLÍTICA PÚBLICA DE
SAÚDE MENTAL**

KARLA FERREIRA BARBOSA RODRIGUES

**CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA EM CAMPOS DOS
GOYTACAZES/RJ: UMA ANÁLISE NO CAMPO DA POLÍTICA PÚBLICA DE
SAÚDE MENTAL**

Dissertação apresentada ao Centro de Ciências do Homem, Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais/PPGPL, da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro - UENF, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Políticas Sociais.

Orientadora: Joseane de Souza

CAMPOS DOS GOYTACAZES – RJ

FEVEREIRO – 2018

**CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA EM CAMPOS DOS
GOYTACAZES/RJ: UMA ANÁLISE NO CAMPO DA POLÍTICA PÚBLICA DE
SAÚDE MENTAL**

KARLA FERREIRA BARBOSA RODRIGUES

Dissertação apresentada ao Centro de Ciências do Homem, Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais/PPGPS, da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Políticas Sociais.

Aprovada em 26 de fevereiro de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Professora Doutora Joseane, de Souza - Presidente/Orientadora
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro - UENF

Professora Doutora Denise Cunha Tavares Terra - Examinadora
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro – UENF

Professora Doutora Érica Terezinha Vieira de Almeida - Examinadora
Universidade Federal Fluminense – UFF

Professor Doutor Rodrigo da Costa Caetano - Examinador
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro - UENF

O presente trabalho é dedicado
Àquele que sonhou com esse
tempo antes de mim, e não
apenas sonhou, mas
providenciou criteriosamente
todos os detalhes para eu
chegasse até aqui: o meu Deus.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu Amado Deus pela oportunidade de concluir esse trabalho e pelos diversos momentos em que me segurou pela mão e me colocou no colo;

Agradeço à guerreira poetiza, grande mulher e minha maior referência: minha mãe;

Agradeço ao meu eterno namorado, minha outra metade: Daniel Rodrigues, pelo companheirismo e cuidado;

Agradeço às três porções da minha herança, os melhores presentes que Deus me deu: Daniele Ferreira Barbosa Rodrigues, Sara Ferreira Barbosa Rodrigues e Ester Ferreira Rodrigues, as quais estiveram ao meu lado durante toda esta trajetória;

Agradeço a minha amiga e “filha”: Raquel Xavier. Difícil falar dela sem me emocionar, se tornou a expressão viva do amor de Deus na minha vida, me mostrando que seria possível prosseguir quando já tinha começado o caminho da desistência;

Agradeço a minha admirável orientadora, a professora Joseane, a qual com um jeitinho carinhoso e não menos exigente, permitiu que eu construísse esse trabalho, me apoiando sempre;

Agradeço a Dra. Renata Castelo Branco Juncá (minha estrela) pelo carinho, compreensão e apoio dispensados nos momentos mais difíceis da minha vida;

Agradeço a Ana Paula Caputo, pelas muitas vezes que cordialmente atendia as minhas perguntas e solicitações;

Agradeço a Paula Mouzinho, pela competência, altruísmo, comprometimento e dedicação, sempre se colocando a disposição dos alunos;

Agradeço a todos aqueles que participaram da minha pesquisa, especialmente aos trabalhadores e militantes dos dispositivos do Programa de Saúde Mental de Campos dos Goytacazes;

Enfim, agradeço a todos aqueles que, direta ou indiretamente contribuíram, para a concretização de mais essa etapa na minha vida.

SUMÁRIO

ÍNDICE DE FIGURAS	IX
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	X
ÍNDICE DE TABELAS E QUADRO	XI
RESUMO.....	XII
ABSTRACT	XIII
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	XIV
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1. VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA: ELEMENTOS TEÓRICOS E CONCEITUAIS.....	4
1.1. O SUICÍDIO NA HISTÓRIA DA HUMANIDADE	4
1.2. A EPISTEMOLOGIA DO SUICÍDIO: DESAFIO A CIÊNCIA PÓS-MODERNA	12
CAPÍTULO 2: POLÍTICA PÚBLICA NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL: AVANÇOS E RETROCESSOS.....	19
2.1. A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL.....	19
2.2. A VIGILÂNCIA E MONITORAMENTO DA VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA: LINHAS DE CUIDADO NA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL.....	33
CAPÍTULO 3: ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA EM CAMPOS DOS GOYTACAZES: PRESSUPOSTOS DE ANÁLISE	43
3.1. PERFIL DA VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA EM CAMPOS DOS GOYTACAZES.....	47
3.2.1. POSTO PSIQUIÁTRICODE URGÊNCIA DA SALDANHA MARINHO ...	70

3.2.2. - CAPS III DR. ROMEU CASARSA	72
3.2.3. - CAPS INFANTIL DR. JOÃO CASTELO BRANCO	73
3.2.4. - CAPS AD III - DR. ARI VIANA.....	74
3.2.5. - CAPS DR. JOÃO BATISTA DE ARAÚJO GOMES	75
3.2.6. - AMBULATÓRIO: HOSPITAL SÃO JOSÉ.....	76
3.2.7. - HOSPITAL GERAL DE GUARUS	77
3.2.8. - RESIDENCIA TERAPÊUTICA	78
3.2.9. - UNIDADE DE ACOLHIMENTO INFANTO JUVENIL – UAI.....	78
3.2.10. - HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DR. JOÃO VIANA	79
CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
REFERÊNCIAS	84
APÊNDICES.....	91

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Posto de urgência Psiquiátrico da Saldanha Marinho em Campos dos Goytacazes.	71
Figura 2. Localização do Posto de Urgência Psiquiátrico Saldanha Marinho em Campos dos Goytacazes.	71
Figura 3. CAPS III DR. Romeu Casarsa em Campos dos Goytacazes.	72
Figura 4. Localização do CAPS III DR. Romeu Casarsa em Campos dos Goytacazes.	73
Figura 5. CAPS Infantil Dr. João Castelo Branco em Campos dos Goytacazes.	73
Figura 6. Localização CAPS Infantil Dr. João Castelo Branco.	74
Figura 7. CAPS AD III Dr. Ari Viana em Campos dos Goytacazes.	74
Figura 8. Localização CAPS AD III Dr. Ari Viana em Campos dos Goytacazes.	75
Figura 9. CAPS II- DR. João Batista de Araújo Gomes em Campos dos Goytacazes.	75
Figura 10. Localização do CAPS II- DR. João Batista de Araújo Gomes em Campos dos Goytacazes.	76
Figura 11. Ambulatório do Hospital São José em Campos dos Goytacazes....	76
Figura 12. Localização do Ambulatório do Hospital São José em Campos dos Goytacazes.	77
Figura 13. Ambulatório do Hospital Geral de Guarus em Campos dos Goytacazes.	77
Figura 14. Localização do Ambulatório do Hospital Geral de Guarus em Campos dos Goytacazes.	78
Figura 15. Residência Terapêutica em Campos dos Goytacazes.	78
Figura 16. Unidade de Acolhimento Infanto Juvenil – UAI em Campos dos Goytacazes.	79
Figura 17. Localização da Unidade de Acolhimento Infanto Juvenil – UAI em Campos dos Goytacazes.	79
Figura 18. Hospital Psiquiátrico Dr. João Viana em Campos dos Goytacazes.	80
Figura 19. Localização do Hospital Psiquiátrico Dr. João Viana em Campos dos Goytacazes.	81

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Notificações de violência autoprovocada segundo o sexo no IML de Campos dos Goytacazes..	48
Gráfico 2. Notificações de violência autoprovocada segundo o sexo no HFM..	48
Gráfico 3. Notificação de Violência Autoprovocada, segundo o Método no ano de 2015 no HFM.....	49
Gráfico 4. Suicídio segundo a metodologia utilizada registrada no HFM.	50
Gráfico 5. Suicídio segundo a cor segundo o IML de Campos dos Goytacazes..	51
Gráfico 6. Notificação de tentativa de violência autoprovocada no HFM segundo a Cor.....	52
Gráfico 7. Notificação de violência autoprovocada segundo o estado civil registrada no HFM.....	53
Gráfico 8. Suicídio segundo a faixa etária segundo o IML de Campos dos Goytacazes..	54
Gráfico 9. - Reincidência dos casos de violência autoprovocada registrada no HFM.....	57
Gráfico 10. Notificação de violência autoprovocada segundo identificação de transtorno mental no HFM.....	58
Gráfico 11. Notificação de violência autoprovocada segundo a assistência à saúde até um mês antes do ato segundo o HFM.....	60
Gráfico 12. Notificação de violência autoprovocada, segundo o local da tentativa segundo o HFM.....	62
Gráfico 13. Notificação de violência autoprovocada segundo o uso/dependência de drogas ilícitas no HFM.....	66
Gráfico 14. Notificação de violência autoprovocada segundo o destino das vítimas após o atendimento no HFM.	67

ÍNDICE DE TABELAS E QUADRO

Tabela 1. Notificação da violência autoprovocada em Campos dos Goytacazes por bairro de residência.....	64
Quadro 1. Dispositivos da rede de atenção psicossocial - RAPS.	25

RESUMO

Compreendemos a saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades ou a perfeição morfológica, acompanhada da harmonia funcional, da integridade dos órgãos e aparelhos e do bom desempenho das funções vitais", conforme conceituado pela Organização Mundial de Saúde. As Causas Externas, segundo o Ministério da Saúde, a partir da década de 80, passaram a representar a segunda maior causa de morte no quadro geral de mortalidade no Brasil. Dentre os eventos causadores de mortes externas e agravos destaca-se a violência autoprovocada, considerada pela OMS como um problema de Saúde Pública. Segundo o Ministério da Saúde. O sujeito social é síntese de múltiplas determinações, sua existência, bem como os atos por ele praticados na relação com os outros e consigo mesmo, não podem ser reduzidos a perspectivas empíricas, generalistas, individuais ou meramente biológicas, desconectadas de uma estrutura social, política e econômica mais ampla. Sendo a violência autoprovocada um fenômeno social e histórico, fruto das expressões da questão social, tal fenômeno se insere na arena pública. Considera-se que as políticas sociais, são espaços de disputa que funcionam ora enquanto uma estratégia de dominação e amenização dos conflitos sociais, ora como mecanismos resultantes de ampliação de direitos e conquistas sociais. As políticas sociais constituem espaço de luta de interesses contraditórios que se articulam e interagem na realidade social capitalista a partir de perspectivas políticas, sociais e econômicas perpassados por aspectos organizacionais, profissionais e comunitários. Desta forma, este trabalho trata da caracterização do fenômeno da Violência Autoprovocada no município de Campos dos Goytacazes, relacionando-o ao tratamento dispensado às vítimas no campo da política social de saúde em Campos dos Goytacazes, especialmente no campo da política pública de Saúde Mental. Para a caracterização e compreensão do fenômeno nos dispositivos de atendimento da Política Pública de Saúde no município de Campos dos Goytacazes, foram realizadas pesquisas documentais junto ao Instituto Médico Legal, Hospital Ferreira Machado, Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro e Secretaria Municipal de Saúde. Também foram realizadas entrevistas semiestruturadas dirigidas aos profissionais lotados nos dispositivos que compõem o Programa Municipal de Saúde Mental da Prefeitura de Campos dos Goytacazes. O presente trabalho constitui-se no esforço da pesquisa sobre a compreensão da complexidade da violência autoprovocada, e como o problema é tratado no campo da política pública de saúde em Campos dos Goytacazes.

PALAVRAS CHAVE: Violência autoprovocada, Política Social, Saúde Mental

ABSTRACT

We understand health as "a state of complete physical, mental and social well-being and not only the absence of affections and diseases or morphological perfection, accompanied by functional harmony, the integrity of organs and apparatus and the good performance of vital functions," according to the World Health Organization. The External Causes, according to the Ministry of Health, since the 80's, have become the second largest cause of death in the overall mortality in Brazil. Among the events causing external deaths and injuries, self-inflicted violence, considered by the WHO as a Public Health problem, stands out. According to the Ministry of Health. The social subject is a synthesis of multiple determinations, their existence, as well as the acts they practice in relation to others and to themselves, can not be reduced to empirical, generalist, individual or purely biological perspectives, disconnected from a social, political structure and economic growth. Since self-inflicted violence is a social and historical phenomenon, fruit of the expressions of the social question, such phenomenon is inserted in the public arena. It is considered that social policies are spaces of dispute that function as a strategy of domination and mitigation of social conflicts, or as mechanisms resulting from the expansion of social rights and achievements. Social policies constitute a space for the struggle of contradictory interests that articulate and interact in the capitalist social reality from political, social and economic perspectives pervaded by organizational, professional and community aspects. This work deals with the characterization of the phenomenon of Self-Violence in the municipality of Campos dos Goytacazes, relating it to the treatment given to victims in the field of Social Health Policy in Campos dos Goytacazes - especially in the field of public policy on Mental Health. For the characterization and understanding of the phenomenon in the devices of attendance of the Public Health Policy in the municipality of Campos dos Goytacazes, documentary research was carried out at the Instituto Médico Legal - IML, Hospital Ferreira Machado, Rio de Janeiro State Military Fire Department and Municipal Health Secretariat. There were also semi-structured interviews directed to the professionals who filled out the devices that make up the Municipal Mental Health Program of the Campos dos Goytacazes City Hall. The present work constitutes the effort of the research on the comprehension of the complexity of the autoprovoacted violence and how the problem is treated in the field of public health policy in Campos dos Goytacazes.

KEYWORDS: Self-inflicted violence, Social Policy, Mental Health

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos em Saúde

CR – Consultório na Rua

COSEMS – Conselho de Secretários Municipais de Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

GM- Gabinete Ministerial

HFM – Hospital Ferreira Machado

LAI – Lesão Autoprovocada Intencional

MS – Ministério da Saúde

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NASF – Núcleo de Atendimento Saúde da Família

NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial SUS – Sistema Único de Saúde

RT- Residência Terapêutica

REME - Renovação Médica

UAI – Unidade de Acolhimento Infanto Juvenil

SINAN – Sistema Nacional de Agravos de Notificação

SUS – Sistema Único de Saúde

VIVA – Vigilância de Violências e Acidentes

INTRODUÇÃO

O fenômeno da violência é fruto de uma conjuntura política, social e econômica perpassada por interesses de classe. Configura-se como uma das expressões da “Questão Social” e segundo a Organização Mundial Saúde (OMS, 2012), caracteriza-se como um problema de saúde pública. Segundo Iamamoto:

[...] Questão Social é apreendida como um conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade [...] (IAMAMOTO (1998, p. 27).

A violência é um fenômeno complexo e multifatorial, atingindo a população em aspectos diversos, estando relacionada a questões de gênero, faixa etária, classe social, etc. Conforme Minayo:

Por ser um fenômeno humano-histórico, a violência está aí para dramatizar causas, trazê-las à opinião pública e, incomodamente, propor e exigir mudanças (MINAYO, 2006, p.118).

Para fins de notificação, segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS (2002), a violência é conceituada como o

Uso intencional de força física ou poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (WHO, 2002, p.80).

A complexidade do fenômeno da violência aumenta quando se trata da violência autoprovocada, à medida que neste último se entrelaçam aspectos de ordem subjetiva, objetiva, material, ideológica, ético-cultural, religiosa, filosófica científica, individual e coletiva.

A palavra suicídio vem da expressão latina *sui caedere*, significa “matar-se”, e foi utilizada pela primeira vez em 1717 por Desfontaines. Também é conceituada como “morte voluntária”, “morte intencional” ou “morte auto-infligida”. A OMS, conceitua o suicídio como um ato violento cometido sobre si mesmo, com a clara intenção de morrer.

O fenômeno da violência autoprovocada, suicídio é uma forma de violência, portanto, perpassado por elementos complexos, multifatoriais, não lineares, muito menos causais. Configura-se enquanto um fenômeno social, político e histórico, assumindo diferentes conotações, de acordo com os interesses ideológicos, éticos e morais que os circunscrevem, o que está relacionado a dada estrutura de poder nas sociedades, nos diversos tempos históricos.

No entanto, é interessante notar que nem todos os indivíduos que praticam lesões autoprovocadas têm a intenção de morrer. Tem sido crescente o número de sujeitos sociais que se automutilam utilizando os mais diversos métodos, principalmente objetos perfuro cortantes. Daí a utilização do termo violência autoprovocada, além da utilização do termo tentativa de suicídio para todos os casos de lesão autoprovocada ou auto infligida.

No primeiro capítulo deste trabalho estaremos tratando as questões de base histórica e conceituais que perpassam o fenômeno da violência autoprovocada ao longo da história da humanidade. Em seguida, por ser um fenômeno será abordado em sua complexidade teórico-científica frente aos desafios impostos a Ciência Pós-moderna, a qual se requer interdisciplinar e sob a perspectiva de Santos, (2012) demanda um diálogo com os diversos saberes no campo das Ciências Sociais.

Uma vez que a violência é considerada um problema de saúde pública, no segundo capítulo estaremos refletindo sobre a violência autoprovocada no campo da Política Pública de Saúde. Torna-se impossível compreender a complexidade do fenômeno da violência autoprovocada apenas sob os limites dos aspectos biológicos. A partir da reflexão sobre os avanços da saúde pública no Brasil, ocorridos nas décadas de 70 e 80, resultaram nos Movimento conceituados como Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica. Desta forma, estaremos elencando os principais aspectos que envolvem a Política de Saúde no Brasil no campo da saúde mental.

O movimento de democratização vivido neste período propiciou grande avanço no campo dos direitos sociais e grande alargamento nos instrumentos de proteção social, principalmente no campo da Política Pública de Saúde. Foram criadas instâncias para o monitoramento e avaliação das informações em saúde. Compreendendo a vigilância em saúde como uma linha de cuidado, trataremos da importância dos sistemas de informação em saúde como processos basilares para a implementação de políticas sociais.

Também refletiremos sobre as principais barreiras relacionadas a coleta dos dados e notificação dos casos de violência autoprovocada no campo da política pública. O que diferencia um corte acidental de um corte intencional é a expressão do desejo do indivíduo em causá-lo. A categoria intencionalidade é fator complicador para a notificação dos casos de violência autoprovocada, o que demanda por parte dos profissionais de saúde o desenvolvimento de instrumentos teórico-metodológicos e habilidades no manejo do cuidado das vítimas.

A compreensão das barreiras que incidem na subnotificação dos casos, a compreensão dos elementos que perpassam a relação do profissional ao qual é demandada a notificação junto ao sujeito promotor da Lesão Autoprovocada Intencional e, principalmente a necessidade implementação de políticas sociais no campo da saúde pública voltadas para o problema, poderiam fomentar ações de prevenção e conseqüentemente diminuição dos gastos públicos com ações de recuperação e reabilitação das vítimas de violência autoprovocada.

Após considerarmos a importância das ações de vigilância em saúde, no terceiro capítulo, a partir dos dados quantitativos coletados e das análises das entrevistas refletiremos sobre o atendimento prestado às vítimas de violência autoprovocada no município de Campos dos Goytacazes. O foco da análise se concentra na rede de atenção psicossocial, uma vez que as vítimas de violência autoprovocada são direcionadas para os dispositivos de saúde mental do município.

A presente pesquisa busca o estudo da Política Pública de Saúde no município de Campos dos Goytacazes, tendo como foco principal as ações desenvolvidas no campo da saúde mental, com destaque para a rede de Atenção Psicossocial – RAPS. A metodologia de se divide em etapas qualitativas e quantitativas.

CAPÍTULO 1. VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA: ELEMENTOS TEÓRICOS E CONCEITUAIS

1.1. O SUICÍDIO NA HISTÓRIA DA HUMANIDADE

A palavra suicídio vem da expressão latina *sui caedere*, que significa “matar-se”, usada em 1717, pela primeira vez por Desfontaines. Por vezes designadas como “morte voluntária”, “morte intencional” ou “morte auto-infligida”. Desde os tempos mais remotos, o suicídio assume diferentes significados em diversos períodos históricos.

Na Roma antiga, o meio de morrer era mais importante do que a própria morte. Nos concílios de Orleans, Braga e Toledo o suicídio tornou-se um crime hediondo, um pecado, onde suas consequências acarretariam em perseguições e preconceitos dirigidos aos familiares do suicida. No Renascimento, ao suicida foi restituída uma condição de respeito e até de um certo fascínio. Algumas culturas japonesas consideram o suicídio uma forma digna de fugir de certos contextos que envolvem vergonha e culpa., como acontecia no ritual chamado harkiri, praticado entre os guerreiros samurais.

O suicídio é um fenômeno histórico, ou seja, está relacionados ao tempo histórico de análise, bem como aos interesses e valores culturais e éticos que o circunscrevem. Em diversos tempos históricos, pensadores definem o suicídio de maneiras diferenciadas.

Sêneca o vê como um ato de heroísmo, Goethe como um ato pertinente a natureza humana, Kent como uma destruição arbitrária e premeditada a qual o homem faz da sua natureza animal, Rousseau como uma violação ao dever de ser útil ao próprio homem e aos outros, Nietzsche como admitir a morte no tempo certo e com liberdade, Sartre como uma fuga ou um fracasso, Shopenhauer como a positividade máxima da vontade humana” (SHIKIDA & ARAUJO, 2006 p. 04).

Nas “cidades-estado”, da Grécia, o sujeito não tinha mais decisão pessoal sobre sua própria vida. O Estado não aceitava, qualquer ato que viesse a colidir com a ideia do espírito comunitário, o suicídio era visto como um ato egoísta.

Aristóteles acreditava que os indivíduos pertencem à sociedade. Portanto, ao se suicidarem afetariam negativamente o todo ao qual pertencem. Outro conceito da antiguidade relacionado ao suicídio é o de covardia, assemelhado a

ideia de deserção. Tal conceito foi amplamente descrito em relatos das histórias de guerra. O repúdio ao suicídio por gregos e romanos está relacionada a uma visão estatal, o que veio a apresentar mudanças a partir da absorção dos valores monoteístas.

Ao contrário do politeísmo, doutrina a qual acredita em várias divindades, o monoteísmo é um sistema doutrinário caracterizado pela crença na existência de apenas uma divindade. As principais religiões monoteístas são: o islamismo, o cristianismo e o judaísmo. O monoteísmo envolve valores religiosos ligados ao cristianismo, ao judaísmo e ao islamismo. De acordo com os pressupostos monoteístas, o suicídio assume um caráter relacionado ao sagrado, ao divino. A vida assume a conotação de um valor sagrado com elementos de concepção teológica.

Na idade média, devido às sanções aplicadas ao cadáver daqueles que cometiam suicídio, bem como aos seus familiares surgem os "tribunais eclesiásticos". Os tribunais eclesiásticos tinham a função de julgar se a morte de dado sujeito, foi ou não suicídio. Começou-se então a se atenuar as sanções nos casos em que o suicídio poderia ser melancolia ou loucura.

No pensamento cristão de Tomás de Aquino e Agostinho o suicídio é amplamente condenado devido a tripla ofensa relativa a si mesmo, a cidade e a Deus. Santo Agostinho (354 - 430) inaugura a condenação radical da morte voluntária, em seu tratado: A Cidade de Deus.

Nós dizemos, declaramos e confirmamos de qualquer forma que ninguém tem o direito de espontaneamente se entregar à morte sob pretexto de escapar aos tormentos passageiros, sob pena de mergulhar nos tormentos eternos; ninguém tem o direito de se matar pelo pecado de outrem; isso seria cometer um pecado mais grave, porque a falta de um outro não seria aliviada; ninguém tem o direito de se matar por faltas passadas, porque são sobretudo os que pecaram que mais necessidade têm da vida para nela fazerem a sua penitência e curar-se; ninguém tem o direito de se matar na esperança de uma vida melhor imaginada depois da morte, porque os que se mostram culpados da sua própria morte não terão acesso a essa vida melhor. (AGOSTINHO, A Cidade de Deus, I, 47 apud. MINOIS, 1998, p. 39).

Santo Agostinho aprofunda e muda o discurso histórico e discursivo sobre o suicídio na Idade Média. O quinto mandamento, sendo ele: “Não Matarás”, faz com o suicídio seja proibido pela Igreja. A vida passa a ser vista como um dom sagrado, disposto somente a Deus, associando-a a um valor divino e não mais estatal como antes.

Santo Agostinho e a Igreja se colocam política e estrategicamente contra os donatistas (seita primitiva cristã que defendia condutas de martírio) e contra o suicídio coletivo das mulheres romanas que eram desonradas com a morte dos maridos. Nesta época, o Império passava por uma crise demográfica e econômica, suicídios coletivos e por martírio.

A Igreja e o Estado então, constroem um discurso repressivo ao suicídio por interesses óbvios e relacionados a crise econômica e demográfica da época e principalmente, procura conter a perda de mão de obra.

No período entre 1266 e 1273, Tomás de Aquino escreve sua *Summa Theologica*, que reafirma a interdição do suicídio e a proibição da sepultura de suicidas em terras sagradas, retomando as posições de Santo Agostinho. Entretanto, coloca em circulação uma nova discursividade: a de que o homem pertence à sociedade e, suicidando-se, prejudica a comunidade. Introduz, baseado em Aristóteles, o princípio jurídico-social que o suicídio é um ato contra o Estado (WERLANG *et al.*, apud. WERLANG e BOTEGA, 2004, p. 82).

Os casos de suicídio na Idade Média eram vistos como sinal de transtorno mental ou como um pecado. A instituição da loucura funcionava para os suicidas como único caminho para fugir das sanções da época. Como pecado, a Igreja oferecia auxílio através da confissão e como loucura o indivíduo não podia ser responsável pelos seus atos. Aqueles que praticavam qualquer ato de violência autoprovocada logrando ou não êxito ao intentar contra a própria vida e não se confessavam eram tidos como criminosos.

No final da Idade Média, quando houve a separação do poder do Estado e da Igreja, o poderio médico assume papel de destaque. Aos médicos é dado o poder de definir a negatividade da morte voluntária ou não. A violência autoprovocada então, passa a ser vista mais fortemente a partir de uma visão patológica, abandonando a noção de pecado. Inicia-se então, a fabricação da loucura.

Ao nobre suicida, suicidas de classes mais elevadas, independente da causa, lhe era atribuído lugar de honra. Ao suicida camponês ou artesão era-lhe atribuído a visão de covarde ou egoísta. Seus cadáveres passavam por suplícios públicos. Seus corpos arrastados por animais até a forca ou fogueira, eram mutilados, exibidos nus em praça pública, sendo seus bens vetados à família. Estes não tinham direito aos rituais funerários.

O poder exercia-se sobre o direito do confisco, mecanismo de subtração, direito de se apropriar de uma parte das riquezas: extorsão de produtos, bens, serviços, de trabalho e de sangue imposta aos súditos. O poder era, antes de tudo, direito de apreensão das coisas, do tempo, dos corpos e, finalmente, da vida; culminava com o privilégio de se apoderar da vida para suprimi-la (FOUCAULT, 1985, p. 129).

O suicídio de algum clero era considerado algo raro. Havia o encobrimento dos casos, o que estava ligado à coesão e solidariedade entre o corpo eclesiástico. O corpo de um suicida eclesiástico não sofria as mesmas sanções dos camponeses e artesãos, mas era entregue à autoridade clerical, no caso, o bispo da diocese. Ainda assim havia certa disputa quanto ao confisco de bens entre a igreja e a justiça civil.

Com o apelo à razão no a partir do Renascimento e o surgimento das ideias iluministas, houve uma diminuição ao repúdio do ato suicida. Inclusive as sanções religiosas eram vistas como erradas, ou melhor equivocadas. A Revolução Francesa promoveu a primeira a "desincriminação" do ato suicida na Europa moderna.

O surgimento da Revolução Industrial e o valor agregado a produção, a mão de obra como valor social, associada ao corpo fez com que o suicídio passasse a ter outra conotação. Neste momento, é considerado um ato de vergonha, marcado por tabus e principalmente por indícios de patologia mental e por elementos hereditários.

Durkheim, no século XIX, traz o fenômeno do suicídio para o campo da Ciência atribuindo-lhe característica de fato social passível de mensuração objetiva. A partir daí, no início do século XX, o suicídio passa a ser objeto da psiquiatria, com o reforço da pesquisa estatística sobre o tema, já iniciada com Durkheim. O referido autor conceitua o suicídio como: "todo caso de morte que

resulte direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo, praticado pela própria vítima, sabedora de que devia produzir esse resultado. A tentativa é o ato assim definido, mas interrompido antes de resultar em morte."

Já no ano de 1897, um dos pilares da sociologia, Emille Durkheim num dos seus grandes clássicos: *Suicide*, se debruçou sobre o tema. Numa abordagem positivista. Durkheim, estudou as taxas de suicídio numa relação com a integração social com a coletividade, a sociedade, concluindo que a Revolução Industrial levou os indivíduos a um sentimento de despertencimento da consciência coletiva causado pelo desgaste dos laços sociais.

Ao mesmo tempo que considerou as questões externas ao indivíduo como elementos propulsores da violência autoprovocada, Durkheim superdimensionou as causas ao aspecto anômalo individual. Atribui à Revolução Industrial o flagelo dos laços de pertencimento, o qual é real, mas não considera que a desigualdade social, as longas horas de trabalho, as péssimas condições de trabalho e a exploração de uma classe sobre a outra podem ser elementos que influenciam diretamente no ato suicida.

A "ordem" e as "regras" ao mesmo tempo que são reconhecidas no campo social são colocadas como algo para além dos indivíduos, mas condições e estratégias de dominação necessárias a manutenção da mais-valia e extrema exploração do homem pelo homem.

Atribuir ao suicídio uma lógica meramente patológica e Cartesiana, significa reduzir-lhe a uma dimensão reducionista e especializada. É indiscutível o fato de que alguns transtornos mentais são elementos preponderantes nas taxas de suicídio, porém o que tem levado ao número cada vez mais crescente de pessoas que desenvolvem transtornos que conduzem ao ato suicida devem ser consideradas.

Norbert Elias (1993), interpreta os fenômenos psicológicos como relações do homem com o mundo, considera que as variáveis culturais relevantes e as perspectivas diversas de interpretação dessas variáveis que afetam o comportamento das pessoas são articuladas considerando um processo histórico, examina como se deram as transformações nas relações interpessoais que levam o homem moderno a se ver como indivíduo autônomo e revela a existência de mecanismos de controle individual ativados pelo coletivo, dando ao tema da subjetividade um caráter relacional e não substancial, ou seja, da

inconsistência de se considerar os sentimentos como fenômenos internos exclusivamente.

De relevância equivalente a Durkheim no campo da Sociologia, há o estudo realizado por Karl Marx ao analisar os casos de suicídio relatados por um escrivão da Polícia.

No Século XX, o fenômeno do suicídio foi revisitado em suas bases conceituais, porém de forma unilateral por variados campos do conhecimento. No período ocorreram eventos como: catástrofes e crises, e também, relevante aumento e crescimento dos meios de produção em massa, consumo e propagação da informação. Como uma aceleração dos meios de produção e consumo de bens e informações.

O Século XXI está sendo marcado pelas transformações promovidas nos processos de industrialização avançada e pela tecnologia no mundo laboral. Tais elementos interferiram diretamente na construção da identidade social dos sujeitos históricos e interferiram drasticamente na constituição da identidade social destes. Até o presente século, o suicídio indica três vertentes principais: 1 - A Divina (a qual relaciona o ato ao pecado); 2 - A sociológica (atribui ao suicídio questões de ordem social e influência externa ao indivíduo, onde eventos como guerra, crises econômicas, transformações sociais podem aumentar o número de casos); 3 - A Patológica (relaciona o ato a uma doença). Tais vertentes estão intrinsecamente relacionadas aos interesses e grupos sociais nos mais diversos momentos históricos.

Alguns pensadores, que contemplam reflexões acerca da pós-modernidade, reconhecem o quanto a sociedade atual tem sido, progressivamente, marcada pelo mercado de consumo (Baudrillard, 1991; Bauman, 2008). A propaganda e o marketing dos últimos anos trouxeram novas significações para os constantes apelos à aquisição de bens materiais e serviços. O consumo deixou de ter somente um valor utilitarista e passou a compor um eixo identitário, onde, o 'ser' se constitui pelo 'ter' e pode ter uma relação com o ato suicida.

Giddens (2003), ao refletir sobre os relacionamentos interpessoais, chama atenção para a maneira como a internet e a globalização tem influenciado os indivíduos nos dias atuais. Na contemporaneidade, com a Internet e a propagação das redes sociais surge um novo tipo de cultura, a qual é marcada

pelos valores virtuais e globais. Há, portanto, novos mecanismos de manipulação ideológica e global em tempo real.

A internet constitui-se elemento de formação de valores de abrangência mundial ao qual que tem formatado um novo cidadão com características relacionados aos interesses de mercado e consumo do mundo globalizado. O mundo virtual altera as relações interpessoais, sendo estas ampliadas independente de questões geográficas.

O advento da internet promoveu grandes mudanças no que tange ao significados e valores sociais vislumbra-se novas modalidades interacionais, novos agrupamentos sociais, novas formas de conversação, de identificação. (Donath, 1999; Herring, 1999; Herring *et al.*, 2006; Lemos, 2003).

Ao contrário do que vislumbravam utopicamente alguns autores, de que a Internet poderia constituir uma comunidade livre, igualitária e fraternal; ou que fomentaria a cooperação internacional (Briggs & Burke, 2006); não se pode olhar de modo idealizado para os efeitos produzidos pela Internet, pois seu caráter emancipador, transfronteiriço e de transparência tem desvelado também os vícios mais nefastos das culturas humanas. Observa-se o incremento de uma nova forma de opressão social: a exclusão digital, que aliena e marginaliza milhares de pessoas do mundo todo (TARGINO, 2010). Uma das complexidades da Internet reside no grau de intensidade e velocidade com que o ciberespaço tem interferido nas interações humanas, uma vez que a web já é parte integrante da vida cotidiana de milhares de indivíduos. (BIDLE *et al.*, 2016).

As mídias sociais (sites de relacionamento em tempo real) trouxeram novas dinâmicas de interação e comunicação social. Acabaram por reconfigurar em certos espaços de acesso à internet complexas dinâmicas de interação social, práticas de comunicação e por conseguinte, estratégias internacionais de dominação ideológica propagação de valores, bem como fatores relacionados ao viver e ao morrer.

A possível influência midiática no aumento dos casos de suicídio é alvo de discussões desde o Séc. XVIII, sendo chamada por alguns estudiosos como Efeito Werther. Tal nome refere-se ao personagem de um romance, datado de 1774, o qual é intitulado: *Die Leiden des jungen Werthers* (Os lamentos do jovem Werther). A obra escrita por Goethe trata do suicídio de um jovem após decepção amorosa.

Quanto a violência autoprovocada, estudos recentes buscam relacionar o fenômeno relacionando-o quanto a influência dos sites de relacionamento. Pesquisas realizadas no Japão e em Taiwan revelaram a ligação entre a quantidade de buscas sobre palavras associadas ao suicídio e a relação destas buscas com as taxas de suicídio mensais nestes países, segundo PAGE *et al.*, (2011).

Há grupos populacionais mais suscetíveis às influências da internet na prática do suicídio. Gunter e Furnham (1998) estudam a violência autoprovocada na infância e adolescência. Para estes, o desejo social de vincular-se a grupos está também associado à necessidade do adolescente de afirmar sua individualidade em busca de formar e consolidar a identidade. São grupos mais passíveis da influência midiática da internet devido as peculiaridades relativas ao período que vivenciam, ou seja, do desenvolvimento e identificação de sua personalidade e identidade social, bem como da construção de suas identidades enquanto sujeitos em formação.

Mensurar a influência da internet nos atos de violência nos diversos países do mundo requer grandes desafios. Deve levar em consideração a complexidade das suas variáveis nos diversos territórios mundiais, bem como as relações estabelecidas entre os diversos países, além de elementos culturais, éticos e políticos historicamente construídos. Tal desafio é ainda mais complexo quando se trata da influência da internet na prática da violência autoprovocada. A complexidade de análise da relação da internet com a violência autoprovocada aumenta no que concerne a regulação e barreiras sócio jurídicas as quais inserem a visão a respeito do fenômeno em cada país.

O Código Penal Brasileiro (Decreto-Lei nº 2.848/1940), descreve o suicídio como deliberada destruição da própria vida. O Artigo 122 coloca o “auxílio, instigação ou induzimento ao suicídio como ato imputável de sanções, cuja pena é ” reclusão, de 2 (dois) a 6 (seis) anos, se o suicídio se consuma; ou reclusão, de 1 (um) a 3 (três) anos, se da tentativa de suicídio resulta lesão corporal de natureza grave.

A indução é a iniciativa do agente, em criar na mente do indivíduo o desejo de suicidar. A instigação é feita por aquele que reforça e estimula a ideia preexistente do suicídio, já o auxílio dado ao suicida seria o ato em si, ou seja,

traduzido por ato material (fornecimento de arma, veneno, etc.), mas pode também ser de ordem moral (instruções para por termo à vida etc.).

Ao contrário do Brasil, outros países regulamentaram a prática do que se chama de suicídio assistido. Um dos primeiros países do mundo que regulamentou a morte assistida foi a Holanda, no ano de 2002. Isso, nos casos de doenças incuráveis, dor insuportável, sem perspectiva de melhora. Para tal, o solicitante da morte assistida deve estar gozando de plenas faculdades mentais ao fazer a petição.

A lei suíça permite a eutanásia e o suicídio assistido quando os pacientes cometem o ato e não haja por parte dos ajudantes outra motivação que não seja a de cumprir o desejo do doente. Outros países também já autorizaram a prática da morte assistida como: Bélgica, Luxemburgo, Alemanha, Colômbia, Canadá e em seis Estados norte-americanos. Portanto, o suicídio em cada país possui uma normativa própria, o que tende a passar por transformações no mundo globalizado, o qual interage em tempo real através da internet.

1.2. A EPISTEMOLOGIA DO SUICÍDIO: DESAFIO A CIÊNCIA PÓS-MODERNA

O estudo da violência autoprovocada requer a análise de elementos que envolvam questões de vários ordenamentos das ciências. Representa um desafio à Ciência Pós-Moderna, à medida que evidencia a necessidade de uma visão interdisciplinar, principalmente no campo das Ciências Sociais.

Apesar das diferenças teórico-metodológicas que envolvem dois autores clássicos da Sociologia: Émile Durkheim (1897) e Karl Marx (1818-1883), há de comum entre estes a perspectiva de que as influências dos aspectos sociais e econômicos podem induzir a Violência Autoprovocada, sendo portanto, algo passível de conhecimento no campo das ciências sociais.

Durkheim (1897) acredita que a individualização dos vínculos entre os indivíduos está diretamente relacionada à Revolução Industrial. Apesar disso, desconsidera as desigualdades sociais e a exploração do trabalho como fatores que podem levar ao ato suicida ou como elementos vinculados a uma perspectiva coletiva. Associa o suicídio a fatores sociais, relacionados ao grau de coesão do indivíduo à sociedade, sendo que a capacidade de coesão entre os indivíduos está relacionado a categoria anômalas.

É certo que a análise do suicídio feita por Durkheim, sobretudo quanto a sua dimensão social, enquanto um instrumento de reflexão do ato individual, tem um significado importante para sua época e para hoje, principalmente no que tange a uma dada ruptura epistemológica, a qual deixa de ver o suicídio como ato necessariamente patológico ou divino. A partir da teoria sobre fato social, o referido autor retira o suicídio da esfera individual situando-o a partir de uma perspectiva social.

Considera três tipos de suicídio: Suicídio Egoísta: aquele causado pela decepção, pela melancolia e pela sensação de desamparo moral, provocadas pela desintegração social. O suicídio altruísta: ocorre quando um indivíduo valoriza a sociedade mais do que a si mesmo. É o caso dos ataques terroristas e dos Kamikazes japoneses da 2ª Guerra Mundial. E o suicídio anômico, aquele que se deve a um estado de desregramento social no qual as normas estão ausentes ou perderam respeito.

No ano de 1847, quase 50 anos antes, do grande clássico sobre o suicídio de Emille Durkheim, Karl Marx escreveu o ensaio intitulado Peuchet: sobre o suicídio. Karl Marx estudou o tema do suicídio a partir dos registros de um ex-arquivista da polícia parisiense chamado Jacques Peuchet, o qual nasceu em 1758 e faleceu aos 72 anos, no ano de 1830. Os escritos de Peuchet continham 2808 casos ocorridos em Paris durante o período de 1817 a 1824. O ensaio intitulado: *Peuchet: vom Selbstmord*, foi publicado em 1846, numa revista proletária alemã.

Peuchet associa a sua concepção de suicídio como resultante, ou sintoma de um meio social adoecido e que precisa de uma transformação radical. Ao analisar a sociedade burguesa citando Peuchet e Rousseau, Marx coloca que esta "é um deserto, habitado por bestas selvagens", onde cada pessoa, quando isolada das demais vive o que ele chama de "solidão em massa". Relata que na Sociedade Burguesa os indivíduos relacionam-se, porém há um estranhamento entre eles, hostilizando-se mutuamente, numa "luta e competição impiedosas", ocupando lugares diferentes, ora vítimas, ora carrascos, o que pode levar ao desespero e ao suicídio.

Marx coloca que todos os indivíduos, independentemente de suas classes, estão sujeitos a chamada desgraça democrática. A censura ao ato suicida, é vista por Marx como insensibilidade dos moralistas. Tais moralistas

impõem ao ato suicida um gesto covarde, um crime contra as leis, a sociedade e a honra. Marx analisa quatro casos de suicídio. Destes, três eram de mulheres e um de homem. Destaca na análise a tirania exercida sobre as mulheres na família. O homem era comparado a um senhor de escravos. Para Marx os suicídios sinalizavam uma sociedade doente, a qual precisava ser transformada.

Com base no conceito de alienação, Marx utiliza os casos de suicídios elencados por Peuchet objetivando expressar o domínio ideológico do determinismo econômico da Sociedade Capitalista, o qual está para além das dimensões objetivas da produção. Uma sociedade que leva o indivíduo ao desejo implacável de matar a si mesmo (MARX, 2008).

O primeiro caso de suicídio descrito por Peuchet (1816), trata o suicídio por afogamento de uma jovem noiva que se mata após humilhação e injúria dos pais, vizinhos e padrinhos devido ao não cumprimento das formalidades da época, entregando-se ao noivo. Marx então, analisa o uso da autoridade dos genitores expressa como intolerância e covardia em comparação ao mundo burguês.

O segundo caso de suicídio analisado por Marx nos escritos de Peuchet se refere ao suicídio de uma mulher devido a importunação do seu marido. Tal mulher foi tida como propriedade pelo marido que após ser acometido por uma doença destinou-se ao isolamento obrigando-a também ao mesmo destino. Era amada pelo cunhado que não teve tempo de cumprir seu plano de resgatá-la, pois a mesma não foi capaz de suportar a tirania do marido e suicidou-se antes.

O caso de maior impacto analisado por Marx trata-se do suicídio de uma jovem grávida, onde o bebê era fruto de um abuso sexual praticado pelo marido da tia. Tal jovem era casada com um banqueiro e se mata após a negativa de um médico na realização do aborto devido a questões de ordem jurídica. Ao tomar conhecimento sobre o suicídio, através de uma matéria jornalística, o médico se questiona quanto a decisão a qual tomou. Marx não emite opinião sobre o aborto, porém propõe ao leitor uma análise do ato através da reflexão do médico.

As críticas de Marx e Peuchet se parecem no que tange a relação social dos casos de suicídio e seu reflexo na vida privada dos indivíduos. Não falam de economia diretamente, mas trazem a economia e a política na dimensão da vida privada. Desta forma, entende-se que pode haver relação entre as questões

sociais e os casos de suicídio, sem generalizações simplistas e unilaterais, dada a complexidade da vida humana.

Os casos estudados por Marx na obra citada são utilizados para atribuir um caráter mais amplo a sua crítica social. Marx teve como ponto de partida o estudo dos casos individuais de suicídio na vida privada para a partir daí, elaborar uma crítica social a sociedade burguesa.

Durkheim partiu do exterior, do geral, para análise do fenômeno da violência autoprovocada na sociedade. Utilizou critérios estatísticos de análise, considerou as questões externas ao indivíduo como os principais fatores desencadeadores da violência autoprovocada. Portanto, supervalorizou as causas no que tange a visão anômala do ser individual, partindo dos caracteres estatísticos de repetição, ou seja, a partir do aspecto social e coletivo do fenômeno.

O esforço de análise da pesquisa dos dois autores sobre o mesmo tema embora com perspectivas de análise tão diferenciadas, foi trazida no presente trabalho com o intuito trazer à tona a relevância da emergente necessidade do exercício da transposição da intolerância discursiva.

O conhecimento pós-moderno, sendo total, não é determinístico, sendo local, não é descritivista. É um conhecimento sobre as condições de possibilidade de ação humana projectada no mundo a partir de um espaço-tempo local. Um conhecimento deste tipo é relativamente imetódico, constitui-se a partir de uma pluralidade metodológica. Cada método é uma linguagem e a realidade responde na língua em que é perguntada. Só uma constelação de métodos pode captar o silêncio que persiste entre cada língua que pergunta. Numa fase de revolução científica que atravessamos, essa pluralidade de métodos só é possível mediante transgressão metodológica... A ciência pós-moderna não segue um estilo unidimensional, facilmente identificável; o seu estilo é uma configuração de estilos construída segundo o critério e a imaginação pessoal do cientista. A tolerância discursiva é outro lado da pluralidade metodológica (SANTOS, 1988, p. 65 e 66).

Durkheim situa o fenômeno da violência sob o viés do positivismo e da lógica organicista, camuflada sobre a noção de uma pseudo neutralidade dos fenômenos sociais. Atualmente percebe-se a preponderância dos estudos sobre o suicídio no campo da psicologia e da fenomenologia. E por que não usa o caminho dialogal entre estas ciências? Talvez o rigor científico e o pressuposto

inicial das ciências sociais no que tange a busca pela Verdade, como se fosse única e objetiva, bem como o medo do Sincretismo teórico marcado pelo chamado rigor científico se configure como umas das maiores barreiras ao exercício dialogal entre a Sociologia e os demais campos da ciência.

Há de se inaugurar, sob os marcos do *paradigma emergente* colocado por Santos (2003), um conhecimento que busque a ruptura epistemológica da ciência moderna. O conhecimento produzido, tem o dever de transformar os rumos da Política Pública, atuar no campo dos direitos individuais e coletivos e interferir nos rumos da pobreza, bem como na reflexão sobre os aspectos epistemológicos que relacionam o valor da vida aos aspectos materiais e objetivos que lhe concernem.

A ciência pós-moderna, ao sensocomunizar-se, não despreza o conhecimento que produz tecnologia, mas entende que, tal como o conhecimento se deve traduzir em autoconhecimento, o desenvolvimento tecnológico deve traduzir-se em sabedoria de vida (Santos, 2003, p.91).

Há uma lacuna no estudo dos elementos materiais concretos relacionados a privação material e aos elementos que envolvem o desejo de morrer, e até mesmo a percepção entre os elementos objetivos e intencionais criados no campo da sociedade capitalista atual. Como diz Boaventura: “o conhecimento pós-moderno, sendo total, não é determinístico, sendo local, não é descritivista. É um conhecimento sobre as condições de possibilidade de ação humana projetadas no mundo a partir de um espaço-tempo local” (SANTOS, 1995).

É indiscutível o fato de que alguns transtornos mentais são elementos preponderantes nas taxas de suicídio. No entanto, o que tem levado ao número cada vez mais crescente de pessoas que desenvolvem transtornos mentais que conduzem ao ato suicida? Atribuir ao suicídio uma lógica meramente patológica e Cartesiana, significa reduzir-lhe a uma dimensão reducionista. É indiscutível o fato de que alguns transtornos mentais são elementos preponderantes nas taxas de suicídio.

A interferência dos fatores sócio econômicos na decisão pela vida ou pela morte, bem como a desmistificação dos elementos e nuances que perpassam tal relação devem ser pauta emergente do conhecimento interdisciplinar da

ciência pós-moderna. A interdisciplinaridade epistemológica se configura enquanto uma perspectiva democrática necessária ao estudo da relação entre o suicídio e os determinantes sociais, políticos e econômicos na Sociedade Capitalista, bem como a importância das políticas sociais no campo da prevenção do fenômeno. A ciência pós-moderna precisa romper com as barreiras impostas ao diálogo e ousar novas linguagens. Afinal, a tolerância discursiva, é o outro lado da essencial pluralidade metodológica (SANTOS, 1995).

Torna-se impossível desconectar as questões econômicas, a política pública, da violência nas suas mais diversas formas de expressão – desde a institucional, passando pela interpessoal até a autoprovocada. Portanto, não há como apreender ao fenômeno da violência autoprovocada a questões meramente objetivas e concretas ou a questões meramente subjetivas e individuais. É tênue a linha entre o individual e o subjetivo no que tange ao valor atribuído pelo indivíduo social nos diversos tempos históricos.

O valor da vida, de uma certa forma, é perpassado a partir de uma ideia sobre a existência humana, o que é imposto por diversas estruturas de dominação, sejam elas concretas e/ou ideológicas. A correlação entre a violência autoprovocada praticada pelo indivíduo, pelo sujeito social elenca elementos de ordem social e histórica, bem como de ordem individual e subjetiva. A correlação entre os fatores sociais e individuais devem ser relacionados sob a perspectiva de uma sociedade onde confluem interesses divergentes, numa estrutura de dominação histórica social marcada pelas desigualdades sociais e pelo desejo de dominação ideológica dos grupos que detêm o poder.

É necessário buscar a inter-relação e interfaces do fenômeno da violência autoprovocada, tanto no viés particular quanto coletivo, sem generalizações simplistas e empíricas, descoladas de um aporte teórico fundamentado numa Ciência que se requeira interdisciplinar, sem visões unilaterais, dualistas e excludentes tais como: subjetivo/objetivo, particular/geral, micro/macro, individual/coletivo, público/privado, científico/senso comum.

É emergente a reflexão de todos os elementos relacionados a violência autoprovocada nas suas variadas formas de manifestação. Esse é o desafio à epistemologia pós-moderna, principalmente para o tratamento teórico-metodológico do fenômeno no campo das Políticas Sociais. Para tanto, se requer

uma ciência que dialogue com os diversos saberes, sem cair na armadilha do sincretismo teórico.

A complexidade ontológica e metodológica que envolve o fenômeno da violência autoprovocada, o coloca enquanto fenômeno multifatorial de grande dimensão epistemológica. A utilização de diversas áreas do saber científico representa o cerne para o desenvolvimento de produções científicas relevantes e necessárias ao desvelamento da relação existente entre este e os demais fatores que interagem sobre a vida social.

A interdisciplinaridade se configura enquanto uma perspectiva democrática e necessária ao estudo da relação entre o suicídio e sua relação com os determinantes sociais, políticos e econômicos numa sociedade capitalista, bem como a importância das políticas sociais no campo da prevenção do fenômeno.

Por este motivo, situamos o campo da saúde e conseqüentemente o estudo da relação da violência autoprovocada enquanto um campo complexo de integração de saberes, que envolva aspectos físicos, políticos, socioeconômicos, culturais e religiosos. Configura-se, portanto, enquanto um desafio ao estabelecimento da inversão e ruptura epistemológica que se requer avançar democraticamente no campo do conhecimento pós-moderno.

A interdisciplinaridade enquanto uma perspectiva democrática é um desafio latente para o estudo do suicídio. A interferência dos fatores sócio econômicos na decisão pela vida ou pela morte, a desmistificação dos elementos e nuances que perpassam tal relação está envoltos no campo do conhecimento interdisciplinar da ciência pós-moderna, campo este que demanda uma nova e mais aprofundada forma de produção científica: aquela que rompe os muros dos saberes incomunicáveis e passam a dialogar maduramente entre si.

CAPÍTULO 2: POLÍTICA PÚBLICA NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL: AVANÇOS E RETROCESSOS

2.1. A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

As relações de poder sempre estiveram presentes na vida coletiva, sendo diferenciadas por instrumentos diversos. A organização dos movimentos sociais no Brasil - após a Ditadura Militar - resultaram num processo de mudanças e lutas pela democracia e consolidação dos direitos sociais. Nos mais diversos campos da Política Pública ocorreram reivindicações e ampliações dos direitos sociais.

No presente trabalho enfatizamos a Política Pública de Saúde através do Movimento conhecido como Reforma Sanitária. A Reforma Sanitária, constituiu-se enquanto um dos mais importantes movimentos no campo da Política Pública pela redemocratização do país, a medida que buscava, não apenas mudanças no campo da saúde, mas, melhoria das condições de vida da população, ou seja, ao conceito de saúde numa perspectiva mais ampla, ou seja, para além dos aspectos meramente biológicos.

O principal marco do processo de democratização no país foi a Constituição Federal de 1988, a chamada “Constituição Cidadã”. Com a Constituição Federal de 1988 foram construídas as bases para a implementação do SUS – Sistema Único de Saúde, formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob a égide do controle social, exercido pelos “Conselhos Comunitários de Saúde”. Há o reconhecimento do direito e necessidade da participação da comunidade na gestão do sistema. Se consolida então, a universalização da assistência, a equidade e a integralidade da atenção à saúde, sendo exercida através de ações de promoção, prevenção e reabilitação.

A Saúde, na Constituição de 1988, passa a compor um dos pilares da Seguridade Social, juntamente com a Assistência Social e com a Previdência Social, sendo que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Dos pilares da Seguridade Social, a Política de Saúde, foi a que mais avançou em relação a garantia democrática de direitos. Segundo o Artigo 196 da Constituição Federal de 1988, “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.”

A VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) é um dos grandes marcos da Reforma Sanitária no Brasil, contou com a participação de diferentes atores sociais implicados na transformação dos serviços de saúde (acadêmicos, profissionais da área de saúde, movimentos populares de Saúde, sindicatos e sociedade civil organizada).

Segundo Luz (2000, p. 302) “a intensa movimentação da sociedade civil teve um papel muito importante para a aceitação, na política oficial, das propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde, em grande parte consubstanciadas no SUS”.

No relatório final da citada Conferência, tema I: Saúde Como Direito, quanto a Saúde:

Item “1- Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade. Acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social e produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.”

Item “3- Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade”.

Fundamentado na Constituição de 1988 e regulamentado na Lei Federal nº 8080/90, e na Lei Federal 8142/90 o Sistema Único de Saúde – SUS, tem como princípios norteadores: a universalização, integralidade e equidade em todos os níveis de atendimento. A Lei n.º 8.142 instituiu as Conferências e os Conselhos de Saúde, enquanto instâncias de Controle Social. A partir de então, o controle social expressa um projeto para novas relações entre Estado-sociedade, “[...] onde a esta cabe estabelecer práticas de vigilância e controle sobre aquele” (CARVALHO, 1995, p. 8); constituindo-se “[...] um ciclo decisório que envolve o parâmetro do direito, o planejamento, o papel do gestor, o financiamento, o Ministério Público [entre outras instâncias] [...]” (BEHRING, 2001, p. 6). Como Controle Social entende-se como um instrumento de

interferência da sociedade civil na gestão, tanto quanto ao planejamento, quanto a execução, bem como da avaliação dos serviços públicos, tendo como foco os interesses da coletividade, ou seja, é uma forma de participação da sociedade civil nas ações do Estado.

A universalidade está ligada à garantia do direito à saúde por todos os brasileiros, sem aceção ou discriminação, de acesso aos serviços de saúde oferecidos pelo SUS. É grande a relevância deste conceito na consolidação da democracia, pois, partir de então, não apenas as pessoas com carteira assinada (ligadas à previdência) poderiam contar com tais serviços, mas toda a população.

O princípio da integralidade representa a correlação das diversas dimensões que envolvem a saúde dos indivíduos e das coletividades. O SUS deve garantir ações de continuidade do atendimento tanto nas ações de promoção, proteção, quanto nas de cura e reabilitação.

Vasconcelos e Pasche (2008, p. 535), dizem o seguinte quanto ao princípio da integralidade:

Esse princípio orientou a expansão e qualificação das ações e serviços do SUS que ofertam desde um elenco ampliado de imunizações até os serviços de reabilitação física e mental, além das ações de promoção da saúde de caráter nacional intersetorial (VASCONCELOS E PASCHE, 2008, p. 535).

Já o princípio da equidade diz respeito ao acesso aos serviços, inclusive, a prioridade no acesso às ações e serviços de saúde por grupos sociais considerados mais vulneráveis do ponto de vista socioeconômico.

A partir da Lei 8080/90, Lei Orgânica da Saúde, surge um novo conceito de Saúde. A saúde passa a não estar restrita ao corpo físico, a ausência de doenças, mas se expande ao bem-estar mental e social. Portanto, está relacionada a aspectos subjetivos e também concretos e objetivos, ou seja, ao indivíduo como um todo.

Além disso, ressalta a importância das questões relacionadas ao trabalho, a educação, a renda, a alimentação, a renda, ao transporte, ao meio ambiente, ao lazer, a moradia, ao transporte ao acesso aos bens e serviços. Desta forma, compreende-se que para que o indivíduo obtenha condições de saúde física, mental e social é necessário o somatório de vários elementos que não se restringem a visão biológica.

Torna-se, pois, necessário um modelo de atenção coerente com as diretrizes da Constituição que evidencie o fortalecimento do poder público, capacitando-o a implementar políticas de impacto articuladas e integradas nas diversas áreas, em busca de melhoria na qualidade de vida, inclusive no campo da Saúde Mental. Concomitante a ampliação do conceito de saúde elencado pelo Movimento de Reforma Sanitária, ocorreram várias transformações no que tange ao modelo de atendimento no campo da saúde mental. Eclode no Brasil, o movimento conhecido como Reforma Psiquiátrica.

O Movimento da Reforma Psiquiátrica tomou força no Brasil, na segunda metade da década de 70 e representou uma mudança radical na prestação de atendimento em saúde mental. Significou uma transformação radical no modelo de atenção prestado a pessoas com transtorno mental. O modelo asilar e manicomial passa a ser lentamente substituído por dispositivos substitutivos. O atendimento em Saúde Mental passa a ser de base territorial e comunitária, voltado para a desinstitucionalização.

Fator propulsor da Reforma Psiquiátrica no Brasil, foi Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), apoiado pela Associação Brasileira de Psiquiatria. Paulo Delgado, no ano de 1989, deputado, apresentou o Projeto de Lei Nº 3.657/89. Tal projeto de lei trazia três elementos essenciais no campo da saúde mental: impedia que o poder público construísse ou contratasse novos hospitais psiquiátricos, apontava para o direcionamento dos recursos públicos para a criação de ações que não tivessem um cunho manicomial de atendimento e finalmente, obrigava que todas as internações compulsórias só fossem realizadas após comunicação a autoridade judiciária com emissão de parecer favorável a internação. Desta forma, pela primeira vez se constrói um instrumento legal de defesa dos direitos civis dos pacientes. Somente, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, no ano de 2001 a Lei Paulo Delgado foi aprovada no país, e ainda assim com várias supressões.

Depois de aprovada na Câmara dos Deputados, o projeto enfrentou muitas dificuldades no senado que, em seu lugar, aprovou mais de dez anos depois (em janeiro de 2000), um substitutivo muito mais tímido quanto à substituição asilar. De autoria do senador Sebastião Rocha, o substitutivo era ambíguo quanto ao papel e a regulamentação da internação e chegava a autorizar a construção de novos hospitais e a contratação de novos leitos em hospitais psiquiátricos “nas regiões

onde não existia a estrutura assistencial". Na volta do texto à Câmara dos Deputados, conseguiu-se suprimir o artigo referente à construção ou contratação de novos leitos, e a lei finalmente aprovada – Lei 10.216, de 6 de abril de 2001 – foi considerada pelo movimento da reforma uma lei progressista, um passo à frente. (...) o que importa destacar é o fato de que a apresentação do projeto de lei original, em 1989, teve o efeito de produzir "uma intensificação sem precedentes da discussão sobre o tema em todo o país", que não ficou restrita aos meios especializados e fez avançar o movimento da reforma (Bezerra Jr., op. cit., p. 183). Além disso, a discussão sobre o projeto suscitou a elaboração e aprovação, em oito unidades da federação, de leis estaduais que, no limite da competência dos estados, regulamentavam a assistência na perspectiva da substituição asilar. A intensificação do debate e a popularização da causa da reforma desencadeadas pela iniciativa de revisão legislativa certamente impulsionaram os avanços que a luta alcançou nos anos seguintes. Pode-se dizer que a lei de reforma psiquiátrica proposta pelo deputado Paulo Delgado protagonizou a situação curiosa de ser uma 'lei' que produziu seus efeitos antes de ser aprovada (TENÓRIO, 2002, p. 36).

A Lei 10.216/2001 passou a regulamentar e reconhecer os direitos das pessoas com transtornos mentais. Portanto, redireciona o modelo assistencial em saúde mental no Brasil e redireciona o amparo à saúde mental, privilegiando o oferecimento de serviços de base territorial e comunitária. Embora dispusesse sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, e tenha representado um grande avanço no campo da política de saúde, no que tange ao campo da saúde mental, a lei citada não expõe com clareza as estratégias para o fim da ação manicomial.

A Conferência de Caracas, marca a ideia da ineficácia de um modelo centrado no atendimento manicomial como uma modalidade atendimento a pessoas em sofrimento mental. A citada conferência, ocorrida no ano de 1990, fomentou a ideia de que a atenção psiquiátrica centrada no hospital não pode ser vista como única forma assistencial de atendimento. Inclusive, torna-se marco da luta antimanicomial e considera a institucionalização como um impedimento para a efetivação de um modelo assistencial de atenção comunitária, integral, descentralizada, contínua, participativa e preventiva.

(...) a escolha da expressão 'manicômio', tradicionalmente reservada ao manicômio judiciário, aponta, segundo Amarante (op. Cit., p. 100), para o fato de que "não existe diferença entre ele ou um hospital psiquiátrico qualquer (TENÓRIO, F . 2002, p.35).

A partir do Movimento da Reforma Psiquiátrica, intensifica-se e ganha visibilidade uma política voltada para o campo da saúde mental por parte do governo federal. A efetivação de uma rede comunitária e intersetorial de atendimento a pessoas com transtornos mentais torna-se necessária ao atendimento no campo da política pública de saúde, bem como a necessidade de implantação de dispositivos de atendimentos que viessem a substituir os hospitais psiquiátricos. A rede de dispositivos substitutivos do hospital psiquiátrico deveria articular-se no território, com instituições como: associações, cooperativas, serviços públicos nas mais diversas políticas públicas, família, sociedade civil, espaços do território.

A Portaria GM/MS nº 224/92, firma as diretrizes para o atendimento nos dispositivos que integram a rede de atenção psicossocial no campo da política pública de saúde, no que tange à saúde mental. Alguns serviços substitutivos são normatizados, tais como: atendimento ambulatorial, com serviços de saúde mental (unidade básica, centro de saúde e ambulatório); Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS/ NAPS); Hospital-Dia (HD); Serviço de urgência psiquiátrica em hospital-geral; leito.

A Portaria GM/MS nº 336/ 2002 reestrutura e estabelece as várias modalidades de CAPS. De acordo com Amarante (2007) esses centros deverão funcionar, pelo menos, durante os 5 dias úteis da semana, com horário de funcionamento, aos finais de semana, segundo caracterizado a seguir: CAPS I – municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes – funciona das 08h às 18h, de segunda a sexta-feira, CAPS II – municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes – funcionam das 08h às 18h, de segunda a sexta-feira. Pode ter um terceiro período funcionando até as 21 horas, CAPS III – municípios com população acima de 200.000 habitantes – funcionam 24 horas, diariamente, também nos feriados e finais de semana, CAPSi II – atendimento de crianças e adolescentes – municípios com população superior a 200.000 habitantes – funcionam das 08h às 18h, de segunda a sexta-feira. Pode ter um terceiro período, funcionando até as 21 horas, CAPS ad II – Atendimento de dependência química (álcool e drogas) – municípios com população superior a 100.000 habitantes – funcionam das 08h às 18h, de segunda a sexta-feira.

As modalidades de atendimento nos CAPS, tem a mesma função, ou seja, atendimento a pessoas com transtorno mental severo e persistente na lógica do território, diversificando-se apenas pelas modalidades de atendimento do serviço (intensivo, semi-intensivo e não intensivo) e pelo público alvo (crianças e adolescentes, adultos, uso abusivo de substâncias psicoativas e outros transtornos). O parágrafo único do artigo 5º da Portaria GM/MS 336/2002, define Atendimento Intensivo como aquele que é destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem de acompanhamento diário; semi-intensivo, o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento frequente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS e não intensivo como o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma frequência menor no serviço. (BRASIL, 2002).

A Portaria GM/MS 3088/11, institui a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, destinada ao atendimento a 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). A Rede de Atenção Psicossocial é composta de dispositivos ou instituições de atendimento em saúde mental aos quais devem primar pelo atendimento no Território e substituir o modelo asilar de atendimento por dispositivos substitutivos, conforme a baixo descritos. Outros dispositivos substitutivos, além dos Centros de Atenção Psicossocial foram criados. Conforme o quadro abaixo.

Quadro 1. Dispositivos da rede de atenção psicossocial - RAPS.

MODALIDADE DE ATENDIMENTO	DISPOSITIVO	ESPECIFICIDADE
	NASF – Núcleo de Atenção à Saúde da Família	Conforme Portaria GM/MS Nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 04/03/2008 cada NASF deve contar com pelo menos um profissional de saúde mental, para realizar as ações de matriciamento que visam potencializar as ESF. Embora não estejam ligados diretamente a Secretaria de Federal de Saúde Mental, podem contribuir na operacionalização da Saúde Mental, porém junto as ESF – Estratégias de Saúde da Família

Atenção Básica	Centros de Convivência e Cultura	Os Centros de Convivência (Cecos) são dispositivos comunitários que compõem a Rede de Atenção Substitutiva de Saúde Mental, que convida os usuários de Serviços de Saúde e comunidade em geral, a vivências de laços sociais e afetivos
	Consultório na Rua	A estratégia Consultório na Rua foi instituída pela Política Nacional de Atenção Básica, em 2011, e visa ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, ofertando, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde para esse grupo populacional, o qual se encontra em condições de vulnerabilidade e com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados. As equipes da Estratégia Consultório na Rua são multiprofissionais e desenvolvem ações integrais de saúde frente às necessidades dessa população. Elas devem realizar suas atividades de forma itinerante e, quando necessário, desenvolver ações em parceria com as equipes das Unidades Básicas de Saúde do território.
Atenção Psicossocial Estratégica	CAPS – Centros de Atenção Psicossocial	Podem ser de tipo I, II, III, Álcool e Drogas (CAPS AD) e Infanto-juvenil (CAPSi). Os Caps III, se caracterizam pelo funcionamento de 24 horas nos 7 dias da semana.
Estratégia de Desintitucionalização	SRT - Serviços Assistenciais Terapêuticos	O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) – ou residência terapêutica ou simplesmente "moradia" – são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não. O número de usuários pode variar desde 1 indivíduo até um pequeno grupo de no máximo 8 pessoas, que deverão contar sempre com suporte profissional sensível às demandas e necessidades de cada um. Os SRTs constituem-se em modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada. Isso implica que a cada transferência de paciente do hospital psiquiátrico para o SRT haja redução de igual número de leitos no hospital de origem.
Atenção Residencial de Caráter Transitório	UAA – Unidade de Acolhimento (Adulto E Infanto-juvenil)	É um ponto de atenção em ambiente residencial, com funcionamento de 24 horas nos 7 dias da semana, com acolhimento definido exclusivamente pelo Centro de Atenção Psicossocial de referência responsável pela elaboração do projeto terapêutico singular (PTS) da pessoa com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos que apresentem acentuada vulnerabilidade

		social e/ou familiar que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório (permanência máxima de 6 meses) e de cuidados contínuos de saúde. As Unidades de Acolhimento estão organizadas nas seguintes modalidades: - Unidade de acolhimento Adulto - destinados a pessoas que fazem uso do Crack, Álcool e Outras Drogas, maiores de 18 (dezoito) anos, podendo variar de 10 a 15 vagas. - Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil, - destinadas a adolescentes e jovens (de doze até dezoito anos completos) com disponibilidade de 10 vagas.
Rede de atenção a crise (Urgência e Emergência)	Leitos Especializados em Hospital Geral	Os leitos de saúde mental em hospitais gerais são serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que oferecem suporte hospitalar de curta duração. São utilizados para pessoas com transtorno mental em situações de urgência/emergência. A internação deve preparar os pacientes para retomar seu tratamento nos CAPS e outros serviços da RAPS após a alta. Funcionam em regime integral, nas 24 horas do dia e nos 7 dias da semana, finais de semana e feriados, sem interrupção da continuidade do cuidado. Os leitos dos CAPS III, os quais funcionam 24h, durante 7 dias da semana, também podem ser utilizados para acolhimento ao paciente em situação de crise

Fonte: Ministério da saúde (2012).

Além das normativas legais citadas, várias leis e normativas foram instituídas com vistas à implantação de um modelo de atendimento em Saúde mental voltada para uma lógica mais ampla de cidadania e ampliação de direitos.

A extinção dos espaços de confinamento e de prestação do modelo asilar de atendimento no campo da Saúde Mental, como os hospitais psiquiátricos e a substituição destes, por serviços substitutivos - os quais devem funcionar em rede, no território - nos remete a reconfigurações do que significa um “novo” espaço de cuidado.

Amarante (2007), afirma que os alicerces legais e conceituais da Reforma Psiquiátrica estão postos. No entanto, o maior desafio posto a saúde mental enquanto serviço no campo na Política Pública de Saúde se encontra na incorporação da visão de que o novo modelo de atendimento requer, não se

restringe a um mero processo de reestruturação dos serviços, mas expande a instalação de novos paradigmas aos profissionais, familiares, usuários dos serviços e sociedade civil como um todo.

Conforme Mota (2014), a primeira década do século XXI, foi um período em que ocorreram novos processos políticos, sociais e econômicos, os quais trouxeram diferentes considerações quanto a compreensão da relação saúde-doença, bem como das políticas públicas no Brasil, e da mesma forma, novos perfis epidemiológicos e demográficos, de distribuição espacial das psicopatologias e da política de saúde mental.

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005 b, p.06).

A partir da análise dos avanços democráticos ocorridos no campo da Política Pública de Saúde no Brasil e especialmente no campo da Saúde Mental, observa-se que para além do surgimento de novas normativas, há a renovação conceitual de categorias conceituais como território, a visão do usuário da saúde mental enquanto sujeito de direitos e também, quanto a noção de PTS - Projeto Terapêutico Singular. O PTS, é construído com a participação do usuário, profissionais e demais elementos inseridos na rede de convívio do mesmo, sendo flexível e passível a mudanças. O PTS não é definitivo, pode mudar de acordo com o interesse das partes envolvidas e principalmente do usuário direto do serviço – verificada a necessidade e discussão pelas partes.

Importantes mudanças teórico-metodológicas foram instauradas na Política Pública de Saúde no campo da Saúde Mental após a Reforma Psiquiátrica. Estas, além de fundamentarem a noção de multidisciplinaridade no atendimento, colocam o usuário e toda a rede de inserção sócio afetiva do usuário dos serviços

como peça fundamental do Projeto Terapêutico Singular – PTS. Através do PTS se abre canais de participação aberta onde se valoriza as escolhas de todos os envolvidos no processo de tratamento: profissional, usuário, amigos e familiares.

Com tantas mudanças conceituais e paradigmáticas se colocam novos desafios teórico-metodológicos aos profissionais e àqueles inseridos direta ou indiretamente nos serviços de atendimento no campo da política pública de saúde mental.

A noção de território no novo modelo de atendimento proposto pelos dispositivos substitutivos, a partir da Reforma Psiquiátrica, traz novas abordagens sobre o conceito. A diversidade de interpretações sobre a noção de território no campo da saúde mental, está relacionado com poder, mas não apenas ao tradicional, mas principalmente ao "poder político". O território, diz respeito tanto ao poder no sentido mais explícito, de dominação, quanto ao poder no sentido mais implícito ou simbólico, de apropriação (HAESBAERT, 2007).

A desinstitucionalização e a luta antimanicomial está para além da mera instalação de serviços substitutivos. Os serviços de atenção psicossocial devem se colocar numa linha horizontal no atendimento aos usuários da saúde mental, amigos familiares e coletividade. Devem oferecer flexibilidade no atendimento, tanto quanto a questões relativas a operacionalização do atendimento quanto a disponibilização deste como um espaço de ampliação do Cidadania no seu sentido mais amplo, compondo-se enquanto um espaço que propicia a organização social e coletiva. Os princípios da reforma psiquiátrica remetem à realidade social dos sujeitos em sofrimento psíquico, pois as condições desses sujeitos evidenciam todas as contradições que o modelo da reforma introduz, considerando a realidade sócio histórica desses sujeitos, os quais, embora algumas vezes libertos dos muros das grades dos manicômios, encontram-se amarrados pelas estruturas sociais difíceis de serem quebradas. Estruturas estas decorrentes da realidade histórica social das famílias, da comunidade, dos serviços públicos, da sociedade estabelecida e regente de todas as relações que se estabelecem entre as pessoas (RABELO, 2009, p. 94).

De acordo com Vasconcelos (2010), os serviços de saúde mental devem ser flexíveis para que não se tornem espaços burocratizados, deve-se privilegiar espaços abertos e coletivos, onde todos os sujeitos envolvidos no cuidado possam participar de forma efetiva do acolhimento às pessoas em sofrimento.

Ao propor um modelo de atenção de base territorial e comunitária, a reforma psiquiátrica traz uma nova visão a respeito do conceito de território. Assim, o território, imerso em relações de dominação e/ou de apropriação,

"desdobra-se ao longo de um continuum que vai da dominação político-econômica mais 'concreta' e 'funcional' à apropriação mais subjetiva e/ou 'cultural-simbólica'" (HAESBAERT, 2004).

O território é uma categoria de análise produzida por ações políticas e socioeconômicas. Emerge como um produto da construção de uma sociedade, num processo de apropriação de uma porção do espaço por uma coletividade.

O território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária. Assim, trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns. Trabalhar no território significa assim resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental. É a ideia do território, como organizador da rede de atenção à saúde mental, que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos. " (Ministério da Saúde, 2005).

Um dos grandes avanços trazidos pelo movimento da Reforma Psiquiátrica foi o questionamento da psiquiatria enquanto instrumento técnico-científico de exercício único e predominante no tratamento das pessoas com algum tipo de transtorno mental, bem como da medicalização como principal meio de tratamento a paciente com adoecimento mental. Nos dispositivos substitutivos da RAPS é imprescindível o estímulo à participação dos usuários, trabalhadores, familiares e comunidades.

O atendimento deve valorizar todas as dimensões do sujeito social e assim ampliar as instâncias de participação destes sujeitos. Se os dispositivos de Saúde Mental, não repensarem qual é o seu papel nesse território poderão incidir no erro de se configurarem enquanto espaços modificados de tutela, de disciplinamento e coerção, não muito diferentes dos manicômios. E assim, reproduzirem a lógica do modelo manicomial, castrador da autonomia e massacrante da institucionalização. Faz-se necessário recriar os espaços de convívio no território, de forma a garantir a multiplicidade, complexidade e riqueza que lhe concerne, inserindo-o na comunidade em geral, sob a tríade: família, comunidade e rede pública.

Desta forma, rui o modelo hierárquico de atendimento biomédico prestado na Política de Saúde como um todo, onde o saber profissional sobrepõe-se ao desejo, subjetividade e singularidades biopsicossociais que envolvem o usuário dos serviços. O usuário passa a ter o direito de opinar quanto ao seu tratamento em qualquer fase deste: no início ou em períodos posteriores. A vida é dinâmica, o sujeito é dinâmico, portanto o tratamento deve ser modificável e flexível

Rompe-se o estigma sobrepujante na sociedade o qual coloca as pessoas em adoecimento mental como incapazes de fazer escolhas e conseqüentemente com a ideia de que estes não podem coletivamente contribuir para a construção de um sociedade mais justa e igualitária. Nem todo indivíduo com transtorno mental é atemporalmente capaz de fazer escolhas e de expressar sua visão de homem, de mundo e da sociedade a qual deseja.

Uma nova dinâmica é estabelecida também entre os profissionais à medida que cada um deles deve ter como rumo a interdisciplinaridade e quem sabe, a transdisciplinaridade, onde o diálogo entre os saberes das diversas profissões que compõem as equipes mínimas dos dispositivos se articulam num diálogo horizontal. Desta forma, torna-se essencial o reconhecimento do campo da política pública de Saúde Mental, enquanto um espaço de troca de saberes, ou seja, essencialmente multidisciplinar no território. Emerge a necessidade de construção de práticas que esbarram na lógica da imposição da ordem, da uniformização, do preconceito e de práticas burocratizadas que enrijecem as instituições estatais que prestam serviço aos familiares e pessoas portadoras de transtorno mental.

Na instrumentalidade do PTS, a relação entre conhecimento técnico-científico (dos profissionais) e o conhecimento tido como senso comum (usuários e familiares), deve fazer parte do cotidiano dos dispositivos de saúde mental, numa lógica que derruba preconceitos e fundamenta a importância da participação coletiva e construção de novos conhecimentos.

O sujeito, independente do lugar que ocupa na sociedade, é visto como agente público de mudanças, independente das suas limitações físicas ou mentais. Se vê o indivíduo dentro daquilo que ele pode contribuir e não nas suas limitações. Enquanto sujeito social, deve ser visto a partir da perspectiva de equidade social e participação coletiva, sem prejuízo da responsabilidade do Estado e do poder judiciário na garantia de tal direito.

Paradoxalmente a todo avanço democrático, e expansão dos direitos sociais na saúde pública de atendimento em saúde mental no Brasil, vêm crescendo a implantação do ideário Neoliberal. Cabe ressaltar que o Neoliberalismo vem se instalando no campo da Política Pública brasileira camuflado pelo engodo do discurso da crise fiscal estatal. Cada vez mais assiste-se ao afastamento do Estado do campo das Políticas Públicas, ocorrendo a flexibilização e retração no campo dos direitos sociais, o chamado “Estado Mínimo”.

A função do Estado mínimo seria a de mero administrador e instituidor de normativas. Desta forma:

...não interferira no funcionamento do mercado, já que sua intervenção, além de deformar os mercados de fatores, produtos e ativos, geraria espirais inflacionários, segundo a lógica do conservadorismo neoclássico (NOVELO, 1997, p.68).

Sutilmente, o Estado cada vez mais faz a transferência das suas responsabilidades no campo do financiamento das Políticas Públicas para a sociedade civil e para o mercado.

Segundo Mota (2008) a reestruturação produtiva se deu em “dois movimentos”. Primeiramente houve a globalização onde houve a “reordenação geoeconômica das fases do ciclo global de mercadorias” (MOTA, 2008, p.65). Desta forma, ocorreram influências diretas no trabalho e na hierarquia das relações internacionais entre os países periféricos e os países do “centro hegemônico”. O movimento seguinte diz respeito “aos mecanismos sociopolíticos e institucionais, necessários à manutenção do processo de reprodução social, incidindo prioritariamente no âmbito da luta de classes e na relação entre ordem econômica e projeto político” (MOTA, 2008, p.66).

Laurell (1995), afirma que “o neoliberalismo tem procurado converter-se em senso comum: o antiestatismo espontâneo do povo é reforçado pela ideia de um Estado causador da crise”. Tal visão de Estado, promove a transferência de ações para o poder privado e para a sociedade civil organizada através de várias ações, dentre estas, a privatização dos serviços públicos e satanização do

Estado. O “Terceiro Setor” então, nasce da transferência de responsabilidades do Estado para a sociedade civil organizada.

Com a crescente implantação do Estado Mínimo, há um desmonte das políticas públicas revelado através da retração, focalização, precarização e descentralização das mesmas. Assiste-se ao agravamento dos resultantes da questão social. Tal evento no campo da política pública é chamado como “uma contra reforma do Estado na direção da flexibilidade, competitividade, adaptabilidade e atratividade” (BEHRING, 2003, p.127).

Embora muito tenhamos avançado na luta democrática para a garantia e ampliação de direitos, e muita se tenha alcançado no campo da política de saúde como um todo e especialmente no campo da política pública de saúde mental (como verificado na Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica), infelizmente verificamos o retrocesso e a flexibilização de tais direitos. A Reforma Psiquiátrica, a qual, pelo menos à nível legal transcorria rumo a desinstitucionalização segue ameaçada em seus pressupostos básicos, ante ao avanço do Neoliberalismo.

2.2. A VIGILÂNCIA E MONITORAMENTO DA VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA: LINHAS DE CUIDADO NA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL

As relações de poder sempre estiveram presentes na vida coletiva, sendo diferenciadas pelas diversas formas de dominação de um grupo sobre outro nos mais diversos tempos históricos. No início do processo civilizatório da humanidade, a violência foi praticada como uma forma de sobrevivência frente às adversidades impostas pelo ambiente e tinha suas raízes na busca pela sobrevivência e por atividades que envolviam a coleta e a caça.

A violência reflete a construção da vida social. O estudo da violência mostra que, ao passo que o homem se desenvolve e passa a viver em sociedades cada vez mais complexas, a violência é convertida em instrumento de organização coletiva. Portanto, a compreensão da violência deve estar relacionada ao contexto histórico econômico político e cultural ao qual os sujeitos estão envolvidos, à medida que se revela enquanto uma construção social.

A violência é uma forma de relação social, e está inexoravelmente atada ao modo pelo qual os homens produzem e reproduzem suas condições sociais de existência (Adorno apud Guerra, 2001, p.31).

De uma forma mais ou menos polarizada, os conflitos sociais, o exercício do poder e da coerção social sempre estiveram presentes na sociedade capitalista e nas relações sociais. Isto, de maneira explicitamente violenta ou não, seja através de aparelhos conjunturais como o Estado ou de estratégias de dominação ideológica, as quais influenciam das esferas públicas as mais particulares e subjetivas formas de relação estabelecida entre os sujeitos sociais. Portanto, a violência representada na sociedade, nas mais diversas formas expressam uma das dimensões de exercício do controle e coexistência de interesses convergentes. Portanto, as mortes por causas externas ou a violência nas suas mais diversas resultantes da ação, revelam as formas de dominação, organização e exercício do domínio e conflitos sociais numa sociedade.

No Brasil e no mundo, o impacto da morbimortalidade por causas externas (violências e acidentes) [...] representam a terceira causa de morte na população geral e a primeira na população de 1 a 49 anos. Dados do Ministério da Saúde (MS) registraram no período de 2000 a 2013 um total de 1.874.508 óbitos por causas externas. Entre o início e o fim desse período houve um aumento de 28,1%, passando de 118.397 óbitos por causas externas em 2000 para 151.683 óbitos em 2013. Em 2013, as causas externas representaram 12,5% do total de óbitos no país. Segundo o MS, em 2013, nos hospitais que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), ocorreram 1.056.372 internações por causas externas perfazendo 9,5% do total de internações. Em 2014 esse percentual foi de 9,9%. (BASIL, 2015, p.7).

As mortes por causas externas podem ser provocadas por acidentes ou por atos violentos. No Código Internacional de Doenças – CID 10M capítulo XX, são expressas através do símbolo CID 10. Conforme o CID 10, os acidentes incluem os seguintes eventos: envenenamento, afogamento, queimaduras, acidente de trânsito, e outros.

Os eventos intencionais são as violências, tais como: a agressão, o homicídio, a violências sexual e psicológica, a negligência, o abandono, a lesão autoprovocada entre outras. No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde (2013), houve um aumento de 28,1% dos óbitos por causas externas (violência e acidente), se comparado ao ano 2000. Esse aumento foi superior ao

crescimento da população do país no mesmo período, que foi de 11,1%. Foi também, uma das taxas de maior crescimento decenal, superando os homicídios (2,1%) e a mortalidade nos acidentes de transporte (24,5%) - segundo o Mapa da Violência 2014.

Em 2000, as causas externas representaram 5,2% do total das internações do país. Embora essas internações apresentem menor tempo de duração, seu custo, se comparado aos custos com pacientes internados por comorbidades oriundas por causas naturais, oneram grandemente o Estado e comprometem consideravelmente a porcentagem dos custos destinados ao SUS. Em 2005, segundo o SIH/SUS, foram registradas quase 800 mil internações por essas causas. Segundo o Ministério da Saúde (2012), 1,4 % do ônus global (os gastos totais no SUS) ocasionado por doenças no ano de 2002 foi devido a tentativas de suicídio, e estima-se que chegará a 2,4 % em 2020.

A Vigilância Epidemiológica constitui-se em importante instrumento para o planejamento, a organização e a operacionalização dos serviços de saúde em geral. Sua operacionalização compreende um ciclo contínuo de ações complementares permitindo conhecer os elementos das doenças e agravos, para que as intervenções possam ser realizadas com maior probabilidade de sua eficácia. No que tange a saúde mental, principalmente no que tange a violência autoprovocada há particularidades que devem ser consideradas quanto a sua notificação.

Conforme o Ministério da Saúde, (2009), ...

O cumprimento das funções de vigilância epidemiológica depende da disponibilidade de dados que sirvam para subsidiar o processo de produção de informação para ação. A qualidade da informação depende, sobretudo, da adequada coleta de dados gerados no local onde ocorre o evento sanitário (dado coletado). É também nesse nível que os dados devem primariamente ser tratados e estruturados, para se constituírem em um poderoso instrumento – a informação – capaz de subsidiar um processo dinâmico de implementação, avaliação, manutenção e aprimoramento das ações (BRASIL, 2009, p. 21).

A vigilância como instrumento saúde pública deve ser entendida como um pré-requisito para a elaboração de programas de saúde e um instrumento para avaliação do seu impacto.

Originalmente, segundo documento da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA (2002), a expressão vigilância epidemiológica significava a “observação sistemática e ativa de casos suspeitos ou confirmados de doenças transmissíveis e de seus contatos”. Tratava-se, portanto, da vigilância de pessoas, através de medidas de isolamento ou de quarentena, aplicadas individualmente, e não de forma coletiva.

Na primeira metade da década de 60 consolidou-se, internacionalmente, uma conceituação mais abrangente de vigilância epidemiológica, em que eram explicitados seus propósitos, funções, atividades, sistemas e modalidades operacionais. Vigilância epidemiológica passou, então, a ser definida como o conjunto de atividades que permite reunir a informação indispensável para conhecer, a qualquer momento, o comportamento ou história natural das doenças, bem como detectar ou prever alterações de seus fatores condicionantes, com a finalidade de recomendar oportunamente, sobre bases firmes, as medidas indicadas e eficientes que levem à prevenção e ao controle de determinadas doenças.

Em 1975, por recomendação da V Conferência Nacional de Saúde foi instituído o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica - SNVE, instituído pela Lei 6.259/1976. Neste buscou-se incorporar o conjunto de doenças transmissíveis, consideradas de maior relevância sanitária no país. Se buscava estratégias de intervenção desenvolvidas para controlar doenças específicas.

A noção de território é fortalecida à medida que o SNVE estabelece, como prioridade, o fortalecimento de sistemas municipais de vigilância epidemiológica, com autonomia técnico-gerencial para enfocar os problemas de saúde próprios de suas respectivas áreas de abrangência.

A relação de doenças de notificação nacional tem sofrido várias alterações nas últimas décadas. Em 1998 o Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI), realizou ampla revisão do assunto. Tal fato resultou na explicitação de conceitos técnicos sobre o processo de notificação e também novos critérios utilizados para a seleção de doenças e agravos notificáveis.

Em 2003 foi criada a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) com a função de agregar as atribuições do antigo Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI) e também coordenar outros programas nacionais voltados para algumas doenças específicas como: tuberculose, hanseníase, hepatites virais,

DST e AIDS. Até a criação da SVS, tais doenças eram monitoradas por outros setores do Ministério da Saúde.

A SVS é responsável pela coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. Objetiva o estabelecimento de Sistema de Informação e análises que permitam o monitoramento do quadro sanitário do país e subsidiem a formulação, implementação e avaliação das ações de prevenção e controle de doenças e agravos, a definição de prioridades e a organização dos serviços e ações de saúde.

A partir da criação da SVS, todas as ações de prevenção e controle de doenças passam a estar reunidas na mesma estrutura, possibilitando assim, uma abordagem mais integrada e eficaz. A SVS também passa a coordenar ações voltadas para vigilância de agravos e doenças não transmissíveis e seus fatores de risco, assim como ações voltadas na área de vigilância ambiental.

Até 2006, a descrição das características dos casos de violência e acidentes contavam apenas com as informações do SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade), com a SIH/ SUS (Sistema de Informação Hospitalar do SUS) e com análises dos Boletins de ocorrências Policial.

Em 2006, segundo o Ministério da Saúde, foi implantado o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), o que possibilita a ampliação do número de variáveis para o monitoramento dos eventos de violência e acidente. O VIVA, é constituído por dois componentes de análise: o VIVA contínuo/SINAN, ao qual capta dados de violência interpessoal/provocada em serviços de saúde e o VIVA Sentinela (VIVA Inquérito).

O Viva Inquérito acontece a cada dois anos no período de 1º a 30 de setembro em todo Brasil. A coleta de dados ocorre por meio de entrevistas a serem realizadas com usuários do SUS que buscarem atendimento nos serviços de urgência e emergência. Tem por objetivo de analisar a tendência das violências e acidentes e descrever o perfil das vítimas de violências (interpessoais ou autoprovocadas) e dos acidentes (trânsito, quedas, queimaduras, dentre outros) atendidas em unidades de urgência e emergência selecionadas. O Viva Inquérito foi realizado nos anos de 2006, 2007, 2009, 2011 e 2014. Inicialmente, o Viva Inquérito foi realizado anualmente (2006 – 2007) e, a partir de 2007, passou a ser realizado bianualmente e atualmente é realizada a cada três anos.

A Lei 8080/90, Artigo V, conceitua Vigilância Epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. Esta nova concepção de Vigilância Epidemiológica prevê a integralidade assistencial das ações em saúde e a consequente eliminação da dicotomia entre essas duas categorias, ou seja, assistência e prevenção, o que muito dificultava as ações de vigilância.

Com a regulamentação das Portarias GM/MS Nº 104/2011 e 1271/2014, se torna compulsória e imediata (devendo ocorrer no prazo de 24 h) a notificação dos casos de suspeita e confirmação da violência sexual e autoprovocada nas unidades de saúde particulares e públicas de âmbito municipal, devendo seguir o fluxo de compartilhamento entre as três esferas de gestão. Corrobora-se que a notificação é um poderoso instrumento de política pública capaz de dar visibilidade epidemiológica e social ao problema, de subsidiar elementos para o aprimoramento e combate e prevenção das Lesões Autoprovocadas Intencionais. As fichas de Notificação são instrumentos de notificação e seguem um modelo universal em todo território nacional. Desta forma, se universaliza, a forma de notificação de violências. Os casos de Violência Autoprovocada, assim como os casos de Violência Sexual, passam a ser de notificação imediata no âmbito municipal.

A Portaria GM/MS 1271/2014, no art. 8º estabelece que:

As autoridades de saúde garantirão a divulgação atualizada dos dados públicos da notificação compulsória para profissionais de saúde, órgãos de controle social e população em geral (PORTARIA GM/MS 1271, ART.8º).

Portanto, a notificação deve compor os espaços de controle social. Entende-se que os dados referentes a notificação da violência autoprovocada subsidiarão a implementação das Políticas Sociais e se constituem instrumentos de luta e garantia de direitos.

A violência autoprovocada foi incluída na lista de agravos de notificação imediata pelo município, dada a importância de tomada de decisão, como

encaminhamento e vinculação do paciente aos serviços de atenção psicossocial, de modo a prevenir a concretização da tentativa de suicídio.

Os profissionais responsáveis pelo atendimento às vítimas de LAI, devem compulsoriamente notificar todos os casos suspeitos ou confirmados de violência autoprovocada ao órgão municipal de vigilância em saúde, bem como encaminhar as vítimas para a rede de atendimento conforme a especificidade e complexidade de cada caso.

A partir da Portaria 1.271/2014, é considerado agravo 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 e maus tratos, e lesão autoprovocada. No item 46, do anexo, a citada Portaria 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, a violência autoprovocada colocada como agravo de notificação compulsória e (de notificação no prazo de 24 h).

Quando abordamos o tema do quadro do suicídio no Brasil ou qualquer outro país, no que tange a vigilância e monitoramento em saúde, deve-se levar em consideração os seguintes elementos: 1. A qualidade dos registros de suicídios e tentativas, 2. O sistema de assistência em saúde mental e, 3. A implantação de estratégias e estruturas locais e nacionais para coleta dos dados.

Como exemplo da complexidade das ações de notificação no Brasil - segundo o Sistema de Informação de Mortalidade/SIM, do Ministério da Saúde os principais métodos de suicídio na população vamos encontrar enforcamentos, armas de fogo e precipitações de lugares elevados. E taxas baixas por intoxicações exógenas. Isto, muito provavelmente, não corresponde à realidade. Ocorre que os registros pelas três causas citadas acima geralmente constam dos atestados de óbitos produzidos pelos Institutos Médico-Legal, diferente dos casos de intoxicação exógena, que são registrados como morte por causa indeterminada, diferente dos primeiros, que os legistas têm condições técnicas de certificar o óbito como suicídio. A legislação orienta que nos casos suspeitos de intoxicação exógena sejam coletados materiais para análise laboratorial e na maioria dos casos, estas análises levam cerca de trinta dias para serem finalizadas.

Como os atestados de óbitos são exigências para o sepultamento de corpos estes não podem esperar os exames. Quando estes exames são realizados os resultados não são alterados nas fichas de óbitos no SIM impedindo que estes registros de intoxicação sejam incluídos nas taxas de mortalidade por suicídio.

Compreende-se que a notificação é uma linha de cuidado que pode contribuir para o melhor planejamento das ações no campo das políticas sociais. Easton (1965) definiu a política pública como um sistema, ou seja, como uma relação entre formulação, resultados e o ambiente. Segundo Easton, políticas públicas recebem inputs dos partidos, da mídia e dos grupos de interesse, que influenciam seus resultados e efeitos.

A relevância das ações de notificação, monitoramento e vigilância no campo do suicídio tem como marco legal a Portaria MS/GM Nº 1.876, do ano de 2006, a qual institui as Diretrizes Nacionais para Prevenção do suicídio. Tais diretrizes apontam para a necessidade de ações de prevenção, vigilância e monitoramento da violência autoprovocada. Firma-se a necessidade de notificação dos casos de suicídio e tentativas.

No que tange a violência autoprovocada, os problemas associados à determinação da intencionalidade, aumentam a problemática da subnotificação dos registros. A intencionalidade do ato suicida é o que difere uma lesão ou intoxicação acidental de uma tentativa de suicídio. A subnotificação da Violência Autoprovocada, na atenção pública de saúde, precisa considerar os determinantes históricos, à medida que estes implicam a visão de homem e de mundo que determina o agir do profissional de saúde, além dos demais elementos que são interferidos pela estrutura de dominação no Sistema Capitalista. Além de haver outros inúmeros fatores que influenciam na qualidade da informação.

A notificação requer reflexões acerca do cuidado realizado pelo profissional de Saúde. Portanto, envolve questões estruturais, materiais e também, éticas, filosóficas, religiosas. Tais questões imprimem direta ou indiretamente significado aos objetos e atos que o profissional executa - de maneira explícita e intencional ou não. Perpassa categorias de identificação e elegibilidade as quais pressupõem procedimentos teórico-metodológicos e técnico-científicos que vão para além do modelo biomédico e cartesiano.

O agir do profissional de saúde baseado no modelo cartesiano e biomédico, ou seja, àquele voltado para a particularização, do recorte das partes para o conhecimento do objeto, leva à especialização e dicotomização do atendimento às vítimas de violência autoprovocada. Agindo dessa forma, o profissional de saúde não considera questão do território e do espaço, do individual e do coletivo, do subjetivo e do coletivo, do macro e do micro, do aparente e do cognoscível e se reveste de numa prática mecanicista e imediatista.

Nessa perspectiva de análise há de se considerar os elementos que perpassam a relação que se estabelece entre o profissional de saúde e a vítima de violência autoprovocada, já que o profissional de saúde também é um sujeito social, um trabalhador que ocupa um espaço na divisão social do trabalho, estando submetido a ordens sociais subjetivamente internalizadas. Tal constatação influencia diretamente no ato de notificar.

Segundo Koerich (2002),

Quanto ao que se refere às tecnologias utilizadas na prática cotidiana, foram ressaltadas, nas discussões, as tecnologias leves e pesadas, tais como: cuidados manuais [...] forma de tocar e conversar; conhecimentos e até tecnologia de ponta; fazendo parte dessas tudo que está disponível; equipamentos em geral para a prestação de serviço e de acesso à informação e organização da prática. As tecnologias consideradas indispensáveis na prática são as relacionais, as interativas e as comunicativas (KOERICH, 2002, p.179).

No atendimento às vítimas de LAIs, as tecnologias leves constituem-se de extrema relevância. Estas, se ofertadas, em muito diminuiria os riscos de novas tentativas de violência autoprovocada.

A subnotificação dos casos de violência autoprovocada é atravessada por diversas questões, as quais vão desde a utilização dos instrumentos oficiais inseridos no Sistema de Vigilância Epidemiológica de notificação e classificação do ato, tais como: ficha do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAM (Apêndice 2), Declaração de óbito, protocolos, Portarias, identificação conforme o CID, etc. Também há elementos de ordem cultural, ética, política e econômica que se inserem na relação dos sujeitos envolvidos no processo de notificação.

Ao falarmos sobre Violência, nos remetemos a um fenômeno circunscrito numa sociedade marcada por relações e dominação de uma classe sobre a outra, perpassada por interesses econômicos que atravessam as relações de produção e distribuição da mercadoria, assim como adentram as relações culturais e ideológicas do indivíduo. Assim, a coleta dos dados de violência autoprovocada não se restringe a categorias quantitativas, mas amplia-se a elementos de ordem qualitativa, os quais impactam as políticas sociais e consequentemente, os gastos públicos voltados para a reabilitação dos casos de tentativa de suicídio que não levaram a óbito.

A notificação é fator essencial à vigilância epidemiológica e a epidemiologia fator revelador do processo saúde-doença, podendo influenciar diretamente na implementação de políticas públicas voltadas para a promoção da saúde e prevenção da lesão autoprovocada intencional.

Embora de ordem compulsória aos profissionais de saúde e às autoridades sanitárias, a violência autoprovocada é fenômeno subnotificado. Pesquisar as principais barreiras, que levam à subnotificação é imprescindível para a redução do problema e também para melhoria das ações de monitoramento e avaliação das políticas públicas.

A qualidade do dado gerado, não depende apenas de ações técnicas ou meramente metodológicas, mas também implica questões de ordem éticas, ideológicas, culturais e técnicas, ou seja, elementos que estão além dos aspectos organizacionais, fluxos de coletas de dados e sistemas institucionais. Compreender os elementos multifatoriais que perpassam a notificação da violência autoprovocada e seus impactos na implementação de Políticas Sociais voltadas a promoção e prevenção da saúde no campo das políticas sociais são elementos essenciais para o estudo da violência autoprovocada.

CAPÍTULO 3: ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA EM CAMPOS DOS GOYTACAZES: PRESSUPOSTOS DE ANÁLISE

Campos dos Goytacazes possui a mais vasta área do Estado do Rio de Janeiro com 4.026,696 km². É composto pela sede e mais quatorze distritos, sendo eles: Dolores de Macabu, Ibitioca, Morangaba, Morro do Coco, Mussurepe, Santa Maria, Santo Amaro, Santo Eduardo, São Sebastião, Serrica, Tocos, Travessão, Vila Nova e Goytacazes. Sua população é de 463.731 (IBGE/2010).

Quanto a política pública de Saúde, Campos dos Goytacazes é credenciada pelo SUS na Gestão Plena do Sistema Municipal (D.O. de Campos dos Goytacazes, 16/09/2009). Desta forma, possui o “total de recursos federais programados para o custeio da assistência em seu território” (BRASIL, 2003), o que lhe garante autonomia na gestão e execução dos serviços públicos na saúde.

No presente estudo, além da pesquisa bibliográfica, a metodologia de pesquisa se divide em etapas qualitativas e quantitativas. A fase qualitativa foi realizada a partir da realização de dez entrevistas semiestruturadas, guiadas a partir de um roteiro. Foram dirigidas aos profissionais de saúde que atuam na rede de atenção psicossocial do Programa de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Campos Dos Goytacazes. Política de Saúde no município de Campos dos Goytacazes. Buscou-se entrevistas pelo menos, um profissional de cada equipamento substitutivo que compõem a rede de Atenção Psicossocial. Antes do início da entrevista fez-se a apresentação pessoal, esclarecimentos sobre a motivação da pesquisa e apresentação do termo de consentimento livre e esclarecido ao entrevistado (Apêndice I). Havendo concordância do entrevistado em participar da pesquisa, o mesmo assinava o citado documento ficando com uma cópia do mesmo. Todas as entrevistas foram gravadas com o consentimento do entrevistado.

Já na etapa quantitativa da pesquisa buscou-se o levantamento de dados junto as seguintes instituições: Instituto Médico Legal - IML de Campos dos Goytacazes, Secretaria Municipal de Saúde, 5º Grupamento do Corpo de Bombeiro Militar do Rio de Janeiro - CBMERJ Grupamento de Bombeiro Militar

e Hospital Ferreira Machado (Municipal de referência no atendimento às vítimas de violência autoprovocada no município).

Cabe ressaltar que o Instituto Médico Legal (IML) de Campos de abrangência regional, atende a cinco delegacias. Sendo elas: 147ª Delegacia (São Francisco do Itabapoana,), 145ª Delegacia (São João da Barra) e 141ª Delegacia (São Fidélis), 134ª Delegacia de Polícia (Campos dos Goytacazes/Centro) e 146ª Delegacia de Polícia (Campos dos Goytacazes/Guarus).

Os dados emitidos pelo Instituto Médico Legal - IML, e utilizados na presente pesquisa, se referem apenas aos óbitos por suicídio, registrados nas delegacias de Campos dos Goytacazes. Os dados de análise colhidos no IML, foram obtidos através de um livro de ocorrência fornecido pelo referido órgão após entrega de ofício e consentimento das autoridades competentes. Os dados coletados são os seguintes: idade e cor da vítima, mês/ano/delegacia de registro do óbito, meio /circunstância do óbito. O lapso temporal utilizado foi de abril de 2015 a junho de 2017.

Os dados fornecidos pelo Corpo de Bombeiros Militar, não continham o destino dos socorridos nas chamadas solicitadas, ou seja, não tínhamos como mensurar se foram atendidos em unidades de saúde ou encaminhados para o IML, em situação de óbito. Optamos então, por não os utilizar nesse momento, já que o objeto da pesquisa está na caracterização e análise dos elementos que envolvem o atendimento as vítimas de violência autoprovocada em Campos dos Goytacazes no campo da Política Pública Municipal de Saúde Mental.

Os dados da Secretaria Municipal de Saúde, através dos lançamentos no DATASUS (Sistema de Informação e Notificação de Agravos de Notificação/SINAN), tinham inclusos os dados do Hospital Ferreira Machado. Portanto, corríamos o risco de termos dados duplicados, pois o Hospital Ferreira Machado, ao notificar os casos de tentativa de violência autoprovocada, são transferidos para o mesmo banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde, ou seja, o SINAN.

Pelos motivos acima descritos, optamos pela utilização de apenas dois bancos de dados: o banco de dados do IML e o banco de dados do Hospital Ferreira Machado. A análise do período estudado (abril de 2015 a junho de 2017), se deve ao fato de que a captação de dados sobre violência

autoprovocada pelo Hospital Ferreira Machado iniciou no ano de 2015 e os últimos dados disponíveis para fornecimento foram até junho de 2017.

Faremos uma análise dos dados levantados e fornecidos pelo Hospital Ferreira Machado no lapso temporal compreendido entre abril de 2015 e junho de 2017, correlacionando tais informações a análise crítica das entrevistas realizadas aos profissionais, bem como a fundamentação teórica-crítica das informações obtidas no que tange a análise da política pública de saúde mental no atendimento às vítimas de violência autoprovocada. No ano de 2015, de abril a dezembro, foram notificados no HFM, 70 casos de violência autoprovocada, em 2016, de janeiro a dezembro, foram 114 casos e no ano de 2017, de janeiro a junho, foram 38 casos de violência autoprovocada notificados.

Sistematizando, num total de 27 meses, foram notificados 222 casos de violência autoprovocada. Sendo o Hospital Ferreira Machado referência regional no atendimento em urgência e emergência. Atende também a municípios vizinhos. No entanto, os dados da presente pesquisa se reportam apenas aos casos de violência autoprovocada ocorridos em Campos dos Goytacazes no lapso temporal citado.

O formulário elaborado pela equipe multiprofissional da equipe do Hospital Ferreira Machado, com relação às vítimas de violência autoprovocada atendidos na unidade fornecem os seguintes elementos de análise: faixa etária, sexo, etnia/raça, estado civil, ocupação informada, bairro de residência, município de residência, rede de apoio, métodos utilizados para realização da violência auto infligida (arma de fogo, enforcamento, medicamento, objeto cortante, afogamento, Fogo/fumaça, gás, produto químico, overdose de drogas ilícitas, precipitação de lugar elevado, atropelamento, pesticida, atropelamento, pesticida, outros), assistência de saúde até um mês antes da tentativa (consulta com profissional de saúde, natureza da consulta), efeito de outras drogas lícitas – álcool – e drogas ilícitas no momento da tentativa), local da tentativa, intencionalidade do ato, mês que ocorreu a tentativa, história de tentativas de suicídio, abuso/dependência de drogas lícitas e ilícitas (álcool), uso de medicamento psicoativo, portador de transtorno psiquiátrico ou não, mudança de residência ou migração, circunstâncias envolvidas/motivadas (perda afetiva por morte, exposição à violência, isolamento social, ausência de apoio social, datas importantes, perdas socioeconômicas, conflito familiar, conflitos afetivos, destino

do paciente (ignorado, alta sem internação, evasão, alta após internação, transferência, óbito), diagnóstico psiquiátrico, fornecedor das informações para notificação, dentre outros.

Os dados do Hospital Ferreira Machado são coletados pela equipe que atua na unidade de urgência e emergência. Estes dados são encaminhados para serem compilados no setor de epidemiologia. A presença da equipe multidisciplinar no pronto atendimento do citado hospital é de grande relevância no que tange a captação dos dados relativos a violência autoprovocada. Os dados foram passados pela responsável do setor de epidemiologia do Hospital Ferreira Machado após protocolamento de ofício. Tais dados foram encaminhados por vias eletrônicas.

No Brasil, desde a década de 1970, o setor saúde passou a priorizar o trabalho sob a lógica do atendimento por equipes compostas por profissionais de diversas áreas do conhecimento, as equipes multiprofissionais. Amplia-se então a possibilidade de incrementação das possibilidades terapêuticas, por conseguinte, amplia-se o risco da fragmentação e especialização do trabalho. Desta forma, urge a necessidade de fundamentação de um trabalho que vá além da diversificação da equipe. É preciso a realização de processos de trabalho que possibilitem a interdisciplinaridade, o que representa a possibilidade dialogal dos diversos saberes na prática profissional, sem o risco da fragmentação dos saberes.

A presença de uma equipe multidisciplinar no atendimento às vítimas de violência autoprovocada nas unidades de pronto atendimento do SUS é essencial. A relação que se estabelece entre o profissional de diversas áreas no uso do que chamamos de tecnologias leves (entrevistas, escuta qualificada, etc.) representam estratégia crucial para a detecção e prevenção de reincidências do ato suicida. Além disso, minimizam as possibilidades do uso de recursos de média e alta complexidade na reabilitação das vítimas com riscos de reincidir no ato, e consequentemente menos custos aos cofres públicos. As tecnologias leves de cuidado representam a diminuição dos riscos de utilização de ações com a reabilitação das vítimas.

A medida que a saúde deixou de ser compreendida apenas sob um aspecto biológico circunscrito sob a lógica do saber biomédico, a interdisciplinaridade tomou relevância enquanto uma estratégia de atendimento

que contempla os usuários nas suas mais diversas dimensões, enquanto: sujeito social e biopsicossocial.

A integração dos saberes pressupõe alguns desafios aos profissionais de saúde tais como a demarcação de fronteiras aos diversos saberes, reorganização dos processos de trabalhos, democratização dos saberes e a criação de um espaço profissional onde a competência/responsabilidade, fluem sem exacerbação de algumas categorias profissionais.

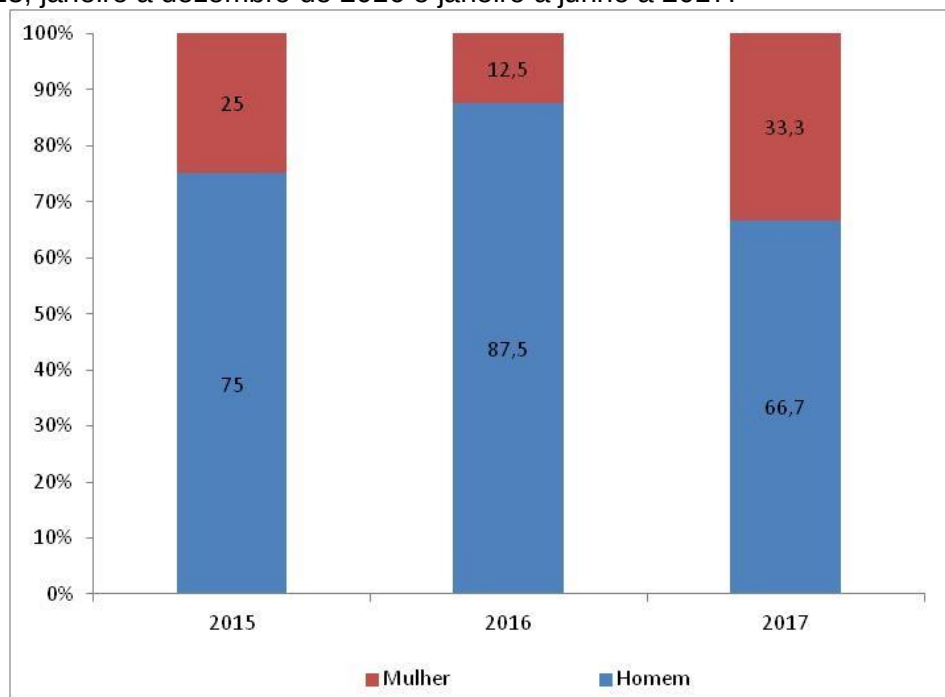
O sentido contemporâneo de tecnologia, portanto, diz respeito aos recursos materiais e imateriais dos atos técnicos e dos processos de trabalho, sem, contudo, fundir essas duas dimensões (SCHRAIBER; MOTA; NOVAES, 2008, p.382).

No campo da saúde mental, a lógica de implantação de equipes multidisciplinares nos dispositivos substitutivos de Saúde mental está presente em grande parte das portarias que os regulamentam. A portaria 3088/11, que institui a RAPS, em seu Art. 2º inciso IV descreve a “garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar”.

3.1. PERFIL DA VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA EM CAMPOS DOS GOYTACAZES

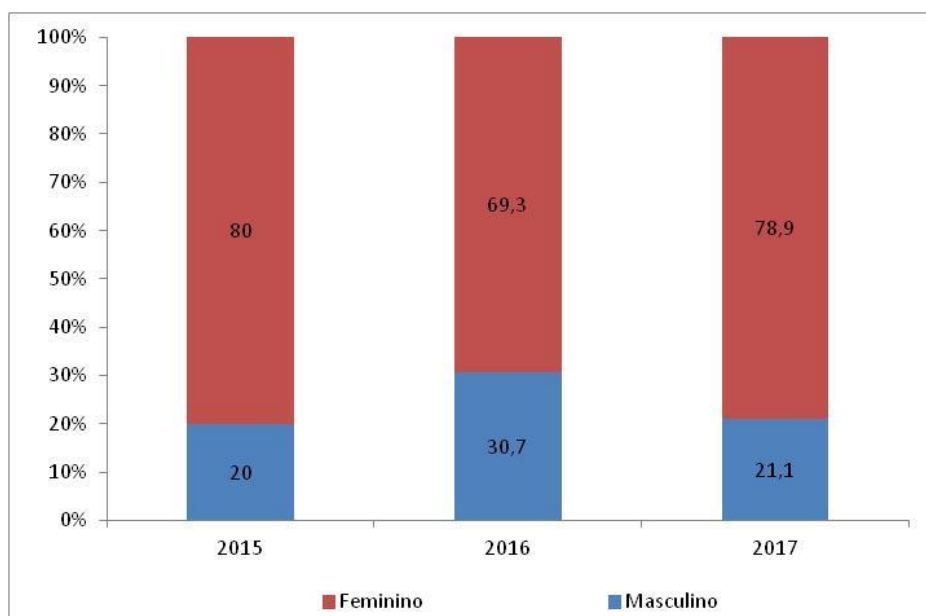
Como se mencionou, os dados referentes as tentativas de suicídio do Hospital Ferreira Machado contabilizam um total de 222 casos, num total de 27 meses, sendo que em 2015 (abril a dezembro) ocorreram 70 tentativas, em 2016 (janeiro a dezembro) – ocorreram 114 tentativas e em 2017 (janeiro a junho) ocorreram 38 tentativas. Compreendidos entre o período de abril de 2015 e junho de 2017 (Gráfico 1). Os casos de suicídio ocorridos em Campos dos Goytacazes no mesmo período, segundo informações do IML foi de 65 mortes, no mesmo período, conforme a seguir: 2015 (abril a dezembro): 12 óbitos, 2016 (janeiro a dezembro) :27 óbitos e em 2017 (janeiro a junho): 26 óbitos.

Gráfico 1. Notificações de violência autoprovocada segundo o sexo no IML de Campos dos Goytacazes. Os dados são referentes aos períodos de abril a dezembro de 2015, janeiro a dezembro de 2016 e janeiro a junho a 2017.



Fonte: IML Relatório de Notificação de Casos de Tentativas de Suicídio (2015 abr. A dez), 2016 (jan. a dez.), 2017 (jan. a jun.)

Gráfico 2. Notificações de violência autoprovocada segundo o sexo no HFM. Os dados são referentes aos períodos de abril a dezembro de 2015, janeiro a dezembro de 2016 e janeiro a junho a 2017.

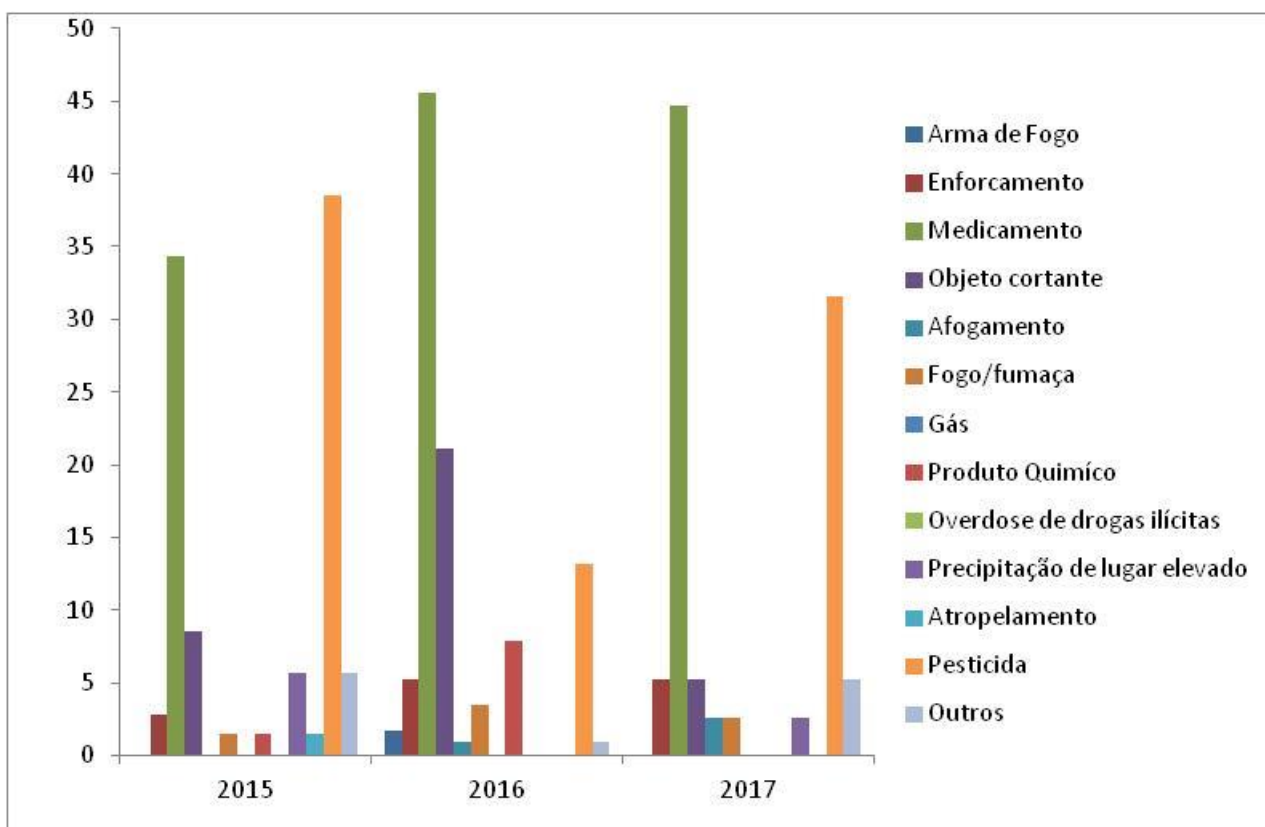


Fonte: HFM. Relatório de Notificação de Casos de Tentativas de Suicídio (2015 abr. A dez), 2016 (jan. a dez.), 2017 (jan. a jun.)

Ao compararmos os dados do gráfico 1 e 2, relativos aos suicídios ocorridos e registrados pelo Instituto Médico Legal – IML, no período

selecionado, bem como a notificação dos casos suspeitos ou confirmados de tentativa de violência autoprovocada das pessoas atendidas no Hospital Ferreira Machado – HFM, no que tange ao sexo, verificamos que as mulheres praticam mais tentativas, porém os homens morrem mais. Isto pode significar que os homens na prática da violência autoprovocada utilizam métodos mais letais.

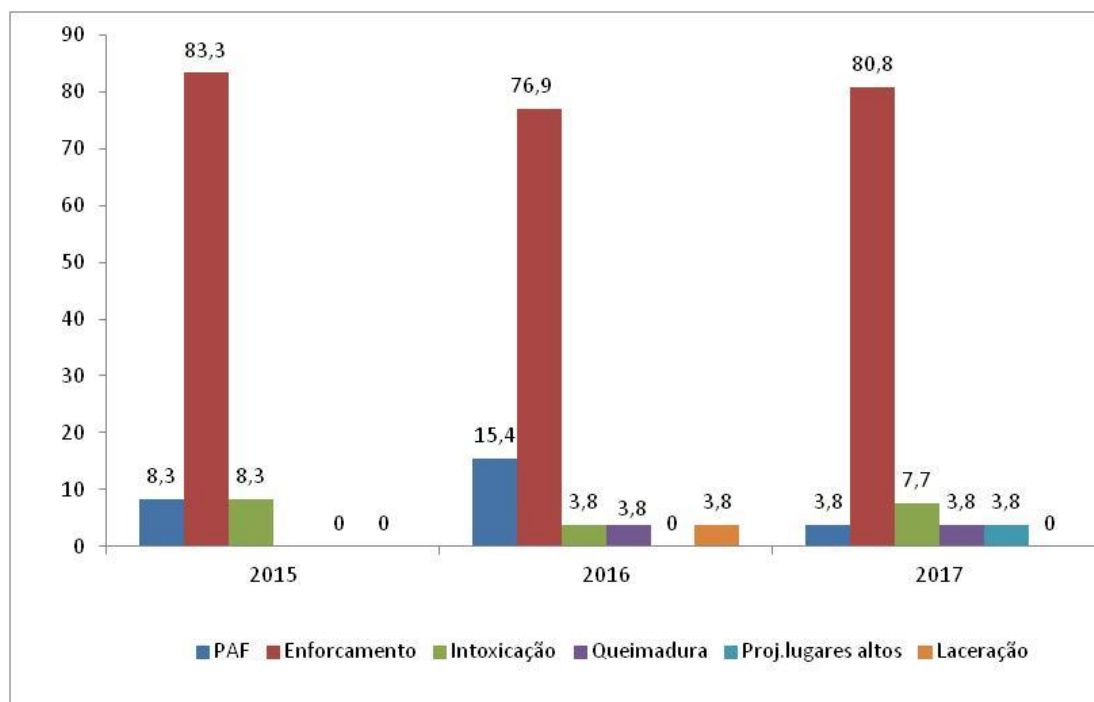
Gráfico 3. Notificação de Violência Autoprovocada, segundo o Método no ano de 2015 no HFM. Os dados são referentes aos períodos de abril a dezembro de 2015 janeiro a dezembro de 2016 e janeiro a junho de 2017.



Fonte: HFM. Relatório de Notificação de Casos de Tentativas de Suicídio (2015 abr. A dez), 2016 (jan. a dez.), 2017 (jan. a jun)

No gráfico 3, verifica-se que o método mais utilizado nos casos de violência autoprovocada atendidos no HFM, são uso abusivo de medicamentos e pesticidas (intoxicação exógena) em primeiro lugar, em segundo lugar a utilização de objetos perfuro cortantes e em terceiro lugar a precipitação de lugares altos.

Gráfico 4. Suicídio segundo a metodologia utilizada registrada no HFM. Os dados são referentes aos períodos de abril a dezembro de 2015, janeiro a dezembro de 2016 e janeiro a junho de 2017.



Fonte: IML. Relatório de Notificação de Casos de Tentativas de Suicídio (2015 abr. A dez), 2016 (jan. a dez.), 2017 (jan. a jun)

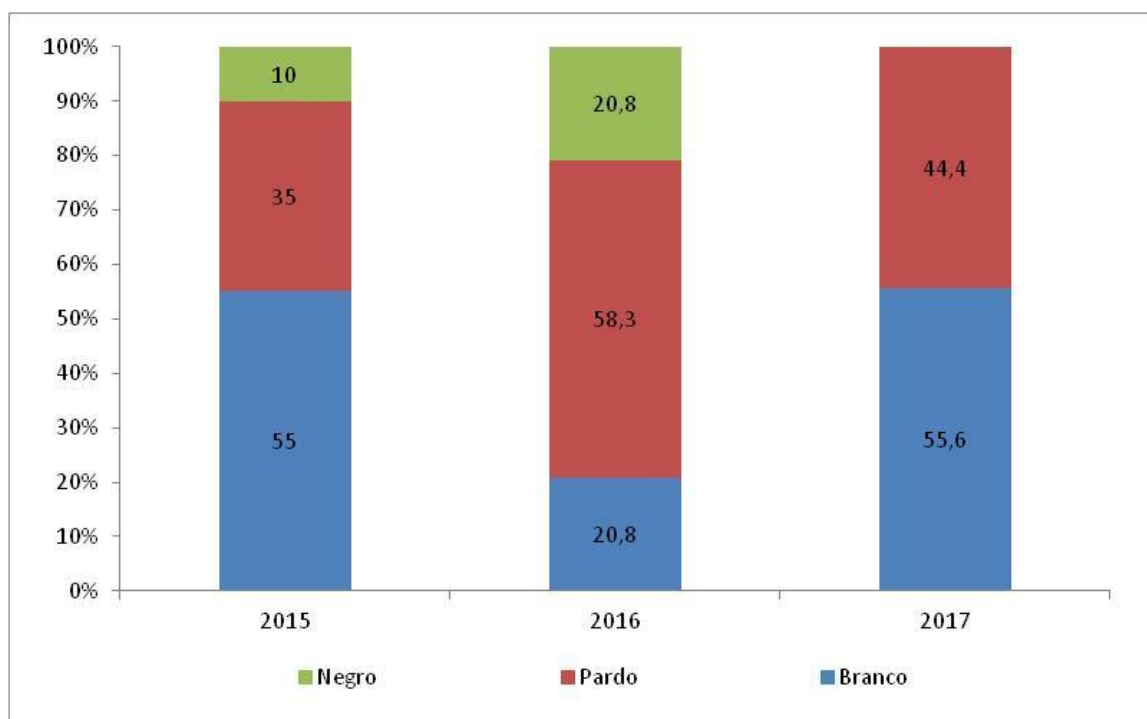
Quanto aos casos de suicídio registrados no IML, as circunstâncias que mais incidem no óbito são os enforcamentos.

Conforme demonstra o gráfico 5, a proporção entre os suicídios entre negros e pardos é aproximadamente maior do que o número de suicídios praticados por pessoas de cor branca. Tal fato pode estar relacionado as relações de desigualdade que incidem sobre a população negra em nosso país, as quais ocupam as classes mais baixas da população. Portanto, confere-se que as relações políticas, sociais econômicas numa sociedade marcada pela desigualdade social pode fomentar atos de violência autoprovocada. Além disso, houve um aumento considerável dos casos no período de 2017, onde em apenas 06 meses, o número foi quase igual aos 12 meses de 2016.

No estudo “An Economic Theory on Suicide”, os economistas Daniel Hamermesh e Neal Soss (1974), afirmam que grande parte das variações nas taxas de suicídio quando comparadas entre países podem ser explicadas por teorias sociológicas. Porém, as relações entre suicídio e renda, por exemplo, não podem ser bem explicadas por essas teorias, mas podem ser racionalizadas

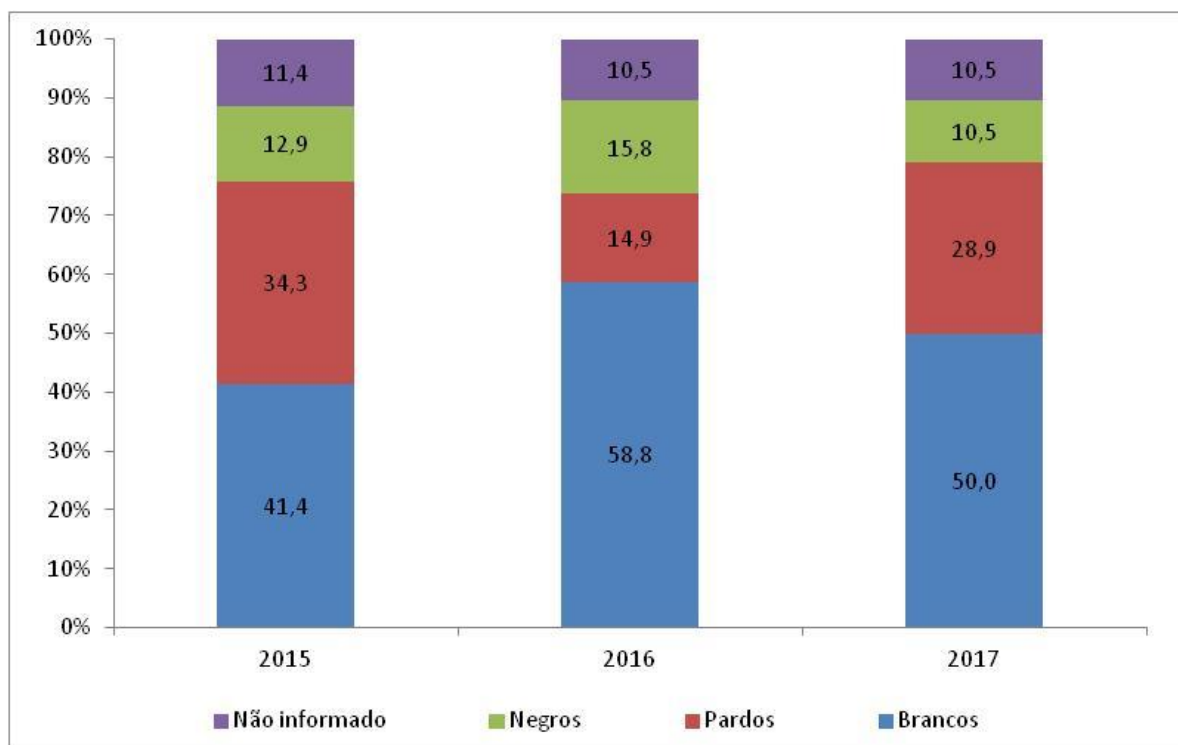
através de uma teoria econômica. Eles concluem que a pobreza está entre os fatores de risco para o suicídio, no caso de sociedades desenvolvidas. Também concluem que a fração de indivíduos que cometem suicídio é formada principalmente a partir da utilidade intertemporal do valor da vida de um indivíduo e seu desgosto pela mesma.

Gráfico 5. Suicídio segundo a cor segundo o IML de Campos dos Goytacazes. Os dados são referentes aos períodos de abril a dezembro de 2015, janeiro a dezembro de 2016 e janeiro a junho a 2017.



Fonte: IML. Relatório de Notificação de Casos de Tentativas de Suicídio (2015 abr. A dez), 2016 (jan. a dez.), 2017 (Jan.. a Jun.)

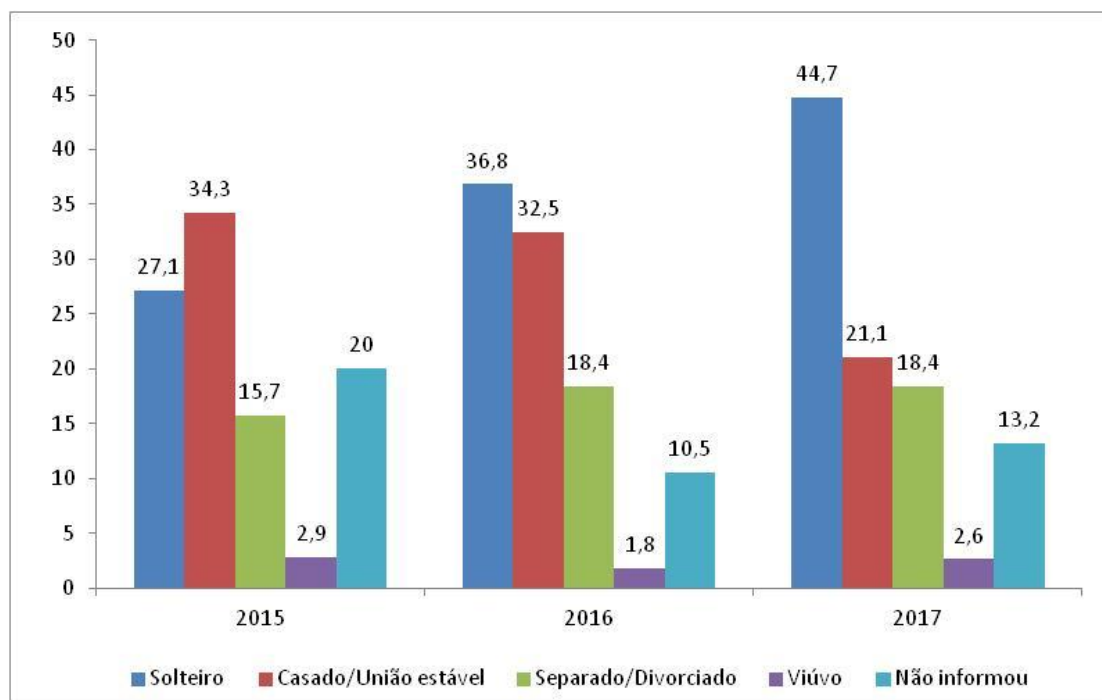
Gráfico 6. Notificação de tentativa de violência autoprovocada no HFM segundo a Cor. Os dados são referentes aos períodos de abril a dezembro de 2015, janeiro a dezembro de 2016 e janeiro a junho a 2017.



Fonte: HFM. Relatório de Notificação de Casos de Tentativas de Suicídio (2015 abr. A dez), 2016 (jan. a dez.), 2017 (jan. a jun)

Com relação aos gráficos 6 considerando que os casos válidos, ou seja, apenas os casos para os quais as informações sobre cor são conhecidas, e pressupondo-se que os casos 'não informados' seguem a mesma estrutura relativa identificada através dos casos conhecidos, infere-se que, nos casos de tentativas de violência autoprovocada, através de métodos menos letais, para todos os anos em questão, a população branca é mais propensa a prática do ato.

Gráfico 7. Notificação de violência autoprovocada segundo o estado civil registrada no HFM. Os dados são referentes aos períodos de abril a dezembro de 2015, janeiro a dezembro de 2016 e janeiro a junho de 2017.



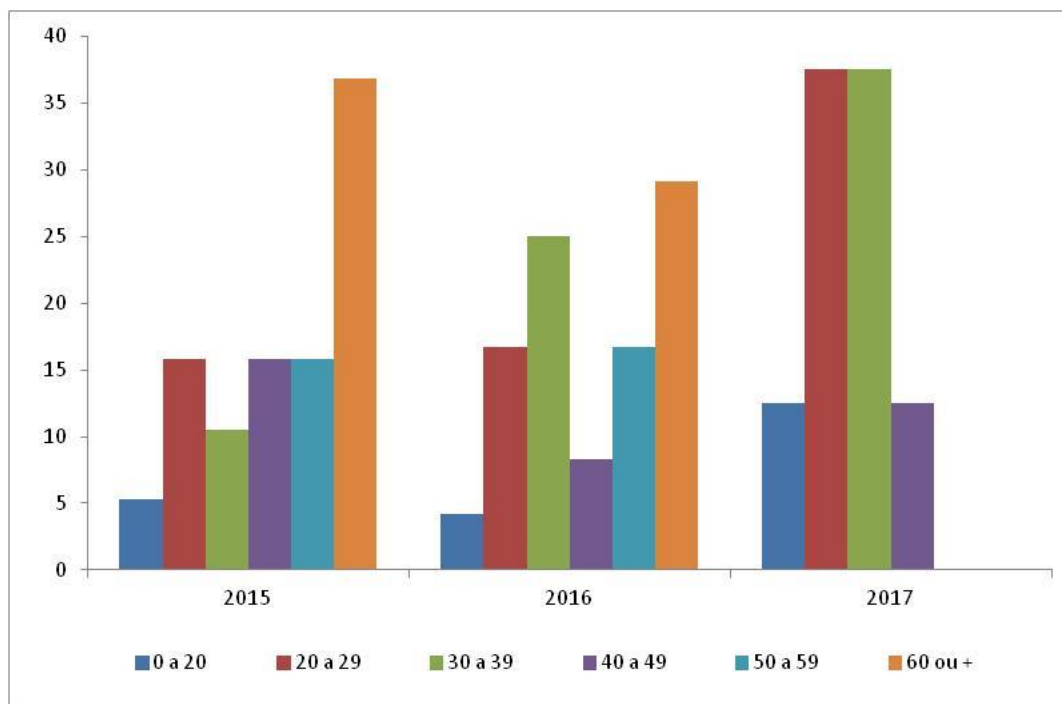
Fonte: HFM. Relatório de Notificação de Casos de Tentativas de Suicídio (2015 abr. A dez), 2016 (jan. a dez.), 2017 (jan. a jun)

O 'estado civil' da vítima de violência autoprovocada também é um quesito constante na ficha de notificação de tentativas de suicídio do HFM. Também neste caso a informação apresenta um número relativamente alto de subnotificação, sinalizando, assim como a variável cor, a necessidade de se aprimorar o preenchimento da ficha de notificação. Para tanto é preciso conscientizar os profissionais responsáveis da importância do correto preenchimento, tanto para fins de pesquisa quanto para fins de elaboração de políticas públicas específicas para a população vulnerável. Um segundo passo, mas não menos importante que o primeiro, seria o treinamento dos profissionais para o devido preenchimento do formulário.

Os dados sugerem uma mudança no perfil, segundo o estado civil, das vítimas de violência autoprovocada: em 2015 a maioria das vítimas eram casadas ou viviam sob regime de união estável; em 2016 e 2017, houve uma diminuição desse número. Essa redução foi compensada principalmente pelo aumento do número relativo de solteiros e menos intensamente, pelo aumento do número relativo de indivíduos separados/divorciados. Esse resultado era, em

certa medida esperado, tendo em vista a tendência para o rejuvenescimento da tentativa de suicídio, identificada através da variável 'idade'.

Gráfico 8. Suicídio segundo a faixa etária segundo o IML de Campos dos Goytacazes. Os dados são referentes aos períodos de abril a dezembro de 2015, janeiro a dezembro de 2016 e janeiro a junho de 2017.



Fonte: IML. Relatório de Notificação de Casos de Tentativas de Suicídio (2015 abr. A dez), 2016 (jan. a dez.), 2017 (Jan. a Jun.)

Como se pode notar na Gráfico 8, as tentativas de suicídio são mais frequentes entre pessoas mais jovens, nos três anos estudados, mesmo com quantitativos de meses diferentes em cada ano. Percebe-se, uma crescente tendência para o aumento das tentativas de suicídio entre os menores de 20 anos, o que indica uma tendência de crescente rejuvenescimento do suicídio, entre 2015 e 2017.

Segundo a OMS (2012), a taxa mundial de suicídio gira em torno de 16 por 100 mil habitantes, sendo que a taxa de mortalidade por suicídio aumentou 60% nos últimos 45 anos. Calcula-se que os casos de tentativa de violência autoprovocada sejam vinte vezes mais frequentes que a consumação do ato em si, ou seja, o suicídio propriamente dito.

Wailselfisz, (2014), declara que o total de suicídios no Brasil, entre os anos 2002 e 2012, aumentou de 7.726 para 10.321, ou seja, um aumento de 33,6%,

ultrapassando assim, o crescimento da população do país no mesmo período. Segundo ele quanto na população mais jovem, aquela entre 15 a 29 anos, o aumento foi de 15,3%, suicídios entre 2002 e 2012. A taxa de suicídio, nessa população, passou, no mesmo período, de 5,1/100 mil para 5,6/100 mil jovens, ocupando o país a 60ª posição na classificação mundial.

O aumento da incidência de casos de violência autoprovocada no município de Campos dos Goytacazes teve uma resposta imediata nos serviços de atendimento em saúde mental. A entrevistada 2 relatou que foi verificado grande incidência de casos de violência autoprovocada no ano de 2016, entre crianças e adolescentes. A partir do ano de 2017 foram iniciadas as atividades de um Grupo Gestor com representantes de outros setores da Política de Saúde e também de outras políticas públicas, como Política Municipal de Educação, Política Municipal de Assistência Social. O grupo foi criado principalmente após a verificação do aumento dos casos de violência autoprovocada entre crianças e adolescentes.

A entrevistada 2 diz: *“A partir agora de 2017 (...) agregando todas as iniciativas, vários atores para fazer um trabalho conjunto, de prevenção a esses atos de violência sendo que vão começar com a criança e adolescente, por que houve um aumento muito grande na cidade e no país (...), houve um aumento considerável no nosso CAPS I, muita coisa, muitos casos, 2017 foi uma explosão no nosso Caps I. (...) Nesse grupo entra diversos setores (...) para direcionar uma política pública de prevenção ao suicídio na adolescência. Esse grupo é intersetorial e no final de ano (...) deu uma parada”*.

Quando perguntada sobre os casos de violência autoprovocada no Caps Infantil, a entrevistada nº 7 informou que: *“... o número é cada vez mais crescente. Nós temos uma estatística que demonstra que de 2015 para cá, triplicou o número de casos de violência autoprovocada”*.

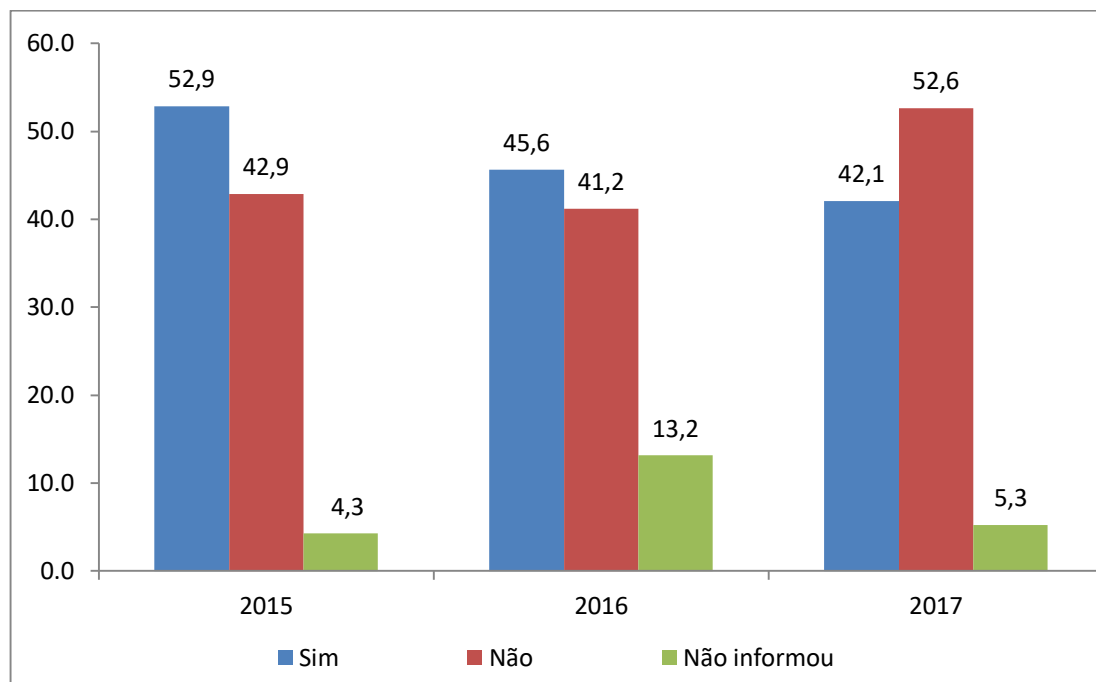
Percebe-se então, que embora houvesse a iniciativa formação de um grupo gestor para formalização de ações de prevenção do suicídio para os cidadãos com menos de 18 anos, nenhuma ação efetiva ainda foi realizada. Atualmente, as crianças e adolescentes na rede pública de atendimento são referenciadas ao CAPS Infantil, o qual atua com uma equipe multidisciplinar composta por psicólogos, assistentes sociais, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e equipe de apoio.

Em agosto do ano de 2006, o Ministério da Saúde lançou a Portaria Nº 1876, “Considerando a possibilidade de intervenção nos casos de tentativas de suicídio e que as mortes por suicídio podem ser evitadas por meio de ações de promoção e prevenção em todos os níveis de atenção à saúde” a qual Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Identificar pessoas em situação de vulnerabilidade, entender as circunstâncias que influenciam seu comportamento suicida e estruturar intervenções eficazes. A prevenção deve ser classificada em termos universais, seletivos e específicos. A prevenção chamada universal visa reduzir a incidência de novos casos por meio de ações educativas; a seletiva concentra-se em grupos expostos a situações de risco; e a específica dirige-se aos indivíduos – ou seja, exige-se uma ação individual para cada caso – que manifestam desejo ou ideação suicida. A proposta de atenção integral e o atendimento de pessoas em situação de risco e vulnerabilidade em linhas de cuidado constituem um dos cenários para a organização de políticas de atenção, tendo em mente a integralidade e a ação intersetorial (Mynaio, 2014).

Quanto as reincidências, como a Portaria GM/MS Nº 1271/2014 obriga à notificação de todos os casos suspeitos ou confirmados de violência em caráter emergencial, cabendo o ato da notificação aos profissionais de saúde que prestaram atendimento . Cada vez que o mesmo indivíduo dá entrada numa unidade de urgência e emergência, é gerada uma nova notificação. Daí, o número de indivíduos ser diferente dos números de casos notificados

Gráfico 9. - Reincidência dos casos de violência autoprovocada registrada no HFM. Os dados são referentes aos períodos de abril a dezembro de 2015, janeiro a dezembro de 2016 e janeiro a junho a 2017.



Fonte: HFM. Relatório de Notificação de Casos de Tentativas de Suicídio (2015 abr. A dez), 2016 (jan. a dez.), 2017 (Jan. a Jun.)

Nos três períodos estudados, grande parte das pessoas que praticaram a violência autoprovocada, já o tinham tentado outras vezes.

Das dez entrevistas realizadas, seis entrevistados relataram que uma das dificuldades de adesão ao tratamento por parte dos indivíduos que praticam violência autoprovocada está no fato de que muitos destes tem como ponto de atenção na rede psicossocial somente o Caps.

Segundo muitos profissionais entrevistados informam que estes usuários, por não se identificarem com a demanda atendida nesses centros, não aderem ao tratamento, haja visto que o CAPS, trata-se de atenção especializada direcionada a pessoas com transtorno mental grave e persistente.

Apenas uma entrevistada atribuiu como necessária a implantação de centros especializados destinados ao tratamento às pessoas que tentaram ou incidem no risco da prática do ato de violência autoprovocada. A terapia psicológica, além dos Caps, na rede pública, é oferecida escassamente através de quatro psicólogos (Hospital São José e Hospital Geral de Guarus), os quais

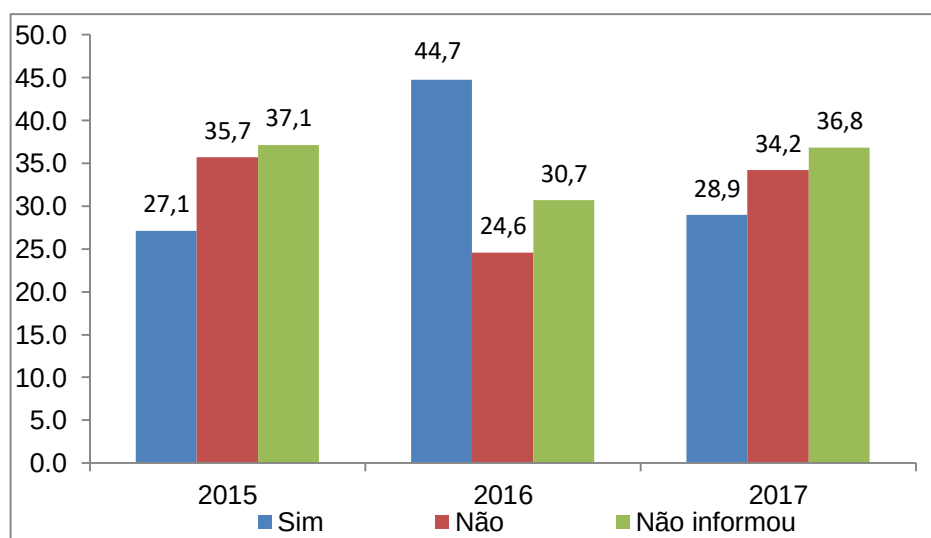
funcionam numa lógica de atendimento não prevista na RAPS, ou seja, seguem padrões anti-reforma, voltadas para o atendimento biomédico.

Como se mencionou, o acolhimento na rede psicossocial, após atendimento de urgência e emergência, outras instituições públicas, bem como o atendimento via demanda espontânea para as vítimas de violência autoprovocada, é feito em sua maioria nos Caps. O acolhimento representa importante instrumento de adesão ao tratamento. O fato do paciente ser acolhido num dispositivo ao qual não se identifique pode acarretar o abandono do tratamento e aumentar a possibilidade de reincidência no ato da violência autoprovocada.

Acolher, segundo o Dicionário Aurélio, significa dar acolhida ou agasalho a; hospedar; receber, atender a; dar crédito a; dar ouvidos a; admitir; aceitar; tomar em consideração. Cavalcante Filho e colaboradores (2009), definem acolhimento enquanto o ato de ouvir com atenção, admitir o saber o usuário.

(...) a partir da análise dos processos de trabalho. O acolhimento favorece a construção da relação de confiança e compromisso entre as equipes e os serviços. Possibilita também avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial para a população brasileira (Brasil, 2009).

Gráfico 10. Notificação de violência autoprovocada segundo identificação de transtorno mental no HFM. Os dados são referentes aos períodos de abril a dezembro de 2015, janeiro a dezembro de 2016 e janeiro a junho de 2017.



Fonte: HFM. Relatório de Notificação de Casos de Tentativas de Suicídio (2015 abr. A dez), 2016 (jan. a dez.), 2017 (jan. a Jun.)

O gráfico 10 nos remete para o fato de que a grande maioria dos pacientes que praticaram a violência autoprovocada não possuem o diagnóstico de algum tipo de transtornos psiquiátricos. A patologização do indivíduo, numa esfera individual e anômica encobre questões culturais, sociais, políticas econômicas que podem induzir alguns indivíduos ao desejo da morte.

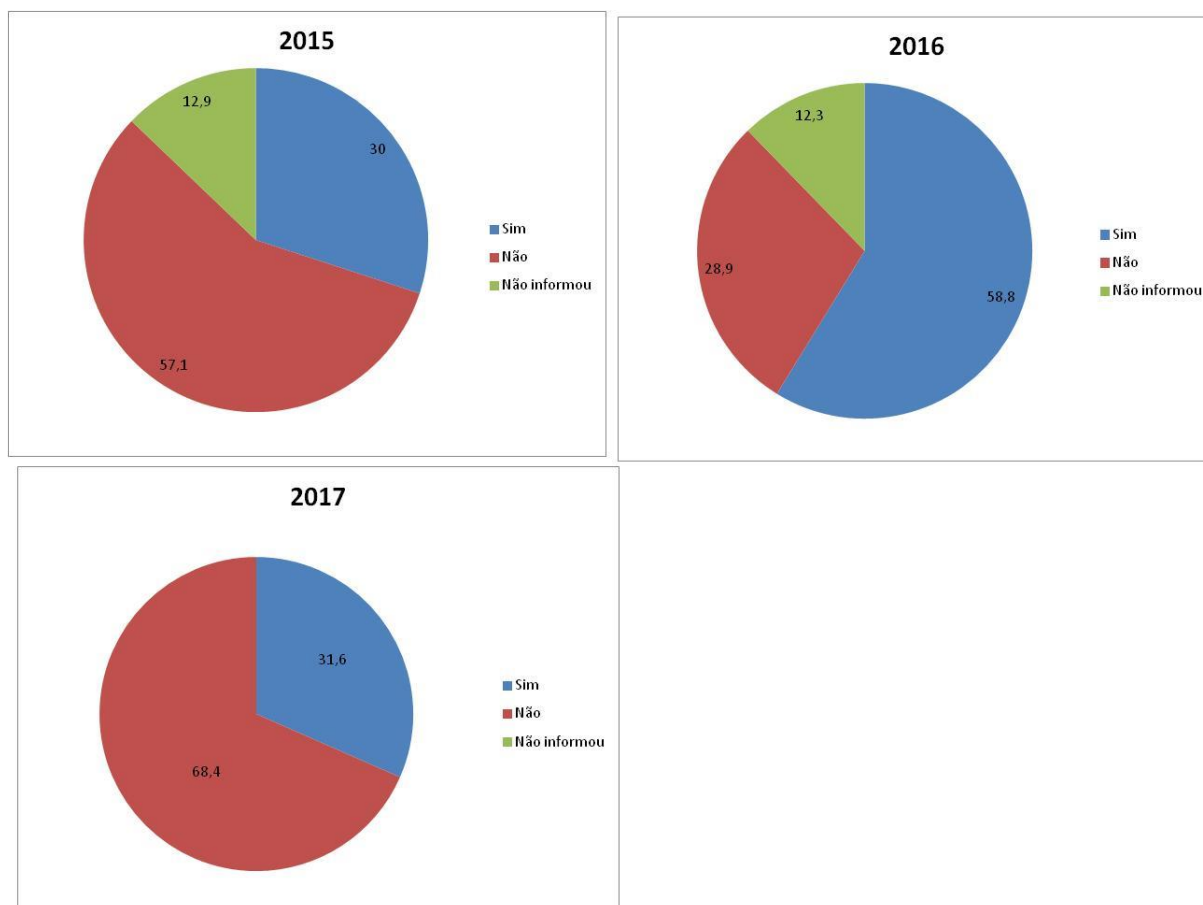
As contradições sociais, fruto das desigualdades sociais que perpassam a sociedade capitalista passou a ser vista pelos indivíduos de maneira psicopatologizada, as mazelas do ser o remetem ao sentimento de incapacidade própria. Muitas vezes a resposta para lidar com a exclusão social pode ser, de maneira direta ou indireta, por parte do indivíduo através da prática de um ato de violência autoprovocada ou mesmo da patologização do problema e da medicalização. Desta forma, um problema de ordem social, política e econômica é reduzido a dimensões individuais.

Regride-se então, a visão iluminista e organicista da sociedade, onde atribuíam ao indivíduo, às suas incapacidades individuais, a impossibilidade de inserir-se no mercado de trabalho. Como a sociedade era vista como um corpo, o que era considerado anômalo era tido como algo que impedisse o bem-estar todo. O mercado de trabalho era visto como algo ao dispor de todos os indivíduos e aqueles que não conseguiam se inserir neste, eram tidos como incapazes.

Grande parte dos indivíduos que praticaram violência autoprovocada não possuem diagnóstico de doença psiquiátrica, o que desmistifica o modelo biomédico de patologização das tentativas de suicídio como causa mais preponderante para a prática do ato, podendo indicar que os fatores econômicos e sociais estão muito mais do que se pensa, diretamente ou indiretamente, relacionados ao ato suicida.

O artigo 2º da Lei 3088/11, Art. IV, que diz respeito as diretrizes de funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial, garante ao cidadão a diversificação das estratégias de cuidado, nos chamados espaços de convivência. No entanto, a maior parte dos atendimentos prestados na Rede de Atenção Psicossocial, devido as dificuldades relacionadas aos recursos humanos na elaboração de terapias alternativas limitam as possibilidades de estratégias de cuidado em saúde mental.

Gráfico 11. Notificação de violência autoprovocada segundo a assistência à saúde até um mês antes do ato segundo o HFM. Os dados são referentes aos períodos de abril a dezembro de 2015, janeiro a dezembro de 2016 e janeiro a junho a 2017.



Fonte: HFM. Relatório de Notificação de Casos de Tentativas de Suicídio (2015 abr. A dez), 2016 (jan. a dez.), 2017 (Jan. a jun.)

O adoecimento da população em virtude de situações referentes a elementos políticos, econômicos e sociais, além do grande apelo da indústria farmacêutica, tem levado muitos pacientes a fazerem uso de medicamento. A deficiência de Políticas Sociais que garantam o mínimo necessário para o desenvolvimento de uma vida saudável - considerando o conceito mais amplo de saúde – tem levado a sociedade ao uso epidêmico de medicamentos psicoativos. Verifica-se a dificuldade de acesso a assistência terapêutica, a nível de baixa e média complexidade, bem como a ações relacionadas a prevenção, o que poderia funcionar como fator minimizador dos elementos que incidem na prática do ato suicida.

Grande parte dos profissionais entrevistados apontam a dificuldade de acesso a terapia psicológica na rede como uma das dificuldades encontradas na

política pública de atendimento no tratamento às vítimas de violência autoprovocada. Principalmente após a redução dos atendimentos no ambulatório do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Campos e o fechamento do ambulatório de psicologia do hospital São José. Além da dificuldade de acesso a terapia psicológica, nas entrevistas aos profissionais, foram citadas como dificuldades para tratamento as pessoas que praticaram violência autoprovocada à nível de política pública os seguintes elementos: dificuldade de acesso à medicação, dificuldade de acesso a tratamento médico, falta de oferecimento de treinamento continuado aos profissionais, deficiências relacionados à formação dos profissionais no campo da saúde mental, pouca agregação do potencial terapêutico do acompanhamento psicológico e a cultura da medicalização.

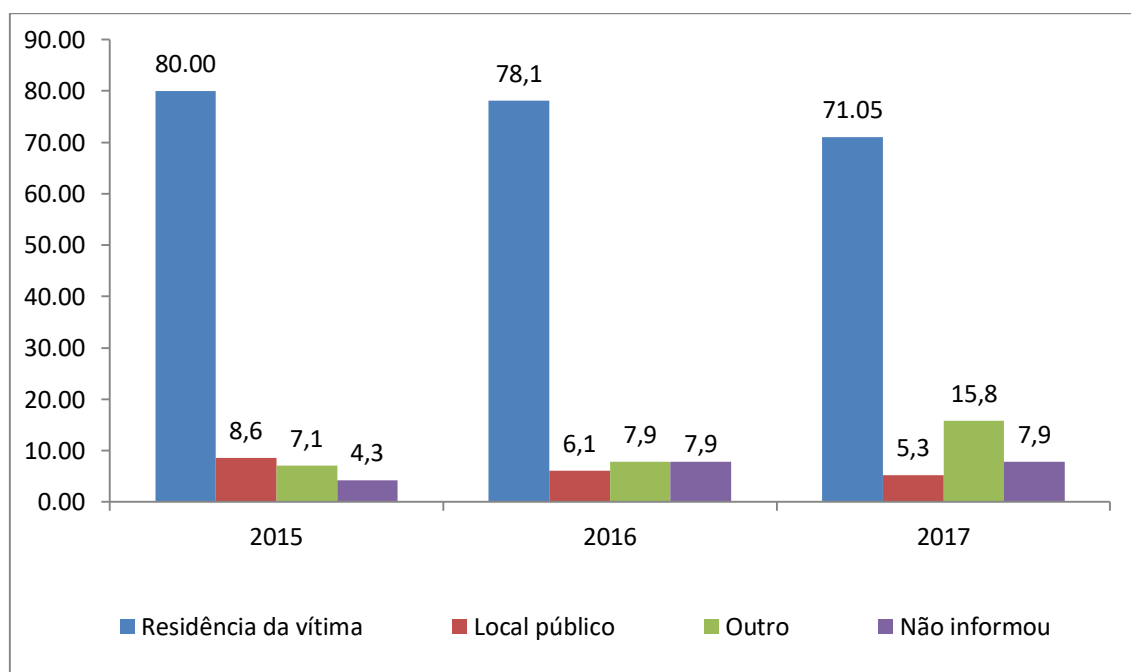
A medicalização está tão naturalizada que até mesmo as contradições inevitáveis das relações dos indivíduos com os outros, são medicados de forma irrestrita e irresponsável. Estão relacionados atualmente mais de quinhentos tipos de transtornos mentais. Então, é difícil que grande parte das pessoas não se enquadre, em algum momento da sua história em algum desses (HENDERSON, 2009).

A entrevista nº 10 diz: “(...) às vezes o paciente vem duas três vezes e não continua vindo até por que mexer nas feridas é doído, então ele prefere remédio do que trabalhar isso. A gente percebe isso. Eu tenho essa percepção. Tenho muito medo, porque a gente vê que alguns pacientes relatam; - Eu tomo um remédio para dormir e outro para acordar. Quer dizer, antes de dormir ele toma o remedinho que vai dar a ele o sono imediato, aquele soninho que ele se desliga, o sono que eu penso que não é um sono saudável e de manhã um antidepressivo pra levantar. E a gente precisa aprender a conviver com essas situações cotidianas. Alguns pacientes relatam que tomam remédios para dormir e outro para acordar antes de dormir”.

São inegáveis os avanços alcançados pela indústria farmacêutica, mas trata-se de tratar mais criticamente os interesses mercantis que perpassam a patologização do sofrimento e a medicalização da vida. A medicalização além de favorecer alguns interesses de mercado, camufla as desigualdades sociais inerentes ao sistema capitalista

O fato de que grande parte dos suicidas praticaram o ato na sua residência revela a importância da política de saúde mental ser desenvolvida na lógica territorial e comunitária, conforme preconizado na Reforma Psiquiátrica. Infelizmente, o atendimento em saúde mental no território é amplamente deficitário, vindo a contar apenas com quatro Centros de Atendimento Psicossocial – CAPS (01 Infantil, 01 para atendimento em álcool e outras drogas e apenas dois para transtorno psiquiátrico, sendo que apenas dois dos CAPS funcionam 24 h).

Gráfico 12. Notificação de violência autoprovocada, segundo o local da tentativa segundo o HFM. Os dados são referentes aos períodos de abril a dezembro de 2015, janeiro a dezembro de 2016 e janeiro a junho de 2017.



Fonte: HFM. Relatório de Notificação de Casos de Tentativas de Suicídio (2015 Abr. a Dez.), 2016 (Jan. a Dez.), 2017 (Jan. a Jun.)

Há a necessidade de intervenção da rede psicossocial no território, uma vez que a maioria dos casos de violência autoprovocada ocorrem no domicílio, segundo demonstra o gráfico 12. A partir da lei 10.216/11, a lógica de tratamento em saúde mental é de base territorial e comunitária. Desta forma, dispositivos como os ambulatórios do Hospital Geral de Guarus e Hospital São José, bem como o Hospital Abrigo João Viana, não estão em conformidade com os parâmetros da Reforma psiquiátrica.

Quanto aos pacientes atendidos no Hospital Ferreira Machado, as vítimas de violência autoprovocada na alta do HFM, são encaminhadas para os

dispositivos da rede, sendo os CAPS como principal centro de atenção no atendimento às vítimas. A psicóloga do P.U. recebe uma cópia das fichas de notificação encaminhadas pelo hospital citado e através de contato telefônico faz um contato com as vítimas a fim de verificar a adesão, ou acolhimento na rede.

Cabe ressaltar que alguns casos menos graves, ou seja, com menor grau de complexidade clínica são encaminhados ao P.U. – Posto de Urgência da Rua Saldanha Marinho e outras unidades de urgência e emergência. Se não houver equipe disponível para o atendimento ou até mesmo treinamento destas equipes a subnotificação dos casos e a possibilidade de novas tentativas pode acontecer. À medida que a lesão autoprovocada é perpassada pela categoria intencionalidade, onde o indivíduo precisa assumir o desejo da prática do ato, se não houver a abordagem correta por parte dos profissionais o caso sequer é identificado.

O atendimento das vítimas faz toda diferença no atendimento de urgência e emergência, sendo fator essencial de prevenção e minimização do risco de novas tentativas. O uso de tecnologias leves como escuta qualificada e encaminhamento a rede de atenção psicossocial, na alta da emergência, pode representar menor impacto e minimização dos custos com ações de recuperação e reabilitação das vítimas, bem como a possibilidade de garantia do exercício do princípio da integralidade no SUS.

Daí a importância da interlocução da rede de atendimento no SUS, em todos os níveis de atendimento (atenção básica, média e alta complexidade).

Tabela 1. Notificação da violência autoprovocada em Campos dos Goytacazes por bairro de residência.

Bairro de Residência	2015	2016	2017	Bairro de Residência	2015	2016	2017
Parque Aurora	5,7	7,0	0,0	Venda Nova	0,0	0,9	0,0
Parque Esplanada	2,9	5,3	5,3	Vila Romana	0,0	0,9	0,0
Centro	1,4	5,3	2,6	Parque Nova Brasília	1,4	0,9	2,6
Parque Guarus	2,9	4,4	10,5	Tocos	0,0	0,9	0,0
Turf Club	2,9	3,5	0,0	Rio Preto	0,0	0,9	2,6
Baixa Grande	1,4	3,5	0,0	Parque Vicente Dias	0,0	0,9	2,6
Parque Eldorado	4,3	2,6	2,6	Donana	0,0	0,9	0,0
Parque Rosário	5,7	2,6	0,0	Saturnino Braga	0,0	0,9	0,0
Custodópolis	0,0	2,6	0,0	Martins Laje	0,0	0,9	0,0
Farol de São Tomé	0,0	2,6	0,0	Parque Bandeirantes	0,0	0,9	0,0
Parque Nova Campos	0,0	2,6	0,0	Parque Alvorada	0,0	0,9	0,0
Penha	4,3	2,6	5,3	Parque Fundão	1,4	0,9	0,0
Tapera	0,0	2,6	0,0	Parque Corrientes	2,9	0,9	5,3
Parque Jockey Club	2,9	2,6	0,0	Parque Alphaville	0,0	0,9	0,0
Goytacazes	1,4	1,8	0,0	Alto da Areia	0,0	0,9	0,0
Parque Júlio Nogueira	0,0	1,8	0,0	Ponta da Lama	0,0	0,9	0,0
Caju	1,4	1,8	2,6	Pelinca	0,0	0,9	0,0
IPS	0,0	1,8	0,0	Lapa	2,9	0,9	2,6
Horto	1,4	0,0	2,6	Ururaí	2,9	0,0	0,0
Parque São José	1,4	1,8	2,6	Parque São Mateus	1,4	0,0	0,0
Travessão	2,9	1,8	0,0	Parque Santa Rosa	1,4	0,0	0,0
Parque São Caetano	0,0	1,8	0,0	Parque Rio Branco	1,4	0,0	0,0
CODIN	0,0	1,8	0,0	Parque Nova Canaã	1,4	0,0	0,0
Parque Cidade Luz	1,4	1,8	2,6	Parque João Maria	1,4	0,0	2,6
Parque Pecuária	1,4	1,8	2,6	Parque Bela Vista	1,4	0,0	0,0
Parque Jardim Carioca	0,0	1,8	0,0	Conselheiro Josino	1,4	0,0	0,0
Parque Imperial	1,4	0,9	7,9	Barcelos	1,4	0,0	0,0
Parque Santos Dumont	1,4	0,9	0,0	Babosa	1,4	0,0	0,0
Parque Santo Amaro	2,9	0,9	0,0	Atafona	1,4	0,0	0,0
Parque Tamandaré	1,4	0,9	0,0	Alphaville	1,4	0,0	0,0
Parque São Silvestre	0,0	0,9	5,3	Parque Califórnia	0,0	0,0	5,3
Parque Rodoviário	0,0	0,9	2,6	Calabouço	0,0	0,0	2,6
Parque Leopoldina	2,9	0,9	2,6	Chave do Paraíso	0,0	0,0	2,6
Parque Lebre	4,3	0,9	0,0	Terra Prometida	0,0	0,0	2,6
Parque Prazeres	1,4	0,9	2,6	Não informou	8,6	5,3	2,6
Parque Novo Jockey	0,0	0,9	5,3	Total	64,3	78,9	65,8
Parque Santa Clara	2,9	0,9	0,0				

Fonte: HFM. Relatório de Notificação de Casos de Tentativas de Suicídio (2015 abr. A dez), 2016 (jan. a dez.), 2017 (lan. a jun.).

Quanto a incidência de tentativas de suicídio por bairros, a localização física dos CAPS é de extrema relevância. Os quatro Caps da cidade estão localizados na região central e distantes dos territórios com maior incidência de violência autoprovocada, estando localizados próximos a centros comerciais e longe das áreas com maior concentração de moradores.

Em 2003, a Organização Mundial de Saúde, através da Associação Internacional para prevenção do Suicídio, elegeu o dia 10 de setembro como o Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio, com vistas à adoção de medidas de prevenção ao ato. No Brasil, no ano de 2006, o Ministério da Saúde lançou o Manual de Prevenção ao Suicídio, sendo direcionado aos profissionais que atuam na saúde mental, e especialmente àqueles que atuam nos CAPS.

Segundo Dr. Oleg Chestnov, Diretor Geral Adjunto Doenças Não transmissíveis e Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde, o suicídio é evitável conforme a seguir:

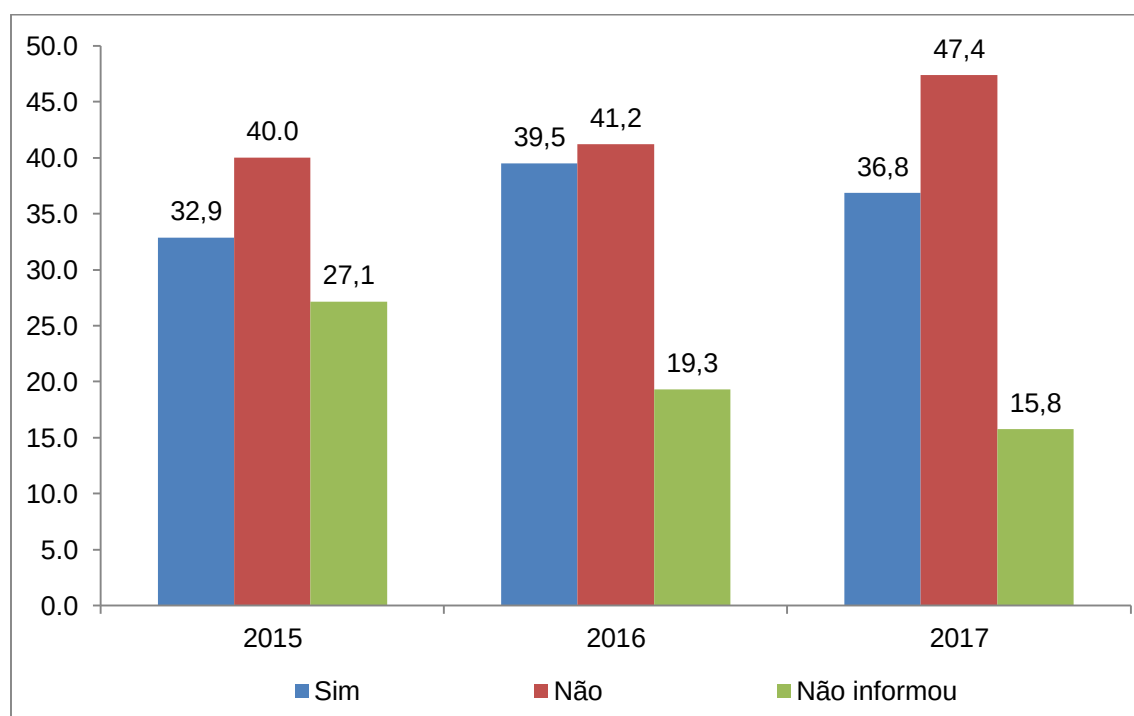
O suicídio é amplamente evitável. Diferentemente de muitas outras questões de saúde, as ferramentas para reduzir de forma significativa a maior perda trágica da vida pelo suicídio estão disponíveis. Com ação coletiva para reconhecer e tratar deste problema sério, bem como compromisso para intervenções eficazes, apoiadas por vontade e recursos políticos, a prevenção de suicídio de forma global é possível. Estima-se que o suicídio contribua com mais de 2% para a carga global de doença até o ano 2020. De forma significativa, este número não leva em conta o imenso impacto de suicídio além do indivíduo e o efeito propagador que ele tem nas vidas e saúde mental de muitas famílias e comunidades. O suicídio entre os jovens é de especial preocupação. O suicídio causa impacto nos mais vulneráveis das populações mundiais e impõe uma carga maior nos países de baixa e média renda, que são geralmente mal equipados para atender às necessidades de saúde geral e saúde mental de suas populações. Os serviços são escassos e quando existem, são difíceis de acessar e contam com poucos recursos. O acesso a serviços apropriados bem como à busca de ajuda melhorada é essencial para a saúde e o bem estar. Apesar dos fatores que contribuem para o suicídio variarem entre grupos demográficos e da população específicos, os mais vulneráveis, como os jovens, os mais idosos e os socialmente isolados, estão na maior necessidade de esforços para prevenção contra suicídio. É importante tratar das causas específicas básicas do suicídio e desenvolver planos de ação para adequar cada país e suas comunidades. Esta estrutura fornece as estratégias necessárias para alcançar esta meta. É importante uma estratégia de prevenção nacional contra suicídio que permita que as comunidades se unam, e comecem a enfrentar o suicídio e as questões específicas para suas necessidades sem estigmatização. Os governos, as organizações internacionais, as organizações não governamentais e as comunidades locais todos têm uma parte a desempenhar no combate ao suicídio. Esta estrutura se baseia nas Diretrizes das Nações sobre Prevenção de Suicídio de 1996

e salienta a contribuição que todos podem dar. Com quase um milhão de pessoas morrendo por suicídio em todo o mundo a cada ano, e com um impacto desproporcional sobre a juventude mundial, devemos às gerações futuras agir agora (OMS, 2012, p.2).

Os relatos abaixo refletem os poucos investimentos reais do município no que tange a ações preventivas quanto a violência autoprovocada, a entrevistada 10 diz: *“Hoje, eu humildemente acredito que nós estamos socorrendo, mas não chegamos a um nível de organização para conseguirmos trabalhar de forma preventiva”*.

Quando questionados quanto às causas relacionadas ao ato, todos os profissionais entrevistados relataram que nem todos os pacientes que praticam atos violentos contra si mesmos possuem problemas, ou transtornos psiquiátricos, inclusive comprovaram a possibilidade de eventos sociais e econômicos na prática do ato. A entrevistada nº 8 diz: *“De outubro para cá, muitos casos (...), conflitos familiares, por falta do emprego, falavam: perdi meu dinheiro (...), homens, principalmente homens”*.

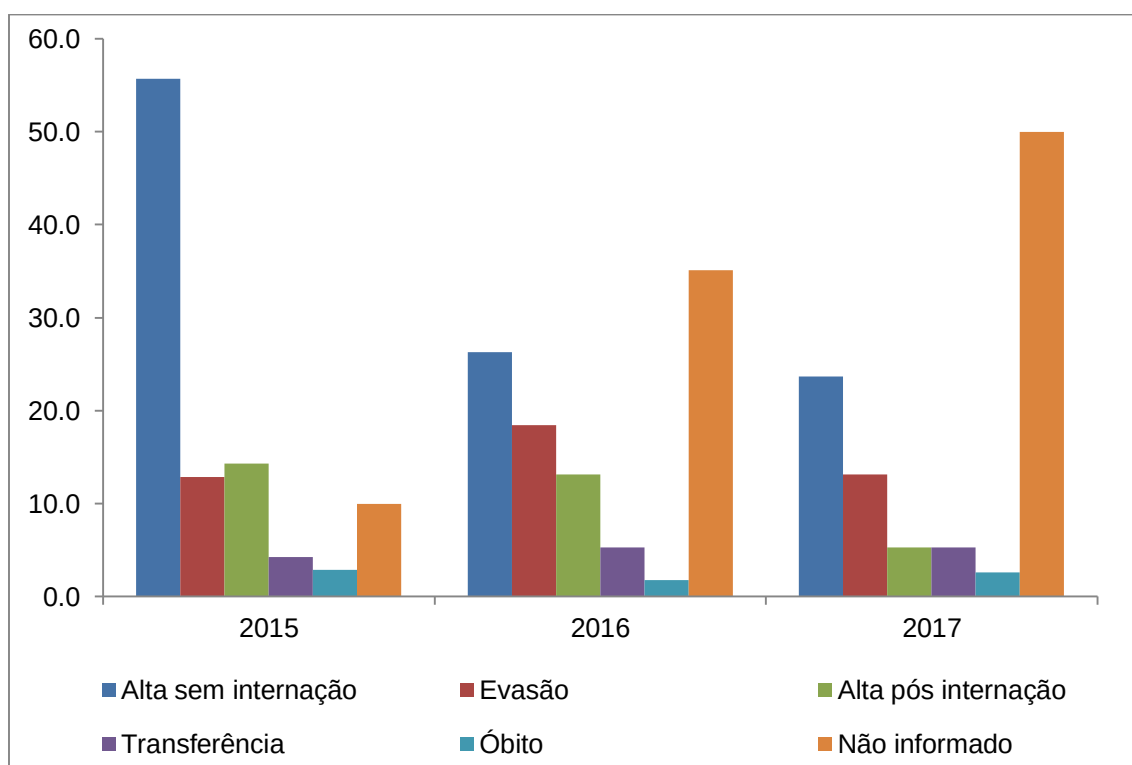
Gráfico 13. Notificação de violência autoprovocada segundo o uso/dependência de drogas ilícitas no HFM. Os dados são referentes aos períodos de abril a dezembro de 2015, janeiro a dezembro de 2016 e janeiro a junho a 2017.



Fonte: HFM. Relatório de Notificação de Casos de Tentativas de Suicídio (2015 abr. A dez), 2016 (jan. a dez.), 2017 (jan. a jun)

Diferentemente do que pensa o senso comum, a maioria das vítimas de violência autoprovocada, em Campos dos Goytacazes, entre 2015-2017, não era dependente de drogas e/ou de álcool. No entanto, note, através da pequena série temporal de que dispomos, uma tendência para o aumento do uso de entorpecentes entre as vítimas.

Gráfico 14. Notificação de violência autoprovocada segundo o destino das vítimas após o atendimento no HFM. Os dados são referentes aos períodos de abril a dezembro de 2015, janeiro a dezembro de 2016 e janeiro a junho de 2017.



Fonte: HFM. Relatório de Notificação de Casos de Tentativas de Suicídio (2015 abr. A dez), 2016 (jan. a dez.), 2017 (jan. a jun)

O gráfico acima revela que grande parte dos indivíduos atendidos no HFM obtêm alta, sem que seja necessária a internação, o que indica que as lesões foram leves. Percebe-se um índice crescente dos pacientes que tomaram rumo ignorado, o que pode demonstrar uma falha no serviço que faz com que grande parte das pessoas que praticam a violência autoprovocada não sejam encaminhadas para a rede de atendimento de contra referência no pós-alta. O mesmo ocorre nos casos de evasão (abandono do tratamento institucional sem a autorização dos profissionais responsáveis).

A entrevistada número 2, quando indagada quanto aos equipamentos que compõem a RAPS no município de Campos dos Goytacazes, informou que o

dispositivo Consultório na Rua (tipo de atendimento prestado por equipe multidisciplinar itinerante, direcionado àqueles que estando em situação de rua, necessitam de algum atendimento voltado para a saúde mental), já se encontrou vinculado ao Programa de Saúde Mental, mas que atualmente está agregado ao setor de Atenção básica da Secretaria Municipal de Saúde.

A Portaria GM/MS Nº 122/11 regulamente as equipes de Consultório na Rua. O Art. 2º da citada portaria, descreve as equipes de Consultório na Rua, como multiprofissionais e lidam com os diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua. O inciso 2º do mesmo artigo relata que

As equipes de Consultório na Rua, desempenharão suas atividades in loco, de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, quando necessário, também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário (PORTARIA GM/MS Nº 122 ATR. 2º).

Embora as equipes de Consultório na Rua sejam definidas pela Portaria GM/MS 122/11 como componente da rede de atenção psicossocial, a incorporação da equipe do Consultório na Rua às Equipes de Atenção Básica da Secretaria de Saúde, bem como o desligamento de tais equipes ao Programa de Saúde Mental, pode apontar para uma fragilidade da Atenção Básica em Campos dos Goytacazes. Pesquisas sobre a Atenção Básica no município de Campos dos Goytacazes, evidenciaram a “instalação de políticas ‘substitutivas e compensatórias’ em virtude da ausência do Programa de Saúde da Família” (SILVA, 2012).

Embora as equipes de Consultório na Rua desenvolvam ações ligadas a Atenção Básica, se existissem no município o Programa Saúde da Família, talvez não haveria a necessidade de deslocamento da equipe de Consultório na Rua para atuação junto a Atenção Básica. Segundo o artigo 1º da Portaria GM/MS122/11:

As equipes de Consultório na Rua, integram o componente atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial e desenvolvem ações de Atenção Básica, devendo seguir os fundamentos e as diretrizes

definidos na Política Nacional de Atenção Básica (Portaria GM/MS122/11, art. 1).

Na situação específica do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) funcionam como equipes de referência interdisciplinares, atuando com uma responsabilidade sanitária que inclui o cuidado longitudinal, além do atendimento especializado que realizam concomitantemente. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, p.14, 2011)

Segundo o Caderno de Apoio de Gestão Municipal da Saúde, Região Norte, organizado pelo COSEMS – Conselho de Secretários Municipais de Saúde/RJ, no ano de 2016, página 11, quando se trata a Atenção Básica, diz-se que o município de Campos dos Goytacazes possui como teto para implantação 236 equipes de Estratégias de Saúde da Família, sendo que credenciadas estão 56 equipes e implantadas apenas 17. O mesmo documento, página 13 informa que no município de Campos dos Goytacazes não possui os Núcleos de Apoio à Saúde da Família- NASF implantado. E ainda relata que tais instituições devem atuar de maneira integrada às equipes Consultório na Rua.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) são equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (ESF), as equipes de atenção básica para populações específicas (Consultórios na Rua - CR, equipes ribeirinhas - ESFR e fluviais- ESF) e com o Programa Academia da Saúde. Os NASF têm como objetivo apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade e a abrangência das ações. São regulamentados pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, e complementados pela Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012.

Ainda quanto aos dispositivos de saúde mental, a entrevistada Nº 2 informou ainda que há, além dos dispositivos acima descritos, duas equipes: a de Matriciamento e a de Desinstitucionalização. Ambas são muito restritas e ainda não funcionam dentro dos padrões da Reforma Psiquiátrica.

A entrevistada de nº 2 diz: *“Temos ainda uma equipe de Matriciamento em Saúde Mental e uma equipe de desinstitucionalização. Bem restritas com pouquíssimos profissionais e não dentro ainda dos conformes da Reforma, não do Ministério da Saúde. E ainda, dois consultórios de atendimento: Hospital São José e Hospital Geral de Guarus, os quais não funcionam como nós gostaríamos que funcionassem, dentro dessa lógica de atenção psicossocial”*.

Torna-se importante ressaltar que, segundo os parâmetros da Reforma Psiquiátrica, os usuários da saúde mental deveriam ser atendidos no território, e principalmente numa lógica de atenção primária, na atenção básica em seus diversos pontos de atenção, numa lógica de atendimento integrado.

Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. No processo de integração da saúde mental à atenção primária na realidade brasileira, esse novo modelo tem sido o norteador das experiências implementadas em diversos municípios, ao longo dos últimos anos. Esse apoio matricial, formulado por Gastão Wagner Campos (1999), tem estruturado em nosso país um tipo de cuidado colaborativo entre a saúde mental e a atenção primária” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, pág. 13, 2011).

3.2 DISPOSITIVOS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE CAMPOS DOS GOYTACAZES

Inicialmente, traremos informações a respeito da rede de atenção psicossocial instituída no município. Os profissionais entrevistados descreveram a rede de saúde mental e demonstraram conhecimento dos equipamentos que compõem a RAPS no município de Campos dos Goytacazes. Segundo tais profissionais, a Rede de Atenção Psicossocial de Campos dos Goytacazes é composta pelos dispositivos abaixo descritos.

3.2.1. POSTO PSIQUIÁTRICODE URGÊNCIA DA SALDANHA MARINHO

Atendimento de urgência e emergência, 24h, todos os dias da semana, a pessoas em situação de crise e transtorno mental. A equipe é composta por técnicos em enfermagem, enfermeiros e médicos em regime de plantão 24h. Ainda possui psicólogos e Assistente Social. Estas últimas categorias trabalham como diaristas.



Figura 1. Posto de urgência Psiquiátrico da Saldanha Marinho em Campos dos Goytacazes.

Fonte: www.google.com.br/maps



Figura 2. Localização do Posto de Urgência Psiquiátrico Saldanha Marinho em Campos dos Goytacazes.

Fonte: www.google.com.br/maps

Cabe ressaltar que, o P. U. psiquiátrico, não faz parte da RAPS, segundo portaria 3.088/11, sendo indicado acolhimento em leitos e enfermarias especializadas em psiquiatria em hospitais gerais. Em todo Brasil, foram poucos

os leitos contratualizados e especializados em psiquiatria, o que acaba por reafirmar a necessidade de estruturas para atendimento em psiquiatria, fora dos hospitais gerais. Embora considerada emergência psiquiátrica, as vítimas de violência autoprovocada, em sua maioria são encaminhadas ao Hospital Ferreira Machado, uma vez que podem apresentar intercorrências clínicas e demandar atendimentos de mais alta complexidade.

3.2.2. - CAPS III DR. ROMEU CASARSA

Atendimento em regime intensivo, semi-intensivo e não intensivo a pessoas em sofrimento ou transtorno mental. Na modalidade de atendimento intensiva conta com 06 leitos para acolhimento, os quais funcionam todos os dias, 24 h, inclusive final de semana e feriados. Na modalidade semi-intensiva e não intensiva, atende aos munícipes residentes a margem direita do rio Paraíba do Sul, de segundas às sextas –feiras das 8h às 17h. A equipe multiprofissional é composta por técnicos de enfermagem, enfermeiros e em regime de plantão 24 h. Regulamentação: Portaria GM/MS 130/12, Portaria GM/MS 336/02 e Portaria 3.088/11.



Figura 3. CAPS III DR. Romeu Casarsa em Campos dos Goytacazes.

Fonte: Arquivo pessoal.



Figura 4. Localização do CAPS III DR. Romeu Casars em Campos dos Goytacazes.
 Fonte: www.google.com.br/maps

3.2.3. - CAPS INFANTIL DR. JOÃO CASTELO BRANCO

Atendimento semi-intensivo e não intensivo a crianças e adolescentes em sofrimento e transtorno mental, com histórico de uso abusivo de substâncias psicoativas ou não. Funciona como porta de entrada para acolhimento na Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil. A equipe é composta por assistentes sociais, psicólogos, técnicos de enfermagem e enfermeiro em regime diarista. Regulamentação: Portaria GM/MS 130/12, Portaria GM/MS 336/02 e Portaria 3.088/11.



Figura 5. CAPS Infantil Dr. João Castelo Branco em Campos dos Goytacazes.
 Fonte: www.google.com.br/maps



Figura 6. Localização CAPS Infantil Dr. João Castelo Branco.

Fonte: www.google.com.br/maps.

3.2.4. - CAPS AD III - DR. ARI VIANA

Atendimento intensivo, semi-intensivo e não intensivo a pessoas em sofrimento e transtorno mental, com histórico de uso abusivo de substâncias psicoativas ou não. A equipe é composta por técnicos de enfermagem e enfermeiros em regime de plantão 24 e assistentes sociais e psicólogos que trabalham como diaristas. Regulamentação; Portaria GM/MS 130/12, Portaria GM/MS 336/02 e Portaria 3.088/11.



Figura 7. CAPS AD III Dr. Ari Viana em Campos dos Goytacazes.

Fonte: www.google.com.br/maps



Figura 8. Localização CAPS AD III Dr. Ari Viana em Campos dos Goytacazes.

Fonte: www.google.com.br/maps

3.2.5. - CAPS DR. JOÃO BATISTA DE ARAÚJO GOMES

Atendimento semi-intensivo e não intensivo a adultos munícipes em sofrimento ou transtorno mental moradores da margem esquerda do Rio Paraíba do Sul. Funciona de segunda a sexta de 8h às 17h. Regulamentação: Portaria GM/MS 130/12, Portaria GM/MS 336/02 e Portaria 3.088/11.

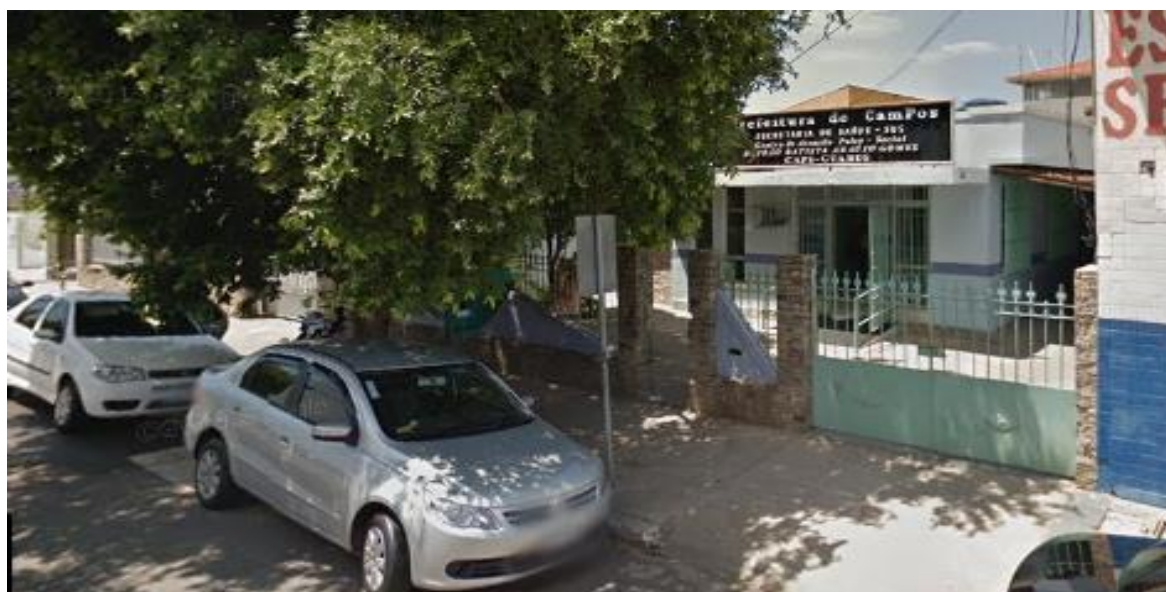


Figura 9. CAPS II- DR. João Batista de Araújo Gomes em Campos dos Goytacazes.

Fonte: www.google.com.br/maps



Figura 10. Localização do CAPS II- DR. João Batista de Araújo Gomes em Campos dos Goytacazes.

Fonte: www.google.com.br/maps

3.2.6. - AMBULATÓRIO: HOSPITAL SÃO JOSÉ

Acompanhamento ambulatorial com prévio agendamento (psiquiatra e psicólogo).



Figura 11. Ambulatório do Hospital São José em Campos dos Goytacazes.

Fonte: Arquivo Pessoal



Figura 12. Localização do Ambulatório do Hospital São José em Campos dos Goytacazes.

Fonte: www.google.com.br/maps

3.2.7. - HOSPITAL GERAL DE GUARUS

Acompanhamento ambulatorial com prévio agendamento (psiquiatra).



Figura 13. Ambulatório do Hospital Geral de Guarus em Campos dos Goytacazes.

Fonte: www.google.com.br/maps



Figura 14. Localização do Ambulatório do Hospital Geral de Guarús em Campos dos Goytacazes.

Fonte: www.google.com.br/maps.

3.2.8. - RESIDENCIA TERAPÊUTICA

Acolhimento de pacientes egressos de unidades de longa permanência. Funciona 24h em regime domiciliar. Equipe composta por técnicos de enfermagem, cuidadores terapêuticos e enfermeiro. Regulamentação: Portaria GM/MS 3.090/2011.



Figura 15. Residência Terapêutica em Campos dos Goytacazes.

Fonte: Arquivo Pessoal

3.2.9. - UNIDADE DE ACOLHIMENTO INFANTO JUVENIL – UAI

Unidade de Acolhimento para pessoas (de 10 a 18 anos) com limite máximo de 10 vagas. Destinada a crianças e adolescentes com necessidades

decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em regime aberto e em caráter de atenção residencial / transitória. Regulamentação: Portaria GM/MS 121/12.



Figura 16. Unidade de Acolhimento Infanto Juvenil – UAI em Campos dos Goytacazes.

Fonte: Arquivo Pessoal.



Figura 17. Localização da Unidade de Acolhimento Infanto Juvenil – UAI em Campos dos Goytacazes.

Fonte: www.google.com.br/maps

3.2.10. - HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DR. JOÃO VIANA

Acolhimento manicomial. Funciona em caráter suplementar ao SUS. Segundo a Portaria 3.088/11, Art. 11 § 2, O hospital psiquiátrico pode ser acionado para o cuidado das pessoas com transtorno mental nas regiões de saúde enquanto o processo de implantação e expansão da Rede de Atenção Psicossocial ainda não se apresenta suficiente, devendo estas regiões de saúde

priorizar a expansão e qualificação dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial para dar continuidade ao processo de substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos. Cabe ressaltar que no ano de 2017 a cidade de Campos dos Goytacazes contava com dois hospitais psiquiátricos. No entanto, não houve a ampliação de dispositivos substitutivos. Este hospital, além de atender o município de Campos atendia a outros municípios vizinhos.



Figura 18. Hospital Psiquiátrico Dr. João Viana em Campos dos Goytacazes.
Fonte: www.google.com.br/maps



Figura 19. Localização do Hospital Psiquiátrico Dr. João Viana em Campos dos Goytacazes.

Fonte: www.google.com.br/maps

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como objetivo analisar a questão da violência autoprovocada a partir dos serviços prestados no campo da política pública do município de Campos dos Goytacazes. Todas as vítimas de violência autoprovocada do município de Campos dos Goytacazes tem como principal ponto de atenção os Centros de Atendimento Psicossocial. Conforme relato dos entrevistadores, ter o Caps como único ponto de atenção não tem sido uma estratégia eficaz no tratamento às vítimas, haja visto que para atendimento nesses serviços são pessoas com transtorno mental grave e persistente.

Tal lógica de atendimento, patologiza o ato da violência autoprovocada, e foca o fenômeno sob uma perspectiva individualista que não elenca os determinantes sociais, políticos e econômicos que podem influenciar o ato. Não que os casos não devam ser tratados na Política de Saúde, mas uma abordagem mais qualificada nos fluxos de referência e contra referência deveriam dirigir as vítimas para outras políticas para acompanhamento concomitante do paciente.

Isto, por que, conforme desenvolvido durante a pesquisa, acredita-se que a violência autoprovocada não está relacionada apenas a aspectos biológicos, mas também tem relação com as estruturas políticas, sociais e econômicas nas sociedades em diversos tempos históricos. Fator que comprova tal afirmação é o fato de grande parte dos profissionais relatarem como maior necessidade para o tratamento das vítimas o aumento do acesso a terapias psicológicas na rede de atenção psicossocial. Pouco foi falado a respeito da ampliação de políticas de emprego, urbanização, programas sociais, alimentação, lazer, etc. Predomina o conceito de saúde vinculado ao corpo. Os determinantes da saúde estão esquecidos não apenas na regulamentação do SUS, mas também nas ações teórico-metodológicas dos profissionais.

Não foi verificado durante a pesquisa qualquer ação voltadas para o fortalecimento de lideranças e movimento coletivo dos usuários e familiares na luta pelos seus direitos, uma vez que o modelo de base territorial e comunitária, traz consigo uma perspectiva conceitual que potencializa o território a partir da participação política e coletiva. Foi inaugurada no ano de 2016 a formação de uma associação dos usuários e familiares da saúde mental, a qual, no momento não funcionam.

Percebe-se que há uma interlocução entre os dispositivos de atendimento no campo da saúde. No entanto, a interlocução entre o setor saúde e as demais políticas, como educação, Assistência Social ainda é muito tímida. Há uma fragilidade na implementação de estratégias para prevenção do suicídio a partir de ações integradoras e ágeis em ambientes comunitários, contrariando a lógica da reforma psiquiátrica a qual tem o território como estratégia de tratamento.

No ano de 2017 foi fechado o Hospital Henrique Roxo. No entanto, não foram criados dispositivos substitutivos para o atendimento da demanda. É lógico que a desinstitucionalização é elemento emergente no campo da saúde mental, porém a desinstitucionalização deve vir acompanhada por uma retaguarda de ações e equipamentos de atendimento que garantam a dignidade do atendimento aos usuários dos serviços. A sobrecarga dos serviços é pois outro fator que dificulta a garantia de serviços de qualidade que previnam o risco de novas tentativas.

Outra questão bastante relevante no atendimento às vítimas de violência autoprovocada na rede de saúde pública reside no fato do município possuir grandes fragilidades no que tange à atenção primária.

No que tange a notificação dos casos de violência autoprovocada, percebe-se que o maior número de notificações ocorre no processo de agudização do problema, ou seja, nas unidades de urgência e emergência, o que gera o chamado silêncio epidemiológico e consequentemente a diminuição de ações de cunho preventivo.

REFERÊNCIAS

ADORNO, S. A violência na sociedade brasileira: um painel inconclusivo em uma democracia não consolidada. *Revista Sociedade e Estado*, v. 10, n. 2, jul/dez 1995. p. 299-342.

AMARANTE, P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BAUDRILLARD, Jean. A sombra das maiorias silenciosas: o fim do social e o surgimento das massas. São Paulo: Brasiliense, 1985. Sociedade de consumo, 1991.

BAUMAN, Zygmunt. Vida para consumo: a transformação das pessoas em mercadoria. Zahar, 2008.

BEHRING, E. R. Controle social: histórico e estratégias de aprimoramento. 2001. Disponível em: <www.cfess.org.br>. Acesso em: 20 maio 2008.

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

BRASIL. Decreto de lei 2.848, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1940. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848.htm>.

BRASIL. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 7. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 816 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Guia de Vigilância Epidemiológica. Fundação Nacional de Saúde
BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Mapa das armas de fogo nas microrregiões brasileiras. 2013. Disponível no endereço eletrônico<<http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatoriopesquisa/mapaarmas.pdf>>. Acesso em 01 de fevereiro de 2018.

BRASIL. Lei 10216 de Abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde 45 mental. Antigo Projeto de Lei Paulo Delgado. Diário Oficial da União.

BRASIL. Lei Nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6259.htm>.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Análise e Tabulação de Dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS. Óbitos por Causas Externas. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10pe.def>>. Acesso em 10 de janeiro de 2014. 2014b.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86 p.: il. color. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Gestão do SUS. Redes de produção de saúde. Brasília, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Instrutivo para preenchimento da ficha de notificação de Violência interpessoal/autoprovocada. Brasil, 2015.

BRASIL. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html>.

BRASIL. Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html>.

BRASIL. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html>.

BRASIL. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html>.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>.

BRASIL. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html>.

BRASIL. Portaria Nº 336, DE 19 de fevereiro de 2002. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>.

BRASIL. Portaria SAS/MS nº 224 de 29 de janeiro de 1992. Disponível em <http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/portaria_n224.htm>.

BRASIL. Portaria/GM nº 251 de 31 de janeiro de 2002. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências.

BRASIL. Residências terapêuticas: o que são, para que servem / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Departamento de Informática do SUS (Datasus). Estatísticas vitais. [acessado 2014 jul 1]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>

Brasília: Poder Executivo, 2001. Disponível em: <<https://psicologado.com/psicologia-geral/historiada-psicologia/historia-da->

assistencia-a-saude-mental-no-brasil-da-reforma-psiquiatricaa-construcao-dos-mecanismos-de-atencao-psicossocial > Acesso em: Nov. de 2016.

BRIGGS, A. BURKE, P. Sejarah sosial media: dari Gutenberg sampai internet. Yayasan Pustaka Obor Indonesia, 2006.

CARVALHO, A. I. Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: Fase, 1995.

Cavalcante Filho, J. B., Vasconcelos, E. M. D. S., Ceccim, R. B., & Gomes, L. B. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, 13, 315-328, 2009.

Centro Nacional de Epidemiologia. 5. ed. Brasília: FUNASA, 842 p.2002.

Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2002.

DONATH, Judith; KARAHALIOS, Karrie; VIEGAS, Fernanda. Visualizing conversation. Journal of computer-mediated communication, v. 4, n. 4, p. JCMC442, 1999.

DURKHEIM, Emile. Le suicide: étude de sociologie. Alcan, 1897.

DURKHEIM, Émile. O Suicídio: um estudo sociológico. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.

EASTON, D. 1953. *The Political System*. New York: Knopf.

EASTON, D. 1965. *A System Analysis of Political Life*. New York: Wiley.

ELIAS, Norbert. O processo civilizador: formação do estado e civilização. Tradução de Rui Jungmann. Rio de Janeiro: ZAHAR, 1993.

FOUCAULT, M. História da sexualidade. v. 1. A vontade de saber. In: História da sexualidade. v. 1. A vontade de saber. 1985.

GIDDENS, A. Amor, compromisso e o relacionamento puro. _____. A transformação da intimidade. São Paulo: UNESP, p. 59-75, 2003.

GUERRA, V. N. A. Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada. 4ª edição. São Paulo, Cortez Editora, 2001.

Gunter, B., & Furnham, A. (1998). *As Crianças como Consumidoras: uma análise psicológica do Mercado Juvenil (Coleção Horizontes pedagógicos)*. Lisboa: Instituto Piaget.

HAESBAERT, R. O mito da desterritorialização: Do “fim dos territórios” à multiterritorialidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

HAESBAERT, R. Território e multiterritorialidade: um debate. *GEOgraphia*, ano IX, n. 17, p. 19-45, 2007.

HAMERMESH, D.S, & SOSS, N.M. An Economic Theory of Suicide. *The Journal of Political Economy*, Volume 82, Issue 1, p.83-98, 1974.

HENDERSON, S. W.; HORWITZ, A. V.; W., Jerome C. Should screening for depression among children and adolescents be demedicalized?. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, v. 48, n. 7, p. 683-687, 2009.

Herring, S., Gray, K., Taffe, J., Tonge, B., Sweeney, D., & Einfeld, S. Behaviour and emotional problems in toddlers with pervasive developmental disorders and developmental delay: associations with parental mental health and family functioning. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(12), 874-882, 2006.

HERRING, Susan. Interactional coherence in CMC. *Journal of computer-mediated communication*, v. 4, n. 4, p. JCMC444, 1999.

IAMAMOTO, M. V. A questão social no capitalismo. *Revista Temporalis – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social*. Ano 2. Nº 3 (jan/jul.2001). Brasília: ABEPSS, Grafile, 2001.

KOERICH, MS. *Enfermagem e patologia geral: resgate e reconstrução de conhecimentos para uma prática interdisciplinar [dissertação de Mestrado em Enfermagem]*. Florianópolis (SC): Programa de PósGraduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.

LAURELL, A. C. Estado e políticas sociais no neoliberalismo. In: *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. 1995.

Lemos, A. *Cibercultura: alguns pontos para compreender a nossa época. Olhares sobre a cibercultura*. Porto Alegre: Sulina, 11-23, 2003.

LUZ, M.T. Duas Questões Permanentes em um Século de Políticas de Saúde no Brasil Republicano. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 2000, v.5, n.2, p: 293-312.

MARX, K. O capital: crítica da economia política. 25. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008. (Livro I, v. 1).

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

MINAYO, M.C. Violência e saúde. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. In: O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS. Doutrina e Princípios. Brasília, 1990.

MINOIS, G. History of Suicide: Voluntary Death in Western Culture (Medicine and Culture). The Johns Hopkins University Press, 1998.

MOTA, A.E.F. Cultura da crise e seguridade social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2008.

NOVELO U, F. Estado keynesiano e Estado neoliberal. In: LAURELL, A C. (org.). Estado e políticas sociais no neoliberalismo. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1997. p.5969

Organização Mundial de Saúde (OMS). SAÚDE PÚBLICA AÇÃO PARA A PREVENÇÃO DE SUICÍDIO, 2012.

PAGE, A., CHANG, S. S., & GUNNELL, D. Surveillance of Australian suicidal behaviour using the Internet?, 1020-1022, 2011.

RABELO, Ionara V. M.; TAVARES, Rosana C.; FARIAS, Yuza R. Prefácio. (Orgs.). Olhares: experiências de CAPS. Goiânia: Editora Kelps, 2009.

RABELO, Josinês Barbosa. A intersectorialidade da política de saúde e os reflexos no desenvolvimento das ações de saúde mental. Recife: Prefeitura

Municipal do Recife, s/d, 2009.

SANTOS, B. S. A transição paradigmática: da regulação à emancipação. Oficina do CES, Coimbra-Portugal, n. 25, 1995.

SANTOS, Boaventura de Sousa e NUNES, João Arriscado. Introdução: para ampliar o cânone do reconhecimento, da diferença e da igualdade In: SANTOS, Boaventura de Sousa (org.) Reconhecer para Libertar – Os caminhos do cosmopolitismo multicultural. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna. Estudos avançados, v. 2, n. 2, p. 46-71, 1988.

SCHRAIBER L.B., Mota A., Novaes H.M.D. Tecnologias em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. Dicionário da educação profissional em saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): EPSJV; 2008. p. 382-90.

SHIKIDA, Claudio Djissey; ARAUJO JR, Ari Francisco; GAZZI, Rafael Almeida Vilhena. Teoria econômica do suicídio: estudo empírico para o Brasil. Análise Econômica, v. 25, n. 48, 2006.

SILVA, A. T. M. F. A organização da política pública de saúde no município de Campos dos Goytacazes/RJ: uma análise do acesso a atenção básica (2007-2011). Campos dos Goytacazes, 2012. Dissertação de Mestrado. CCH – Programa de Pós-graduação em Políticas Sociais, UENF.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e. História, Ciências, Saúde, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.

VASCONCELOS, C. M. de; PASCHE, D. F. O sistema único de saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al (orgs). Tratado e Saúde Coletiva. 2ª ed. São Paulo: Editora Hicitec – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p. 531-562.

WASELFISZ, J. J. Prévia do mapa da violência 2014: os jovens do Brasil. Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais–Flacso <www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Previa_mapaviolencia2014.pdf>(12 maio 2014), 2014.

WERLANG, B. G. e BOTEAGA, N. J. (orgs.). Comportamento suicida. Porto Alegre: Artmed, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life. World Health Organization, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**Prezado(a) Senhor(a):**

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar, voluntariamente, do estudo de título: **Caracterização da Violência Autoprovocada no Município de Campos dos Goytacazes: Uma Analogia no Campo da Política Pública**, em que serão traçadas as características do fenômeno em Campos dos Goytacazes, sua interlocução com a Política Pública e as percepções dos profissionais envolvidos no município.

Trata-se de um trabalho de Dissertação, a ser desenvolvido por Karla Ferreira Barbosa Rodrigues, executora da entrevista e que por ora explica este TERMO, orientada pela Prof. Joseane de Souza, professora associada da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF).

A metodologia utilizada abarca o uso de entrevistas semiestruturadas, com agentes envolvidos no atendimento às vítimas de violência autoprovocada. **Quanto aos riscos**, as possibilidades de: constrangimento ao responder o questionário; desconforto no decorrer da entrevista; estresse; a quebra de sigilo; cansaço ao responder às perguntas; e quebra de anonimato. **Quanto aos benefícios**: a contribuição para a compreensão local da Saúde Pública municipal, principalmente no que diz respeito às ações de prevenção e diminuição dos casos de violência autoprovocada no município de Campos dos Goytacazes.

O(a) participante selecionado(a) poderá retirar-se da pesquisa em qualquer fase da mesma. Os registros efetuados no decorrer o estudo serão usados para fins acadêmico-científicos, preservando-se sempre o anonimato do voluntário, bem como o sigilo dos dados confidenciais.

Em caso de concordância com as considerações expostas, solicitamos que assine este TERMO no local indicado abaixo, ficando uma via de posse do voluntário e outra de posse do entrevistador. Desde já agradecemos sua colaboração, ressaltando que a qualquer momento o participante poderá receber os esclarecimentos adicionais que julgar necessários.

Pesquisadora Responsável: Karla Ferreira Barbosa Rodrigues

Matrícula 201614120063

Endereço: Rua Irmã Zilda de Castro, 186 Parque Corrientes

CEP: 28055-060 – Campos dos Goytacazes – RJ

Telefone: (22) 998456621

E-mail: karlafb15@yahoo.com.br

Nome do Voluntário: _____

Documento de identificação: _____

Assinatura do Voluntário: _____

Campos dos Goytacazes/RJ, _____ de _____ de 2018.

APÊNDICE II - FICHA DE NOTIFICAÇÃO /INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL – VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL, E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL		Nº
Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.				
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual
	2	Agravado/doença		VIOLENCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA
	3	Código (CID10)		Y09
	4	UF	5	Município de notificação
Notificação Individual	6	Unidade Notificadora		1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros
	7	Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade
	8	Unidade de Saúde		Código (CNES)
	9	Data da ocorrência da violência		
Dados de Residência	10	Nome do paciente		11
	12	(ou) Idade	13	Sexo
	14	Gestante	15	Raça/Cor
	16	Escolaridade		
Dados Complementares	17	Número do Cartão SUS		18
	19	UF	20	Município de Residência
	21	Código (IBGE)		22
	23	Logradouro (rua, avenida,...)		24
Dados da Pessoa Atendida	25	Número		26
	27	Complemento (apto., casa, ...)		28
	29	Geo campo 1		30
	31	Geo campo 2		32
Dados da Ocorrência	33	Ponto de Referência		34
	35	(DDD) Telefone		36
	37	Zona		38
	39	País (se residente fora do Brasil)		40
Dados da Ocorrência	41	Nome Social		42
	43	Situação conjugal / Estado civil		44
	45	Orientação Sexual		46
	47	Identidade de gênero		48
Dados da Ocorrência	49	Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?		50
	51	Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno?		52
	53	Local de ocorrência		54
	55	Ocorreu outras vezes?		56

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros _____ 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado ☐ Física ☐ Tráfico de seres humanos ☐ Intervenção legal ☐ Psicológica/Moral ☐ Financeira/Econômica ☐ Outros ☐ Tortura ☐ Negligência/Abandono ☐ Trabalho infantil		
Violência Sexual	57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado ☐ Força corporal/ espancamento ☐ Obj. perfuro-cortante ☐ Arma de fogo ☐ Enforcamento ☐ Substância/ Obj. quente ☐ Ameaça ☐ Obj. contundente ☐ Envenenamento, Intoxicação		
	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado ☐ Assédio sexual ☐ Estupro ☐ Pornografia infantil ☐ Exploração sexual ☐ Outros _____		
Dados do provável autor da violência	59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado ☐ Profilaxia DST ☐ Profilaxia Hepatite B ☐ Coleta de sêmen ☐ Contracepção de emergência ☐ Profilaxia HIV ☐ Coleta de sangue ☐ Coleta de secreção vaginal ☐ Aborto previsto em lei		
	60 Número de envolvidos 1- Um ☐ 2- Dois ou mais ☐ 9- Ignorado 61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1- Sim 2- Não 9- Ignorado ☐ Pai ☐ Ex-Cônjuge ☐ Amigos/conhecidos ☐ Policial/agente da lei ☐ Mãe ☐ Namorado(a) ☐ Desconhecido(a) ☐ Própria pessoa ☐ Padrasto ☐ Ex-Namorado(a) ☐ Cuidador(a) ☐ Outros _____ ☐ Madrasta ☐ Filho(a) ☐ Patrão/chefe ☐ Pessoa com relação institucional ☐ Cônjuge ☐ Irmão(ã)		
Encaminhamento	62 Sexo do provável autor da violência 1- Masculino ☐ 2- Feminino ☐ 3- Ambos os sexos ☐ 9- Ignorado 63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim ☐ 2- Não ☐ 9- Ignorado ☐		
	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: ☐ 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
Dados finais	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado ☐ Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) ☐ Conselho do Idoso ☐ Delegacia de Atendimento à Mulher ☐ Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) ☐ Delegacia de Atendimento ao Idoso ☐ Outras delegacias ☐ Rede da Educação (Creche, escola, outras) ☐ Centro de Referência dos Direitos Humanos ☐ Justiça da Infância e da Juventude ☐ Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) ☐ Ministério Público ☐ Defensoria Pública ☐ Conselho Tutelar ☐ Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
	66 Violência Relacionada ao Trabalho 1- Sim 2- Não 9- Ignorado ☐ 67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado ☐ 68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX _____ 69 Data de encerramento _____		
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____			
Observações Adicionais: _____ _____ _____ _____			
TELEFONES ÚTEIS			
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136		Central de Atendimento à Mulher 180	
Disque Direitos Humanos 100			
Notificador	Município/Unidade de Saúde _____		Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____
	Nome _____	Função _____	Assinatura _____
Violência interpessoal/autoprovocada _____ Sinan _____ SVS 15.06.2015			

APÊNDICE III – ROTEIRO DE ENTREVISTAS

- 1 – Dispositivos da saúde Mental existentes no município de Campos dos Goytacazes.
- 2- Principais agentes motivadores da violência autoprovoçada.
- 3- Tipo de atendimento prestado às vítimas e familiares de violência na rede atenção psicossocial.
- 4- Ações de cunho preventivo no campo da violência autoprovoçada.
- 5- Características do público atendido
- 6- Métodos de violência autoprovoçada mais recorrentes nos dispositivos de saúde mental.
- 7- A interlocução do dispositivo com os demais equipamentos da rede pública de atendimento.
- 8- Maiores dificuldades para o atendimento às vítimas de violência autoprovoçada na rede pública de atenção psicossocial.
- 9- Propostas para a melhoria da qualidade dos serviços prestados às vítimas de violência autoprovoçada.