

O acesso a atendimento psicológico e a prevenção de casos de violência autoprovocada em bom Jesus do ITABAPOANA/RJ

Caroline Amaral Alves

Pós-graduada em Projetos Sociais e Políticas Públicas pelo Centro Universitário SENAC – SP

Sandra Mara da Silva Santos

Docente do Centro Universitário SENAC – SP

RESUMO

Este trabalho foca na análise da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, investigando a cobertura dos atendimentos ambulatoriais realizados em Bom Jesus do Itabapoana, de 2010 a 2020, por psicólogos clínicos, em estabelecimentos do SUS. A violência autoprovocada é um desafio de saúde pública, complexo e estigmatizado, dificultando a obtenção de dados precisos e a elaboração de políticas eficazes. O estudo visa contribuir para o planejamento de ações de saúde mental e prevenção da violência autoprovocada, além de refletir sobre a qualidade dos dados de saúde disponíveis.

Palavras-chave: Automutilação, Suicídio, Política pública, Saúde mental, Estigma.

1 INTRODUÇÃO

O viés escolhido para esse Trabalho de Conclusão de Curso foi a análise da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, instituída pela Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019, através da avaliação da cobertura dos atendimentos ambulatoriais realizados a residentes de Bom Jesus do Itabapoana que se enquadram no perfil epidemiológicos dos casos de violência autoprovocada neste território por psicólogos clínicos, durante os anos de 2010 a 2020, em estabelecimentos do município que atendem ao Sistema Único de Saúde (SUS).

A violência autoprovocada é um problema de saúde pública que possui forte expressão no país e no mundo, sendo caracterizada por sua complexidade e diversidade de fatores. O estigma em torno dessa temática não interfere apenas na conscientização, prevenção e tratamento, mas também na obtenção de dados estatísticos sobre os casos. A subnotificação interfere na visualização da dimensão do problema e, conseqüentemente, na elaboração de políticas públicas e programas mais efetivos.

O interesse inicial por esse assunto surgiu da experiência no setor de Psicologia na Atenção Básica de Apiacá/ES, durante o ano de 2017. Nesse período foi possível perceber o quão grave o problema se encontra na região, apesar de invisível. Levando em consideração a proximidade com diferentes atores sociais e saberes e o contato direto com a comunidade do profissional que atua no SUS e a importância do acompanhamento psicológico para a prevenção da violência autoprovocada, essa pesquisa foi guiada pelo seguinte questionamento: os atendimentos psicológicos realizados em estabelecimentos de saúde que



atendem ao SUS em Bom Jesus do Itabapoana/RJ beneficiam munícipes que se enquadram no perfil epidemiológico dos casos de violência autoprovocada registrados no município?

Esse trabalho busca contribuir para o melhor planejamento das ações de promoção da saúde mental e prevenção da violência autoprovocada desenvolvidas no município de Bom Jesus do Itabapoana/RJ e refletir sobre a qualidade dos dados de saúde disponíveis. Para melhor compreensão do tema proposto, a contextualização da temática foi apresentada de forma sucinta nesta introdução. O restante do artigo está organizado ordenadamente em referencial teórico, metodologia e a análise da política pública que está dividida em duas seções. A primeira aborda uma reflexão sobre a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio e o perfil dos casos de violência autoprovocada em Bom Jesus do Itabapoana. E a segunda relata os resultados da análise da cobertura potencial e real dos atendimentos psicológicos prestados aos munícipes que estão no perfil dos casos no município. Ao final, foi disposto o item considerações finais onde serão demonstradas as conclusões e observações sobre o assunto.

2 OBJETIVO

O objetivo geral da pesquisa foi analisar a cobertura dos atendimentos prestados por psicólogos clínicos em estabelecimentos de saúde que atendem ao SUS em Bom Jesus do Itabapoana/RJ aos munícipes que se enquadram no perfil epidemiológico dos casos de violência autoprovocada no município durante 2010 a 2020. Os específicos foram:

- Caracterizar o perfil dos casos de violência autoprovocada ocorridos no município entre 2010 e 2020;
- Investigar a carga horária e a produção ambulatorial de psicólogos clínicos em estabelecimentos que atendem ao SUS no município, de 2010 a 2020;
- Estimar a cobertura potencial e a cobertura real desses atendimentos.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

A violência está presente em diversos momentos da história humana, sendo condenável ou não dependendo das leis e valores da sociedade em determinado tempo e espaço. Antes de conhecer sobre a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, é importante compreender o que é violência autoprovocada e as principais medidas tomadas pelo Estado no combate de seu impacto sobre a saúde pública.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2002), a violência é definida como a ameaça ou o uso intencional de força e poder contra uma pessoa, um grupo, uma comunidade ou a si mesmo que ocasiona ou pode ocasionar agravo físico e psicológico, óbito, problemas no desenvolvimento ou privação. É dividida em três tipos que se subdividem em subtipos mais particulares. Dentre eles, existe a violência autoinfligida

que pode ser de natureza física, psicológica e/ou privação ou negligência e abrange o comportamento suicida e o autoabuso.

Para o esclarecimento desses conceitos, Minayo (2006) divide o comportamento suicida em suicídio, ideação suicida e tentativa de suicídio e o autoabuso em agressão a si próprio e automutilação. A ideação suicida é manifestada através de pensamentos relacionados à morte acompanhados ou não de planos que podem ser colocados em prática de forma imediata ou não (PORTO, 2019). As tentativas de suicídio também são chamadas de comportamentos suicidas não-fatais e são marcadas por atos ofensivos contra si mesmo em que não há a convicção de supervivência e baseados na intenção de autoaniquilação e pouca percepção dos riscos a vida que não resultam em morte (KOVÁCS, 1992).

O autoabuso pode ser explicado como diversos atos contra si mesmo com o objetivo ou não de um desfecho fatal (PORTO, 2019). Uma manifestação desse comportamento é automutilação, definida pela Organização Mundial da Saúde (2002) como a destruição direta e deliberada de partes do corpo mesmo que sem a intenção de morrer, podendo se dividir em grave, estereotipada e superficial.

A grave envolve atos mais extremos, como cegar-se e autoamputar-se dedos, mãos, pés, braços, pernas ou órgãos genitais. Enquanto a estereotipada está relacionada com comportamentos frequentes de bater a cabeça, morder-se, bater no próprio braço, cortar os olhos ou garganta, ou arrancar o cabelo. A superficial, também chamada de moderada, é considerada menos grave e pode passar despercebida, como cortar, arranhar, queimar ou enfiar agulhas na pele ou arrancar os cabelos compulsivamente.

O suicídio é o tipo mais conhecido e facilmente identificável por ser um comportamento suicida fatal. Não é um diagnóstico ou transtorno mental, e sim uma conduta plurifacetada relacionada a questões biológicas, psicossociais e culturais de cada indivíduo, que compreende a idealização, planejamento e o ato propriamente dito, que é intencional e consciente (PORTO, 2019).

Segundo Brasil (2005), os principais fatores que contribuem para a permanência e aumento dos comportamentos violentos, especialmente a violência autoprovocada, são biológicos e pessoais, relacionais, comunitários e sociais. As características de cada um deles segue abaixo na Tabela 1.

Tabela 1 – Fatores que contribuem para a permanência e aumento dos comportamentos violentos

Fatores biológicos e pessoais	As características comportamentais de cada um que aumentam a probabilidade de uma pessoa ser vítima ou praticante de um ato violento.
Fatores relacionais	Fatores que apontam para a existência de pessoas que nas interações sociais incentivam os indivíduos a praticarem ou sofrerem violência.
Fatores comunitários	Espaços (o ambiente de trabalho, a instituição de ensino e a vizinhança), problemas (desemprego e tráfico de drogas e de armas) e a relação interpessoal (isolamento social) que influenciam na ocorrência da violência.
Fatores sociais	Aqueles que justificam a violência, como valores que colocam a violência como a resposta para resolver desacordos, consideram o suicídio como direito de escolha, incentivam o machismo e a cultura adultocêntrica, validam a violência policial e apoiam os conflitos políticos.

Fonte da pesquisa: (BRASIL, 2005)

Muitos autores se dedicaram a estudar sobre o tema e trazer diversas visões enriquecedoras para esse debate. Levy (1979) caracteriza o suicídio pela intenção voluntária e consciente de eliminar a si mesmo, que em um sentido mais abrangente pode compreender atos contra a própria vida inconscientes, persistentes e duradouros.

Apesar de definir como um ato individual e desesperado que objetiva acabar com a própria existência, Durkheim (2000) relaciona o suicídio a esfera social e o classifica de acordo com o nível de conexão da vítima com os outros, sendo eles explicados na Tabela 2. Todos os três tipos são marcados pela influência da sociedade, indo desde uma situação de total integração com o grupo, apagando qualquer marca pessoal, ao total desamparo e distanciamento social.

Tabela 2 – Tipos de suicídio

Suicídio egoísta	Baseado no desejo pessoal e influenciado pelo individualismo da sociedade e a inexistência de instituições que geram a sensação de interação, como igreja e família. Assim a sensação de solidão, desespero e falta de motivos para viver faz com que a morte pareça a única saída.
Suicídio altruísta	Relacionado a intensa integração a um grupo e a sensação de ser impossível continuar vivo após a perda do apreço de seus membros. Nessas sociedades impera a não-individualidade e a renúncia a si mesmo, não existindo inclinação à pessoa, e o suicídio é parte dos rituais de sacrifício, martírios e heroísmos.
Suicídio anômico	Resultado da influência de situações de desorganização e crise, no qual a sociedade falha e provoca no sujeito a falta de base, orientação, parâmetros, certeza.

Fonte da pesquisa: (DURKHEIM, 2000)

Kalina e Kovadloff (1983) também abordam sobre a responsabilidade da sociedade, que é definida por eles como tanatotóxica, arruinada e esmigalhada. A vida representa uma autodestruição constante que atinge seu objetivo com a morte do indivíduo. Logo, o suicídio é induzido socialmente e representa uma forma de dominar ou revoltar-se contra o meio social.

Mesmo que não seja um problema de saúde pública, a violência foi inserida nesta pauta por sua influência na qualidade de vida da população. Segundo Minayo (2006), a violência é responsável por mortes, traumas físicos, mentais, emocionais e espirituais, queda na qualidade de vida, demanda reestruturação da organização dos serviços de saúde tradicionais, cria problemas no atendimento médico preventivo ou curativo e demonstra a carência de uma atuação interdisciplinar, multiprofissional e intersetorial mais focada e envolvida.

As discussões políticas e sociais acerca da violência começaram em 1980 e na década seguinte a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) começaram a abordar sobre as violências, através de conferências e assembleias internacionais com ministros de saúde, especialistas e pesquisadores das Américas e diversos países (MINAYO, 2006).

No Brasil, o primeiro passo para o estabelecimento de estratégias e intervenções na área da saúde ocorreu pela publicação da Resolução nº 309, de 8 de março de 2001, que aprovou a proposta do Ministério



da Saúde e a Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001, que aprovou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidente e Violência e influenciou na elaboração de outros documentos que expandiram a capacidade de coleta e a melhora das informações sobre acidentes e violências no SUS.

Até o momento não havia uma iniciativa específica para a prevenção do suicídio, o que mudou com a Portaria nº 2.542, de 22 de dezembro de 2005, que instituiu o Grupo de Trabalho para a elaboração e implantação da Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio e resultou nas Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, que foram instituídas com a publicação da Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006 (BRASIL, 2006). As diretrizes estabeleceram a obrigatoriedade de sua implantação e respeito em todo país e a necessidade de sua organização de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, as instituições acadêmicas, organizações da sociedade civil, organismos governamentais e não-governamentais, nacionais e internacionais (BRASIL, 2006).

Algumas políticas trataram dos grupos minoritários, cuja violência apresenta taxas mais expressivas. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, aprovada pela Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002, incluiu o suicídio nas situações especiais, cujas ações devem ser prioridade (BRASIL, 2002). Outro exemplo é a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, criada pela Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, que declara em um de seus objetivos é “reduzir os problemas relacionados à saúde mental, drogadição, alcoolismo, depressão e suicídio entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, atuando na prevenção, promoção e recuperação da saúde” (BRASIL, 2011, n.p).

A lesão autoprovocada passou a ser considerada um agravo de saúde e entrou para a Lista Nacional de Notificação Compulsória a partir da Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Ela foi revogada com a publicação da Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016 (BRASIL, 2016). É importante ressaltar que o termo é utilizado para designar tentativas de suicídio por parte de alguns estudos. A lesão autoprovocada é considerada um agravo de saúde de notificação compulsória obrigatória a médicos e outros profissionais de saúde ou responsáveis por serviços públicos e privados, que deverão comunicar a Secretaria Municipal de Saúde do local de atendimento do paciente a suspeita ou confirmação desse agravo até vinte quatro horas contados a partir do primeiro atendimento.

Para a elaboração de um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no país, foi publicada a Portaria nº 3.479, de 18 de dezembro de 2017, que institui um comitê formado por representantes, titulares e suplentes do Ministério da Saúde e da Organização Pan Americana (OPAS/OMS) com as seguintes competências:

- I - coordenar a construção de diagnósticos situacionais sobre o cenário relativo ao suicídio no Brasil;
- II - elaborar a proposta do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil em consonância com as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio e com as Diretrizes Organizacionais das Redes de Atenção à Saúde;
- III - articular a implementação e implantação do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil;
- IV - realizar o monitoramento e avaliação do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil (BRASIL, 2017a, n.p).



Os recursos financeiros para o financiamento de projetos que abordam a promoção da saúde, vigilância e atenção integral a saúde para prevenção do suicídio no SUS por meio da RAPS foram constituídos com a Portaria nº 3.491, de 18 de dezembro de 2017, tendo como beneficiados todos os entes federados que desenvolvessem projetos de acordo com as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, Estratégicas para Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil e que leve em consideração a relação entre as Redes de Atenção à Saúde, a Vigilância em Saúde e a Atenção à Saúde dos Povos Indígenas no Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2017b). No documento são determinados valores relacionados aos números de Regiões de Saúde atendidas pelo projeto, as prioridades de recebimento e acréscimos fornecidos de acordo com aspectos específicos.

A Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (PNPAS) foi estabelecida pela Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019, que incluiu na definição de violência autoprovocada o suicídio consumado, a tentativa de suicídio e o ato de automutilação com ou sem ideação suicida. (BRASIL, 2019a). O Comitê Gestor dessa política foi estabelecido pelo Decreto nº 10.225, de fevereiro de 2020, que também definiu as regras referentes à notificação compulsória da violência autoprovocada (BRASIL, 2020). Para o melhor aprofundamento sobre os impactos dessa política, foi necessário optar por uma metodologia que permitisse conciliar as taxas de violência autoprovocada e os atendimentos realizados no município, o que será apresentado a seguir.

4 METODOLOGIA

Esta pesquisa é classificada, quanto aos seus objetivos, como pesquisa descritiva, definida por Gil (2008) como estudos sobre os aspectos de uma população e o nível da atuação dos setores públicos no atendimento de suas necessidades. As pesquisas que buscam avaliar uma política pública resultam na formulação de um parecer que poderá influenciar no seguimento, na reformulação ou na interrupção da mesma (CEBRAP, 2016).

Os procedimentos utilizados para sua elaboração foram a pesquisa bibliográfica e a pesquisa documental. A bibliográfica é elaborada através do uso de fontes originadas de pesquisas sobre o mesmo assunto produzidas por outros autores, como artigos, revistas e obras, e permite ao pesquisador investigar mais fatos dentro do escopo definido (GIL, 2008; SEVERINO, 2013). A documental difere da bibliográfica por abarcar uma gama de documentos que vão além de obras impressas, como material audiovisual, legislação e jornais, e que ainda não foram alvo de interpretação (SEVERINO, 2013).

Enquanto a pesquisa bibliográfica se utiliza fundamentalmente das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto, a pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa (GIL, 2008, p. 51).



As principais fontes documentais usadas para o levantamento de dados foram registros estatísticos e registros institucionais escritos. Nossa sociedade possui uma gama de dados estatísticos que refletem aspectos dos indivíduos e que atende aos gostos das organizações (GIL, 2008). Apesar de facilitarem a coleta de dados, demandam clareza na determinação de que tipo de dados o pesquisador deseja obter e quais as melhores fontes para tal intento.

As características destes dados representam os objetivos de quem coletou e organizou (GIL, 2008). Os dados secundários utilizados nesta pesquisa trazem informações sociodemográficas e informações de saúde da população de Bom Jesus do Itabapoana obtidos em sistemas de informação de domínio público, como Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e Departamento de Informação e Informática do SUS (DataSUS).

Os registros institucionais escritos são documentos redigidos por instituições governamentais (GIL, 2008). No caso deste trabalho, foram selecionadas publicações relacionadas a políticas públicas de saúde, relatórios, portarias, leis, decretos e estudos que abordam a temática da violência autoprovocada. Para a avaliação do acesso a atendimento psicológico e prevenção de casos de violência autoprovocada em Bom Jesus do Itabapoana foi usada a avaliação de cobertura que mensura a parcela da população-alvo de um programa que usufrui de suas ações (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

5 ANÁLISE DA POLÍTICA PÚBLICA

5.1 SEÇÃO 1 – A POLÍTICA NACIONAL DE PREVENÇÃO DA AUTOMUTILAÇÃO E DO SUICÍDIO

Embora seja reconhecida como uma questão de saúde em discussão desde a década de 1980, a instituição de uma política pública que abordasse a prevenção da violência autoprovocada só ocorreu em nosso país em 2019. Ainda assim, representou um grande avanço no estabelecimento de ações contínuas de prevenção e tratamento para a diminuição dos casos de violência autoprovocada.

A Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio tem como problemática social a violência autoprovocada e tem como principal público-alvo pessoas em sofrimento psíquico, principalmente com histórico de ideação suicida, automutilação e tentativa de suicídio e seus pares (BRASIL, 2019a). Seus principais objetivos são:



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

Os indicadores para avaliação dessa política são os dados gerados da Notificação de Violências Interpessoais e Autoprovocadas, abordada neste estudo, e Óbitos por causas externas. A notificação é um instrumento de informação sociodemográfica que permite o entendimento sobre perfis e fatores de risco e proteção. Assim, auxiliam no planejamento de ações globais ou locais destinadas à população geral ou grupos vulneráveis e na vinculação às vítimas a estabelecimentos de saúde que as atendam.

As principais estratégias abordadas pela Lei nº 13.819/2019 são a criação de serviço telefônico para o atendimento gratuito e sigiloso a esse público, notificação compulsória de casos suspeitos ou confirmados de violência autoprovocada por estabelecimentos de saúde e ensino, do âmbito público e privado, e investimento em informação e treinamento desses profissionais quanto a notificação.

Segundo o Instituto Vita Alere de Prevenção e Posvenção (2019), os estabelecimentos públicos e privados de ensino são colocados como responsáveis por notificar casos e treinar seus profissionais para esta função, mas fica explícito que se resume a Educação Básica por mencionar que essa notificação será feita ao Conselho Tutelar. Isso exclui o Ensino Superior e influencia diretamente no contato dos profissionais de saúde e educação em formação sobre o tema. Além disso, a capacitação precisa abranger não só a notificação, mas abarcar outros temas relacionados ao cuidado em saúde mental tanto do aluno quanto do docente.

Os procedimentos a serem tomados pelo Conselho Tutelar após o recebimento da notificação dos estabelecimentos de ensino precisam ser determinados, principalmente no que respeita ao trato da vítima e sua família (INSTITUTO VITA ALERE DE PREVENÇÃO E POSVENÇÃO, 2019). A notificação não é uma denúncia policial, portanto, deve-se evitar a punição e culpabilização da família e exposição da vítima para que o comportamento suicida e/ou autoabusivo não seja criminalizado.

O Instituto Vita Alere de Prevenção e Posvenção (2019) chama atenção para o uso de conceitos sem que sejam explícitos seus significados e exemplos, como o caso do inciso III do Artigo 3º ao abordar sobre os “fatores determinantes e condicionantes” sem informar quais seriam. Assim como, a falta de identificação dos grupos mais afetados para que sejam direcionados a ações mais específicas.

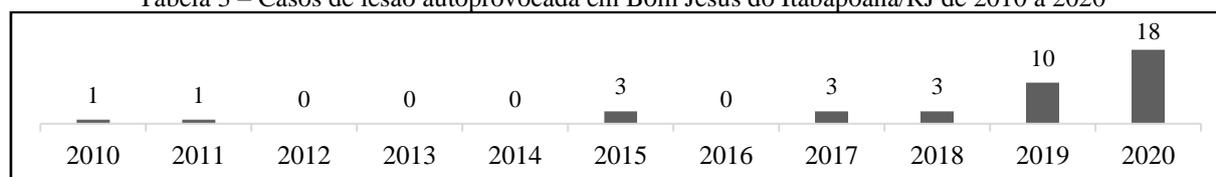
Mesmo que outros fatores sejam referenciados, nota-se a ênfase no pensamento biomédico mediante o destaque dado aos transtornos mentais. A família também é apontada como essencial para o combate, sendo os problemas familiares relacionados à necessidade de proteção e atenção psicossocial (BRASIL, 2019b). Esse discurso moralizante exclui a dimensão social da saúde, que abarca alimentação, moradia, renda, trabalho, transporte, lazer, saúde, segurança, educação e demais condições. A responsabilidade do Estado é transferida para a família, sem considerar o oferecimento de suporte psicossocial para a mesma como uma estratégia.

A crise da autoridade familiar é apontada como algo grave e, na dimensão social, sua valorização é incluída nas iniciativas necessárias para políticas públicas, junto com o trabalho voluntário e acesso ao mercado de trabalho e ao estudo (BRASIL, 2019b). Demais iniciativas seriam a colaboração com instituições religiosas, promoção do exercício físico e esportes, qualidade dos serviços de saúde, estudo sobre casos de suicídio e automutilação e análise dos dados de violência autoprovocada.

Para o Instituto Vita Alere de Prevenção e Posvenção (2019), é importante um trabalho de conscientização e qualificação dos profissionais da área da saúde sobre o tema, a continuidade nos cuidados e o estabelecimento de acolhimento, assistência e práticas de saúde específicas para este público-alvo, independente do âmbito do estabelecimento ou profissional. Assim como, é crucial o uso de diversas perspectivas na sociologia e o envolvimento de profissionais de diferentes áreas por se tratar de um fenômeno complexo. O Instituto manifesta uma visão contrária à facilitação ao uso de armas de fogo no país.

O local da pesquisa foi a cidade de Bom Jesus do Itabapoana, situada no Estado do Rio de Janeiro. O município serviu de contexto para a observação e estudo da garantia de acesso à atendimento com psicólogos clínicos em estabelecimentos que atendem ao SUS. Os dados apontaram para um total de 39 casos de violência autoprovocada durante o período de 2010 a 2020 (Tabela 3). Destaca-se o ano de 2019, com aumento de 233,3% em relação ao ano anterior, e o ano de 2020, com aumento de 80% em relação ao ano anterior. O acréscimo nas notificações não significa, necessariamente, o crescimento das ocorrências, podendo representar uma melhora na identificação e registro dos casos e maior procura das vítimas pelos serviços de saúde.

Tabela 3 – Casos de lesão autoprovocada em Bom Jesus do Itabapoana/RJ de 2010 a 2020



Fonte da pesquisa: (DEPARTAMENTO DE INFORMAÇÃO E INFORMÁTICA DO SUS, [s.d.]



Segundo os dados do Departamento de Informação e Informática do SUS ([s.d.]), a lesão autoprovocada prevalece entre residentes do sexo feminino (69%), entre quinze e dezenove anos (26%), brancos (46%) e com ensino médio completo (10%). O método mais utilizado é o envenenamento (26%), tendo a residência como principal cenário (54%). Esse perfil segue o padrão do Estado e do País no que se refere ao sexo/gênero, local de ocorrência e meio usado (RIO DE JANEIRO, 2020; RIO DE JANEIRO, 2021; BRASIL, 2021). As variáveis escolaridade e cor/raça é semelhante à encontrada em nível nacional.

Com relação à faixa etária, o perfil difere do estadual e do nacional, que apresentam mais casos entre pessoas com vinte a trinta e nove anos (RIO DE JANEIRO, 2020; RIO DE JANEIRO, 2021; BRASIL, 2021). Porém, a faixa etária de quinze a dezenove anos está na segunda posição, representando cerca de 22% dos casos no Estado e 23,3% no País. No Rio de Janeiro existem mais casos entre pessoas com ensino fundamental incompleto e autodeclaradas como pardas.

De acordo com D'Albuquerque (2018), levando em consideração que a noção que possuímos sobre o autoextermínio perpassa pelo âmbito social, podemos entender que nossa compreensão acerca desse ato, desde a ideação ao fim propriamente dito, também é influenciada pela ideia de gênero e sexo. Inclusive, a representação social de quais atos serão considerados graves ou formas de captar a atenção.

Comumente, o que é considerado sério são os casos relacionados aos corpos masculinos, enquanto os episódios vistos como manipulativos e menos preocupante são associados aos corpos femininos. Isso ocorre, de acordo com Jaworski (2010), não apenas pela materialização dos atos em si, pois os métodos empregados pelos homens costumam ser mais letais e violentos, mas também pela leitura social desses atos, que perpetuam padrões binários diante da morte voluntária (D'ALBUQUERQUE, 2018, p. 16).

Alguns pesquisadores nomeiam este fenômeno como Paradoxo de Gênero do Comportamento Suicida. As explicações incluem a dificuldade masculina de expressar os próprios sentimentos e, conseqüentemente, relatar possíveis tentativas de suicídio, a falta de registros oficiais das tentativas malsucedidas de homens devido a sensação de fracasso pessoal e omissão, possíveis erros de interpretação nos registros de óbitos de mulheres causados pela visão de atos intencionais como acidentais, abuso de álcool e drogas pelos homens que influenciaria na busca por meios mais letais de autoextermínio e maior incidência da ocultação de casos de morte por suicídio de mulheres pela família das vítimas (D'ALBUQUERQUE, 2018). A exposição a violência de gênero e o excesso de atribuições, historicamente impostas, como cuidado da casa, família e filhos, em consonância com seus deveres de atividades laborais também contribui para a vulnerabilidade da mulher (RIO DE JANEIRO, 2021).

Na visão de Petter (2021), a adolescência representa um período de transição entre a infância e a fase adulta que inicia a partir dos dez ou onze anos de idade, sendo marcado por mudanças biopsicossociais que continuarão até os dezenove anos. Essas mudanças geram grande impacto e quando associadas a outras transformações, como perdas e lutos, podem tornar os jovens mais fragilizados e vulneráveis. Segundo

D’Albuquerque (2018), essa faixa etária corresponde ao período em que o indivíduo não trabalha, o que pode ocasionar grande preocupação com a ocupação profissional e fragilidade por não estar inserido no mercado de trabalho.

De acordo com Silva (2019), existem diversas condições de risco para o comportamento suicida em crianças e adolescentes. Isso inclui impulsividade, brigas com colegas, rompimentos, isolamento social, bullying, influência das redes sociais, problemas de desempenho, problemas familiares, entre outros. Além de tudo, as questões socioeconômicas, dilemas quanto a inserção social e busca por autonomia e consumo de álcool e outras drogas também devem ser levadas em consideração como determinantes.

Quando analisamos a variável escolaridade, precisamos entender que ela impacta homens e mulheres de forma diferente. Um menor período de escolarização para os homens dificulta a entrada no mercado de trabalho e seu sucesso profissional (D’ALBUQUERQUE, 2018). No caso das mulheres, o investimento em uma profissão representa um desafio para sua vida conjugal, resultando em sua decisão em investir no relacionamento amoroso e na maternidade ou na tentativa de conciliar todas as atividades, levando a um estado de exaustão e fragilidade psicológica.

Pela existência de campos ignorados ou em branco em muitas das variáveis analisadas nas notificações e a falta de descrições sobre escolaridade e cor/raça da população atendida nos dados de atendimento realizados por psicólogos clínicos, a pesquisa coletou apenas as taxas relacionadas ao sexo/gênero e faixa etária para a construção do perfil epidemiológico (Tabela 4 e Tabela 5).

Tabela 4 – Lesões autoprovocadas segundo características sociodemográficas – sexo

Sexo	2010	2011	2015	2017	2018	2019	2020	Total	%
Masc.	-	1	2	2	-	2	5	12	31
Fem.	1	-	1	1	3	8	13	27	69
Total	1	1	3	3	3	10	18	39	100

Fonte da pesquisa: (DEPARTAMENTO DE INFORMAÇÃO E INFORMÁTICA DO SUS, [s.d.])

Tabela 5 – Lesões autoprovocadas segundo características sociodemográficas – faixa etária

Faixa Etária	2010	2011	2015	2017	2018	2019	2020	Total	%
<1 Ano	-	-	-	-	-	-	1	1	3
out/14	1	1	-	-	1	-	-	3	8
15-19	-	-	-	1	2	3	4	10	26
20-29	-	-	-	1	-	2	2	5	13
30-39	-	-	2	1	-	2	1	6	15
40-49	-	-	-	-	-	1	5	6	15
50-59	-	-	-	-	-	-	3	3	8
60 e mais	-	-	1	-	-	2	2	5	13
Total	1	1	3	3	3	10	18	39	100

Fonte da pesquisa: (DEPARTAMENTO DE INFORMAÇÃO E INFORMÁTICA DO SUS, [s.d.])

Baseando nessas características é possível compreender qual é o perfil da maioria das vítimas e analisar a eficiência da cobertura dos atendimentos psicológicos no município nos casos de violência autoprovocada, o que será demonstrado na próxima seção.

5.2 SEÇÃO 2 – A COBERTURA DOS ATENDIMENTOS PSICOLÓGICOS EM BOM JESUS DO ITABAPOANA/RJ

Para avaliar a cobertura do atendimento psicológico destinado aos residentes que se enquadram no perfil epidemiológico da violência autoprovocada no município foram calculadas a cobertura potencial (CP) e a cobertura real (CR) (VIEIRA-DA-SILVA, 2014). A cobertura potencial está relacionada ao conceito de disponibilidade de serviços e mede os recursos disponíveis para a realização das ações. Enquanto a cobertura real está relacionada a utilização de serviços e mede a parcela da população que realmente foi favorecida. As disparidades entre a cobertura potencial e real apontam problemas na execução do programa ou política. O cálculo da cobertura potencial é apresentado na Equação 1.

Equação 1 – Cálculo da cobertura potencial (CP)

$$CP = \frac{\text{recursos disponíveis em determinado ano}}{\text{público-alvo em determinado ano}} \times 100$$

Fonte da pesquisa: (VIEIRA-DA-SILVA, 2014)

Para a determinação dos recursos disponíveis (Equação 2) foram utilizados dados sobre a carga horária ambulatorial de todos os psicólogos clínicos de estabelecimentos de saúde do município que atenderam ao SUS de 2010 a 2020, que foram somados e resultaram na carga horária total. Esse valor foi multiplicado pelo número de semanas no mês (quatro), número de meses trabalhados (onze) e o número de consultas realizadas por hora. Levou-se em consideração a média diária de atendimento de trinta minutos, o que resulta em duas consultas por hora. O número de profissionais de psicologia clínica e a respectiva carga ambulatorial semanal cumprida em estabelecimentos que atendem ao SUS foram obtidos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Equação 2 – Cálculo dos recursos disponíveis (RD) por ano

$$RD = \text{carga horária total de determinado ano} \times 4 \times 11 \times \text{número de consultas por hora}$$

Fonte: (VIEIRA-DA-SILVA, 2014)

O público-alvo em determinado ano foi definido a partir da construção do perfil epidemiológico dos casos de violência autoprovocada em Bom Jesus do Itabapoana/RJ em 2010 a 2020 a partir de dados secundários das notificações de violência do SINAN disponíveis no Departamento de Informação e Informática do SUS (DataSUS).

O cálculo da cobertura real (CR), presente na Equação 3, leva em consideração número em determinado ano do público-alvo e do atendimento a este público-alvo através de informações detalhadas sobre os dados da produção ambulatorial efetuada em estabelecimentos do estado do Rio de Janeiro. As

informações foram filtradas para que fossem mostrados apenas os atendimentos a bonjesuenses por psicólogos clínicos em Bom Jesus do Itabapoana, durante os anos analisados pela pesquisa. Para isso foram escolhidas as competências relacionadas a cada ano analisado, psicólogo clínico no campo profissional-grupo e Bom Jesus do Itabapoana em município de residência e município de atendimento.

Equação 3 – Cálculo da cobertura real (CR)

$$CR = \frac{\text{número de atendimentos ao público-alvo em determinado ano}}{\text{público-alvo em determinado ano}} \times 100$$

Fonte da pesquisa: (VIEIRA-DA-SILVA, 2014)

Os dados sobre os estabelecimentos que atendem ao Sistema Único de Saúde disponíveis no município e informações sobre a carga horária ambulatorial de seus profissionais de psicologia foram obtidos através da consulta de extração de dados de profissionais. O tipo de gestão selecionada foi ‘Todos’ e as competências consideradas foram as correspondentes aos meses de janeiro de cada ano abordado pela pesquisa, janeiro de 2010 a janeiro de 2020. No arquivo de *Excel* gerado foi filtrado ‘PSICOLOGO CLINICO’ na descrição CBO e ‘S’ em SUS para que fossem coletados apenas dados de profissionais que atendem ao SUS. Apenas a carga horária ambulatorial semanal de cada profissional foi utilizada, sendo somada e operada no cálculo dos Recursos Disponíveis (RD) de cada ano, o que pode ser observado na Tabela 6.

Tabela 6 – Carga horária ambulatorial semanal e recursos disponíveis (RD) de 2010 a 2020

ANO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
CARGA HORÁRIA AMBULATORIAL SEMANAL	10	8	20	20	20	20	20	20	20	20	20
	40	0	8	8	8	8	8	8	8	8	8
	15	40	40	20	20	20	20	20	30	12	8
	15	20	12	6	6	40	40	40	20	8	12
	12	12	20	40	40	30	30	30	8	20	20
	20	20	0	20	20	12	20	12	20	20	8
	20	0	20	20	20	20	12	20	40	40	20
	10	20	20	12	12	0	0	0	20	20	40
	10	20	20	0	0	20	20	20	16	16	4
	12	10	20	20	20	20	20	20	0	0	4
	20	12	12	20	20	20	20	20	20	20	10
	30	10	8	20	20	12	12	12	12	20	20
	0	8	30	12	12	20	20	20	8	8	16
	0	30	0	20	20	8	8	30	20	20	0
	0	0	0	8	8	30	30	8	8	8	20
	0	0	0	30	30	0	0	0	30	30	20
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20	
TOTAL	214	210	230	276	276	280	280	280	288	270	286
RD	18832	18480	20240	24288	24288	24640	24640	24640	25344	23760	25168

Fonte da pesquisa: (CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, [s.d.])

Já o número de atendimentos realizados foi encontrado através das informações de saúde sobre a Produção ambulatorial efetuada no estado do Rio de Janeiro – dados completos, que foram filtrados nas opções competência, profissional-grupo, município de atendimento e município de residência para que apresentassem apenas informações dos anos, profissionais e população abrangidos pela pesquisa. Alguns anos selecionados não apresentam registros de atendimento, o que aponta para problemas ou mudanças no envio dos dados para alimentação dos sistemas de informação em saúde.

Na análise dos dados para a elaboração do item público-alvo, não foram consideradas a raça/cor e a escolaridade, pois não há essas informações na produção ambulatorial. O público-alvo foi obtido das estimativas populacionais por município do Departamento de Informação e Informática do SUS (DataSUS) e o número de atendimentos a este perfil está presente nos dados das Tabelas 7 e 8.

Tabela 7 – Estimativa da população residente de Bom Jesus do Itabapoana/RJ de 2010 a 2020 por faixa etária

Faixa Etária	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
15 a 19 anos	2967	2928	2899	2880	2837	2763	2681	2565	2439	2324	2221
Total	36078	36186	36298	36410	36526	36648	36760	36870	36985	37096	37203

Fonte da pesquisa: (DEPARTAMENTO DE INFORMAÇÃO E INFORMÁTICA DO SUS, [s.d.])

Tabela 8 – Estimativa da população residente de Bom Jesus do Itabapoana/RJ de 2010 a 2020 por sexo

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Feminino	18542	18607	18662	18723	18791	18849	18911	18970	19027	19086	19140
Total	36078	36186	36298	36410	36526	36648	36760	36870	36985	37096	37203

Fonte da pesquisa: (DEPARTAMENTO DE INFORMAÇÃO E INFORMÁTICA DO SUS, [s.d.])

O resultado do cálculo da cobertura potencial e da cobertura real (Tabela 9) aponta para uma grande discrepância entre o número de atendimentos que poderiam ser realizados, em razão dos recursos disponíveis, e o número de atendimentos feitos. Os resultados referentes ao período de 2019 e 2020 podem ter relação com a Pandemia do Covid-19, que provocou a paralisação e redução nos atendimentos ao público em estabelecimentos e a diminuição das buscas por serviços de saúde.

Tabela 9 – Cobertura potencial e real dos atendimentos psicológicos a munícipes que se enquadram no perfil dos casos de violência autoprovocada em Bom Jesus do Itabapoana/RJ, entre 2010 e 2020

	COBERTURA POTENCIAL		COBERTURA REAL	
	IDADE	SEXO	IDADE	SEXO
2010	634,71	101,56	Sem informações	Sem informações
2011	631,14	99,31	2,04	Sem informações
2012	698,17	108,45	Sem informações	Sem informações
2013	843,33	129,72	0,31	12,19
2014	856,11	129,25	0,1057	0,13
2015	891,78	130,72	0	0,03
2016	919,06	130,29	0,11	0,45
2017	960,62	129,88	0,42	1,36



2018	1039,11	133,20	0,20	1,30
2019	1022,37	124,48	0,17	0,47
2020	1133,18	131,49	0	0

Fonte da pesquisa: (CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, [s.d.]; DEPARTAMENTO DE INFORMAÇÃO E INFORMÁTICA DO SUS, [s.d.]; RIO DE JANEIRO, [s.d.])

Ademais, a falta de informações sobre a produção ambulatorial em alguns anos e o não preenchimento de determinados campos das fichas de notificação impediram uma análise mais aprofundada sobre o perfil epidemiológico dos casos no município. Isso demonstra grande ineficiência no atendimento dos casos e dificuldade de obtenção de dados precisos sobre informações de saúde, que poderiam facilitar na elaboração e avaliação de planos e estratégias de combate e prevenção.

O problema no preenchimento das fichas também é notado a nível estadual (RIO DE JANEIRO, 2020). Foi observada uma proporção acima de 30% de notificações com campos em branco/ignorado, especialmente nas variáveis orientação sexual, identidade de gênero, motivação, escolaridade, raça/cor, presença de transtorno/deficiência, reincidência e situação conjugal. O preenchimento completo da ficha permitiria maior fidedignidade no diagnóstico e precisão no planejamento e avaliação das políticas de enfrentamento. Alguns desses itens apontariam questões relacionada a estigmas e discriminação, como orientação sexual e raça/cor.

Os dados sobre violência autoprovocada são uma construção social. Até que se torne uma estatística oficial é influenciado pelas peculiaridades e interesses das instituições que passam e pelas ideologias das pessoas que notificam e processam a notificação e as adversidades e êxitos da tecnologia e operação dos sistemas e fontes de informação (BRASIL, 2005). Por este motivo, o preenchimento e tratamento dos dados das notificações é influenciado diretamente pelas concepções dos profissionais.

A despeito da busca pela melhoria da qualidade dos dados, existe a preocupação sobre a validade e confiabilidade (BRASIL, 2005). O próprio entendimento do que é violência afeta na situação, já que existem violências as quais a sociedade vê com mais alarde (homicídios e roubos) e outras que são ignoradas (violência intrafamiliar, discriminação racial e de gênero).

Os números reais são mais elevados do que os dados oficiais, em razão dos valores religiosos, culturais e morais. Alguns episódios que demonstram a influência desses valores no Brasil, país com forte influência da cultura judaico-cristã, são:

- (a) frequentemente os familiares tentam esconder, negociam com quem notifica, revelando as dificuldades microssociais que o lidar com esse fato revela; (b) num nível mais amplo, a sociedade também costuma ficar perplexa com esse tipo de evento, dificultando um conhecimento menos envolvido em preconceitos, em sentimentos de culpa frente à pessoa suicida, na estigmatização da família e do sujeito que se suicidou; (3) além disso, a subnotificação também ocorre por inadequação dos registros; por preenchimento impreciso dos instrumentos de captação de dados; pela existência de cemitérios clandestinos e por destruição de cadáveres (BRASIL, 2005, p. 208).



Outro obstáculo é a deficiência na discriminação de algumas formas de violência autoprovocada de outros eventos que geram mortes ou lesões, um exemplo são os acidentes de trânsito cuja vítima jogou o carro intencionalmente contra um poste ou outro veículo, e mortes naturais, como morte por inanição de forma proposital em idosos que perderam o cônjuge (BRASIL, 2005). No caso da tentativa de suicídio, ainda há o acréscimo do desconhecimento das autoridades de saúde sobre o caso (BRASIL, 2005). Já que apenas 25% das pessoas que cometem suicídio vão aos hospitais públicos a procura de cuidados.

O estudo apontou para a deficiência na assistência aos munícipes que se enquadram no perfil dos casos de violência autoprovocada em Bom Jesus do Itabapoana e um grande impasse na análise dos dados sobre o tema devido o preenchimento inadequado das fichas de notificação de violência e produção ambulatorial. Essa situação demanda melhoria na produção de informações de saúde e identificação, avaliação e comunicação dos casos para a elaboração de políticas públicas de prevenção e tratamento da violência autoprovocada contextualizadas.

São formas fundamentais para a redução dos mitos e crenças que fomentam a invisibilidade e o aumento dos casos: a introdução de ações preventivas de saúde em parceria com outros órgãos e setores da sociedade, para o compartilhamento de informações ao público geral e a divulgação dos serviços disponíveis no município; a elaboração de fluxograma e procedimentos a serem tomados para o acolhimento, a coleta de informações, a notificação, o encaminhamento aos serviços necessários e acompanhamento da vítima; organização de ações articuladas em localidades com maior circulação de pessoas que se enquadram no perfil dos casos; ações pontuais em comércios em que as substâncias mais usadas no envenenamento são vendidas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa buscou analisar a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, principalmente no que se refere à assistência psicológica do Sistema Único de Saúde destinada aos munícipes que se enquadram no perfil epidemiológico da violência autoprovocada em Bom Jesus do Itabapoana/RJ, durante os anos de 2010 a 2020. Para isso, recorreu-se à material oficial e estatístico, que foi analisado tendo como base diversas publicações que conceituam e trazem diferentes visões sobre as interferências da violência, em especial a autoprovocada, na vida social.

Foi possível construir o perfil epidemiológico dos casos deste tipo de violência no município, constatando-se que a maioria são mulheres brancas de quinze a dezenove anos com ensino médio completo que utilizam o envenenamento como método e praticam na própria moradia. O que não difere do observado em pesquisas a nível estadual e nacional quando se trata de sexo/gênero, local de ocorrência e método usado. As explicações para tal perfil se concentram no entendimento das alterações e transformações sofridas pelos adolescentes, questões socioeconômicas e no conceito de Paradoxo de Gênero do Comportamento Suicida.



Coletou-se informações sobre a carga horária por semana cumprida por psicólogos clínicos em estabelecimentos de saúde do SUS e o número de atendimentos realizados pelos mesmos, entre 2010 e 2020. A partir disso, calculou-se a cobertura potencial (CP) e a cobertura real (CR) dos atendimentos psicológicos. Ou seja, o valor que os recursos disponíveis (RD) para a garantia deste direito possibilitaram e o valor que realmente foi possível.

A disponibilização de atendimento psicológico aos grupos mais vulneráveis ao problema é uma das diversas estratégias de atuação, mas demanda ações, focadas no público geral e específico, que estejam contextualizadas à realidade local. No caso da cidade de Bom Jesus do Itabapoana, observou-se grande diferença entre os números que representavam o que poderia ocorrer e o que verdadeiramente ocorreu. Os dados do período de 2019 e 2020 foram justificados pela pandemia do Covid-19, mas os demais anos apontam a ineficiência da cobertura da política pública.

A incompletude das informações de saúde foi a principal adversidade enfrentada na interpretação do material, porque não garantiu maior aprofundamento no entendimento da realidade do município. A incidência de campos ignorados ou deixados em branco é um comportamento abordado em vários boletins epidemiológicos e interfere diretamente no planejamento das políticas de enfrentamento às violências. Mais campos vazios, menos conhecimento sobre o problema.

Conclui-se que a execução da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio em Bom Jesus do Itabapoana é ineficaz na prática de ações que resultam no alcance do público que atende a tendência dos casos registrados no município e na qualidade das informações originadas da produção ambulatorial e notificação de violência interpessoal/autoprovoada.

O estudo contribui na discussão sobre a qualidade das informações de saúde e a configuração de estratégias de prevenção da violência autoprovoada em concordância com a realidade da população. Ademais, demonstra a relevância do desenvolvimento de movimentos focados no trabalho em rede, na desmistificação de tabus, no compartilhamento de informação, no planejamento de processos de trabalho, na comunicação dos casos e na assistência ao público geral e aos grupos de risco.



REFERÊNCIAS

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde, 2002. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf>. Acesso em: 28 de novembro de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf>. Acesso em: 28 de novembro de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, Ministério da Saúde: 2006. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html>. Acesso em: 28 de novembro de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html>. Acesso em: 28 de novembro de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html>. Acesso em: 28 de novembro de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. 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, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html>. Acesso em: 28 de novembro de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.479, de 18 de dezembro de 2017. Institui Comitê para a elaboração e operacionalização do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3479_22_12_2017.html>. Acesso em: 28 de novembro de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.491, de 18 de dezembro de 2017. Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento de projetos de promoção da saúde, vigilância e atenção integral à saúde direcionados para prevenção do suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS), a onerarem o orçamento de 2017b. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3491_22_12_2017.html>. Acesso em: 28 de novembro de 2023.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Brasília: Presidência da República, 2019a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/113819.htm>. Acesso em: 28 de novembro de 2023.



BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. O Suicídio e automutilação tratados sob a perspectiva da família e do sentido da vida. Brasília: Ministério das Mulheres, da Família e dos Direitos Humanos, 2019b. Disponível em: <<https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/acolha-a-vida/estudo-suicidio-e-automutilacao.pdf>>. Acesso em: 28 de novembro de 2023.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 10.225, de 5 de fevereiro de 2020. Institui o Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, regulamenta a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio e estabelece normas relativas à notificação compulsória de violência autoprovocada. Brasília: Presidência da República, 2020. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/d10225.htm>. Acesso em: 28 de novembro de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico n. 33. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. Volume 52. Brasília: Ministério da Saúde, Set. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf/view>. Acesso em: 28 de novembro de 2023.

CEBRAP. Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais: Bloco Quantitativo. São Paulo: Sesc/CEBRAP, 2016.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE – CNES. Extração de dados de profissional. [s.d]. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/pages/profissionais/extracao.jsp>>. Acesso em 30 de novembro de 2023.

D’ALBUQUERQUE, F. B. C. O gênero no comportamento suicida: o sofrimento psíquico em dissidências sexuais. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia Clínica, Universidade De Brasília, Brasília DF, 2018. Disponível em: <https://www.academia.edu/39288127/DISSERTA%C3%87%C3%83O_O_G%C3%8ANERO_NO_COMPORTAMENTO_SUICIDA_O_SOFRIMENTO_PS%C3%8DQUICO_EM DISSID%C3%8ANCIAS_SEXUAIS>. Acesso em: 28 de novembro de 2023.

DEPARTAMENTO DE INFORMAÇÃO E INFORMÁTICA DO SUS – DATASUS. Informações de Saúde (TABNET). [s.d]. Disponível em <<https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>>. Acesso em 30 de novembro de 2023.

DURKHEIM, E. O suicídio: estudo de sociologia. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

INSTITUTO VITA ALERE DE PREVENÇÃO E POSVENÇÃO DO SUICÍDIO. Nota sobre a Lei 13.819/19, que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, publicada no Diário Oficial Federal em 24/04/2019 e sobre o estudo “O suicídio e a automutilação tratados sob a perspectiva da família e do sentido da vida” divulgado pelo Ministério das Mulheres, da Família e dos Direitos Humanos - Brasília: 2019. São Paulo: Instituto Vita Alere de Prevenção e Posvenção do Suicídio, 07/05/2019. Disponível em: <<https://vitaalere.com.br/nota-lei-prevencao-ao-suicidio-2019>>. Acesso em: 28 de novembro de 2023.

KALINA, E.; KOVADLOFF, S. As cerimônias da destruição. São Paulo: Francisco Alves, 1983.

KOVÁCS, M. J. Morte e desenvolvimento humano. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

LEVY, M. Introdução ao estudo do suicídio. Boletim de Psiquiatria, 12(1-4), 1-12, 1979.

MINAYO, M. C. S. Violência e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. Relatório mundial sobre violência e saúde. Brasília: OMS/OPAS, 2002. Disponível em: <<https://opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude-1.pdf>>. Acesso em: 28 de novembro de 2023.

PETTER, A. Suicídio na Adolescência e os Contextos Sociais Envolvidos: Uma Revisão Narrativa. In: SCAVACINI, K.; REIS E SILVA, D. (Org.). Atualizações em Suicidologia: Narrativas, Pesquisas e Experiências. São Paulo: Instituto Vita Alere, 2021

PORTO, D. M. Prevenção ao suicídio. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2019.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. TabNet Win32 3.1: Produção Ambulatorial Efetuada no Estado do Rio de Janeiro – dados completos. [s.d]. Disponível em <<https://sistemas.saude.rj.gov.br/scripts/tabcgi.exe?siasus/producao.def>>. Acesso em 30 de novembro de 2023.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Lesões autoprovocadas e suicídios. Boletim Epidemiológico 001/2019. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <<http://www.riosemfumo.rj.gov.br/Publico/MostrarArquivo.aspx?C=uoLO4Ss%2BhEs%3D>>. Acesso em: 28 de novembro de 2023.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. SUICÍDIOS E LESÕES AUTOPROVOCADAS: Panorama de dois anos no estado do Rio de Janeiro, 2019-2020. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <<https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NDUyODU%2C#:~:text=Situa%C3%A7%C3%A3o%20da%20base%20estadual%20em,por%20100%20mil%20ha%2D%20bitantes.>>. Acesso em: 28 de novembro de 2023.

SEVERINO, A. J. Metodologia do trabalho científico. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

SILVA, L. Suicídio entre crianças e adolescentes: um alerta para o cumprimento do imperativo global [Editorial]. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, 32(3), III–VI, 2019. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/1982-019420>>. Acesso em: 28 de novembro de 2023.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Avaliação de políticas e programas de saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014.