

MÁRCIA VITOR RIBEIRO MARTINS

**ANÁLISE DA VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA EM UM SERVIÇO DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO CONTEXTO DA REDE DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL DO DISTRITO FEDERAL**

BRASÍLIA, 2021

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ANÁLISE DA VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA EM UM SERVIÇO DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO CONTEXTO DA REDE DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL DO DISTRITO FEDERAL

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação Profissionalizante em Saúde Coletiva.

Mestranda: Enf^a Márcia Vitor Ribeiro Martins

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria da Glória Lima

BRASÍLIA

2021

MÁRCIA VITOR RIBEIRO MARTINS

**ANÁLISE DA VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA EM UM SERVIÇO DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO CONTEXTO DA REDE DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL DO DISTRITO FEDERAL**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação Profissionalizante em Saúde Coletiva.

APROVADO EM: 25/02/2021

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr^a. Maria da Glória Lima (Presidente)
Universidade de Brasília

Prof. Dr^a. Magda Duarte dos Anjos Scherer
Universidade de Brasília

Enf^a. Dr^a. Camila Alves Bahia
Secretaria de Vigilância em Saúde / Ministério da Saúde

Prof. Dr. Jonas Lotufo Brant de Carvalho (suplente)
Universidade de Brasília

Dedico este trabalho à minha mãe, minha eterna incentivadora.

AGRADECIMENTOS

Faltam-me palavras para expressar os sentimentos que me tomam ao redigir esses agradecimentos pois a caminhada foi desafiadora e sem o apoio das pessoas citadas a seguir, eu poderia ter desistido.

Agradeço a Deus pela saúde e energia para vivenciar a experiência do mestrado, atividades laborais e a gestação.

À minha mãe, que não está mais presente neste plano, mas se faz presente em minhas atitudes e pensamentos diariamente.

Ao meu esposo Daniel, pela paciência e parceria, em todos os momentos, para me amparar e incentivar.

À minha família, por compreender minha ausência fisicamente enquanto atendia aos meus objetivos profissionais.

À minha filha Alice, que em meu ventre teve que compartilhar de toda a minha ansiedade e angústias.

À orientadora Glória, pelo ensinamento compartilhado e por me estimular a ser mais reflexiva.

Aos meus amigos e em especial ao André Goes, um dos maiores incentivadores para o estudo da saúde mental e para ingressar no mestrado.

Aos participantes do estudo, colegas de luta diária frente as adversidades que a saúde pública nos apresenta para o alcance de uma qualidade que o usuário merece.

RESUMO

A violência autoprovoçada é o resultado de ações ou pensamentos contra a própria pessoa, que pode decorrer com ideação suicida, autoagressões, tentativas de suicídio ou o extremo máximo, suicídio. Os profissionais das unidades de urgência e emergência têm papel estratégico no acolhimento à prevenção do suicídio e à lógica de rede de atenção à saúde, representando o primeiro contato do usuário com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Este estudo tem por objetivo analisar o perfil epidemiológico e a atuação dos profissionais nos casos de violência autoprovoçada no contexto da RAPS do Distrito Federal. Foi realizada pesquisa descritiva e exploratória com abordagem quanti-qualitativa. Os dados quantitativos foram extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde, referentes ao período de 2006 a 2019 no DF. Os dados qualitativos foram obtidos a partir de 10 entrevistas semiestruturadas realizadas nos meses de novembro e dezembro de 2020, com nove profissionais de saúde e um da gestão administrativa, que atuam em uma unidade de urgência e emergência da Região Sudoeste do DF. O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde e da coparticipante Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, sob os pareceres números 2.200.022, e 2.270.086, respectivamente. Relacionou-se o conteúdo das respostas às entrevistas com os dados epidemiológicos, ao amparo das diretrizes vigentes, viabilizando a elaboração do desenho da matriz do Modelo Lógico. Os resultados sugerem um aumento dos índices de casos de violência autoprovoçada, o que deve ser investigado como real problema de saúde pública e com o devido fortalecimento das ações de vigilância. Verificou-se também a deficiência nas ações de qualificação e educação permanentes, que possibilitem o desenvolvimento de práticas de qualidade, com a renovação de conhecimentos e discussão de questões como a relação profissional-usuário, o desenvolvimento do trabalho em equipe e o conhecimento dos serviços disponíveis no território, e, ainda, a necessidade de fortalecimento do processo de articulação e da organização entre os equipamentos da RAPS do DF. Considerando-se que políticas públicas são elaboradas de modo a que se incorporem ações para grupos considerados vulneráveis, sob a luz do conceito de equidade, muitos são os desafios a serem enfrentados para que a vigilância epidemiológica desempenhe bem o seu papel no

controle da captação de dados epidemiológicos e avaliação das políticas vigentes para o enfrentamento à violência autoprovocada.

Palavras-chave: saúde mental; serviços de saúde; violência; suicídio.

ABSTRACT

Self-inflicted violence is the result of actions or thoughts against the person himself, which can arise from suicidal ideation, self-harm, suicide attempts or from the utmost edge, the suicide itself. Professionals of the urgency and emergency units play a strategic role in sheltering suicide prevention and healthcare network approach, representing the primary contact of the user with the Psychosocial Care Network (RAPS). The objective of this study is to analyze the epidemiological pattern and the work of professionals in cases of self-inflicted violence in the Federal District (DF) RAPS scenario. A descriptive and exploratory research was conducted with a quantitative approach. Quantitative data were extracted from Ministry of Health Notifiable Diseases Information System, over the years 2016 to 2019 in DF. Qualitative data were collected from 10 semi-structured interviews, conducted in the months of November and December 2020, with nine health professionals and one from the administrative management, who work in an urgency and emergency unit in the Southwest Region of DF. The project was endorsed by the Research Ethics Committees of the Faculty of Health Sciences and the co-participant Foundation for Teaching and Research in Health Sciences, under the reports 2,200,022 and 2,270,086, respectively. The answers in the interviews were linked to the epidemiological data under the current guidelines, enabling the elaboration of the Logical Model (ML) matrix design. The results indicate an increase in the rates of self-inflicted violence cases, which must be researched as a real public health problem, and with proper strengthening of the surveillance deeds. There were also downsides in ongoing qualifying actions and education, which enable the development of premium standards, along with the renewal of skills and debate issues such as the professional-user relationship, the development of teamwork and the acquaintance of available services in the territory, and, in addition, the need to strengthen the linkage process and the organization of the equipment among RAPS in DF. Whereas policies are drawn up so actions for groups considered vulnerable can be incorporated under the concept of equity, there are many hurdles to be experienced so that epidemiological monitoring performs properly its role in the epidemiological data gathering control and assess of prevailing policies to combat self-inflicted violence.

Keywords: mental health; health services; violence; suicide.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	-	Atenção Primária à Saúde
CID	-	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
COMPP	-	Centro de Orientação Médico psicopedagógica
DF	-	Distrito Federal
HMIB	-	Hospital Materno Infantil de Brasília
HRSam	-	Hospital Regional de Samambaia
HRT	-	Hospital Regional de Taguatinga
HSVP	-	Hospital São Vicente de Paulo
IHBDF	-	Instituto Hospital de Base do Distrito Federal
ISM	-	Instituto de Saúde Mental
ML	-	Modelo Lógico
MS	-	Ministério da Saúde
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
RA	-	Regiões Administrativas
RAPS	-	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	-	Redes de Atenção à Saúde
RSSO	-	Região de Saúde Sudoeste
SES	-	Secretaria de Estado de Saúde
SIM	-	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN	-	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SRT	-	Serviço de Residência Terapêutica
SUS	-	Sistema Único de Saúde
UPA Recanto	-	Unidade de Pronto Atendimento Recanto das Emas
UPA Sam	-	Unidade de Pronto Atendimento Samambaia
VIVA	-	Vigilância de Violências e Acidentes

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Tipologia da Violência.....	12
Figura 2 - Equipamentos de saúde que integram a Rede de Atenção Psicossocial .	20
Figura 3 - Regiões de saúde da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), 2019	21
Figura 4 - Distribuição dos CAPS no território do Distrito Federal, 2018.....	23
Figura 5 - Fluxograma da abordagem do Modelo Lógico.....	30
Figura 6 - Cidades que compõem a região de saúde Sudoeste da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), 2016.....	31
Figura 10 - Matriz do Modelo Lógico	70

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Demonstrativo da população do DF com as regiões de saúde e RAs	22
Tabela 2 - Completitude das variáveis nos anos de 2016 a 2019 no DF	41
Tabela 3 - Notificações de violência autoprovocada no Distrito Federal por características das vítimas nos anos de 2016 a 2019	47
Tabela 4 - Notificações de violência autoprovocada no Distrito Federal de acordo com o meio de agressão utilizado pelo autor nos anos de 2016 a 2019.....	50
Tabela 5 - Notificações de violência autoprovocada no Distrito Federal de acordo com a reincidência nos anos de 2016 a 2019.....	51
Tabela 6- Notificações de violência autoprovocada no Distrito Federal, de acordo com a unidade notificadora nos anos de 2016 a 2019.....	52
Tabela 7 - Distribuição dos profissionais do pronto socorro do HRSam, segundo características socioprofissionais. Brasília-DF, 2021	54

SUMÁRIO

SUMÁRIO	21
1. INTRODUÇÃO	9
2. REFERENCIAL TEÓRICO	11
2.1. VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA	11
2.2. VIGILÂNCIA EM SAÚDE	14
2.3. REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	17
2.4. REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	19
3. OBJETIVOS	26
3.1. OBJETIVO GERAL	26
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
4. MÉTODO	27
4.1. TIPO DE ESTUDO	27
4.2. CENÁRIO DE ESTUDO	30
4.3. AMOSTRA DO ESTUDO	32
4.4. PROCEDIMENTOS DE PRODUÇÃO E ANÁLISE DE DADOS	34
4.4.1 Procedimentos para coleta dos dados quantitativos	34
4.4.2 Procedimentos para coleta dos dados qualitativos	36
4.5. ASPECTOS ÉTICOS	38
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
5.1. DESCRIÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS NOTIFICADOS POR VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA NO DISTRITO FEDERAL NOS ANOS DE 2016 A 2019	39
5.2. CARACTERIZAÇÃO SOCIOPROFISSIONAL DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO	53
5.3. ANÁLISE DO ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA SOB O PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO E DAS DIRETRIZES DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL	57

5.4. DESENHO DO MODELO LÓGICO DA SITUAÇÃO DE ATENDIMENTO ÀS DIRETRIZES DA RAPS NO DF	68
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	76
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTOS LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)	81
APÊNDICE B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE IMAGEM E SOM DE VOZ PARA FINS DE PESQUISA	83
APÊNDICE C - TERMO DE CONCORDÂNCIA DE INSTITUIÇÃO PARTICIPANTE	84
APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIOPROFISSIONAL.....	85
APÊNDICE E – ROTEIRO DE ENTREVISTAS	86
ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	88
ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/ FS-UNB	90
ANEXO C: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/ FEPECS/ SES/ DF.....	101
ANEXO D: COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO.....	110

APRESENTAÇÃO

A trajetória profissional, muitas vezes idealizada antes mesmo de concluirmos a graduação, nos gera expectativas e falsas convicções que se remodelam no decorrer da vida, com a disposição de vivenciar novos desafios e o anseio de nos mantermos agregando conhecimento constantemente. Assim tem sido minha trajetória que, inesperadamente, me trouxe ao universo da saúde mental.

Após anos dedicados à Terapia Intensiva, em 2016 fui nomeada como Enfermeira da Secretaria de Saúde do Distrito Federal e iniciei o trabalho numa unidade de pronto socorro. Naquele cenário, notei o crescente número de pacientes com admissão devida a consequências de violência autoprovocada e também o alto número de reincidência. Tornava-se mais difícil a aceitação de práticas controversas de alguns profissionais, repletas de preconceito e que potencializavam o estigma dos usuários com sofrimento mental que atentavam contra a própria vida. Paralelamente, ficava mais evidente o despreparo dos profissionais em relação às práticas preconizadas para o atendimento, ao fluxo de trabalho e, principalmente, à compreensão do serviço como integrante de uma rede.

A inquietação frente a essa problemática e a busca por estratégias para intervenção culminaram no despertar para a saúde mental, universo pouco explorado e inusitado na minha vida profissional. Nesse movimento de inquietação, iniciei o Mestrado Profissional em Saúde Coletiva na Universidade de Brasília (UnB), em 2019. A partir desse gatilho, o interesse em buscar literatura sobre violência autoprovocada foi tornando cada vez mais clara a necessidade de aprofundar e ampliar meu conhecimento, pois a problemática esbarra em questões de políticas públicas, articulação da rede e engajamento dos profissionais que atuam nos serviços de emergências, prestando atendimento a usuários em sofrimento mental agudo.

Os resultados almejados com esta pesquisa estão estruturados para melhor entendimento sobre as diretrizes e as barreiras que alicerçam a assistência, referentes à organização do atendimento a usuários em sofrimento mental que praticam a violência autoprovocada. A identificação de tais barreiras pretende nortear este e outros estudos no desenvolvimento de estratégias e ferramentas no contexto científico e na práxis profissional.

1. INTRODUÇÃO

As discussões que envolvem a temática de violência autoprovocada e suicídio são complexas, permeadas por uma necessária sensibilidade para interação com os usuários devido à presença do estigma do adoecimento psíquico, o qual por vezes é a causa de o indivíduo não procurar ajuda (BAHIA et al., 2017). Tratar o tema enfrentando os estigmas e estimulando a conscientização e aprofundamento do debate para compreensão dos fatores envolvidos pode contribuir para reverter a situação atual de números ascendentes de óbitos.

O estudo almeja agregar conhecimento acerca da situação epidemiológica de violência autoprovocada no Distrito Federal e respectivas regiões de saúde, assim como a percepção dos profissionais atuantes nos serviços de urgência e emergência no atendimento do agravo. A investigação traz subsídios para a identificação dos desafios enfrentados pela Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Federal com olhar mais atento para a Região de Saúde Sudoeste, relacionados ao fluxo de atendimento e à lógica de rede de atenção à saúde.

Consoante essa perspectiva, a maioria das informações divulgadas acerca da violência autoprovocada refere-se ao extremo mais grave de um contínuo do comportamento suicida, ou seja, eventos registrados em unidades de urgência e emergência de hospitais. (MACHIN, 2009). Logo, esse primeiro contato do indivíduo com a rede de saúde representa o momento fundamental para que os profissionais reconheçam o potencial nível de risco e atuem de modo a minimizá-los, projetando intervenções para prevenção ao suicídio. (VIDAL; GONTIJO, 2013).

Entretanto, o perfil dos serviços de urgência e emergência, juntamente com a realidade da alta demanda, repercute desfavoravelmente no atendimento a transtornos psíquicos, pois os indivíduos são julgados de maneira estereotipada e a equipe pode apresentar dificuldade ou despreparo para lidar com a questão, com inclinação para atuar também de maneira estereotipada podendo até ser hostil. (VIDAL; GONTIJO, 2013). Assim, através de uma experiência negativa, pode-se desencadear uma resposta também negativa, com nova tentativa mais grave ou, até mesmo, culminar no suicídio.

Compete aos profissionais dos serviços de urgência e emergência atuar desde o acolhimento do usuário, com a escuta qualificada das suas queixas, passando pela

assistência direta na resolução na demanda que o levou ao serviço, o preenchimento da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada e o encaminhamento para outro serviço de atenção à saúde da rede.

O entendimento dos profissionais dos serviços de urgência e emergência nem sempre é claro quanto ao pertencimento à Rede de Atenção Psicossocial, mesmo sendo ela embasada em algumas normativas que visam primordialmente essa conexão intrínseca mais forte e fluida entre os equipamentos. O trabalho em rede exige a articulação dos profissionais de diferentes serviços e especialidades com envolvimento e participação ativa na construção de ações de cuidado, e os serviços emergenciais, ainda que não especializados para atendimento a demandas em saúde mental, têm um papel estratégico na lógica do trabalho em rede.

Assim, os dados e discussões apresentados podem subsidiar, tanto para o cenário científico quanto para o assistencial, fragilidades e potencialidades da organização da rede em consonância com as diretrizes em saúde mental com foco na violência autoprovocada.

Nesta introdução, apresenta-se a contextualização pertinente ao tema da dissertação para inteirar o leitor nos assuntos que serão tratados ao longo do trabalho. Esta pesquisa encontra-se organizada sequencialmente pelo embasamento teórico, formulação do problema, objetivos da pesquisa, percurso metodológico e os resultados apurados. Por fim, foi estruturada a conclusão com as considerações e proposições sobre o tema.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA

A violência é definida como uso intencional da força física ou poder, mediante ameaças ou de maneira concreta, infligida a si mesmo, a outra pessoa, a um grupo ou à comunidade. As repercussões variam entre lesão, dano psicológico, deficiência no desenvolvimento, privações e morte. Nota-se que a violência considerada em sua transversalidade é um fenômeno multicausal, associando-se com desigualdades econômicas e socioculturais, além de aspectos subjetivos e comportamentais distintos em diferentes sociedades. (MINAYO, 2006).

No intuito de aproximação com a temática, faz-se necessária a apropriação de alguns conceitos e dados suscitados pelas bibliografias. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece três grandes grupos para classificação de violência segundo quem comete o ato violento: violência interpessoal (doméstica e comunitária); violência coletiva (grupos políticos, organizações terroristas, milícias); e violência contra si mesmo (autoprovocada). (OMS,2002).

A violência interpessoal é aquela que ocorre no ambiente social em geral, podendo ser no meio familiar ou na comunidade, entre conhecidos ou desconhecidos, por meio de qualquer ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física e/ou psicológica, ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outra pessoa, cometida dentro ou fora de casa. (OMS,2002).

Diferentemente dos outros tipos, a violência coletiva tem a singularidade quanto à finalidade de realizar um plano específico de ação social, como crimes carregados de ódio, praticados por grupos organizados, atos terroristas e violência de hordas. Subdivide-se em violência social, política e econômica. (DAHLBERG; KRUG, 2006).

A violência autoprovocada ou autoinfligida compreende ações ou pensamentos contra a própria pessoa, não havendo participação de terceiros. Pode variar com ideação suicida, autoagressões, tentativas de suicídio ou o extremo máximo, suicídio. (DAHLBERG; KRUG, 2006).

A figura a seguir apresenta esquematicamente as divisões dos tipos de violência:

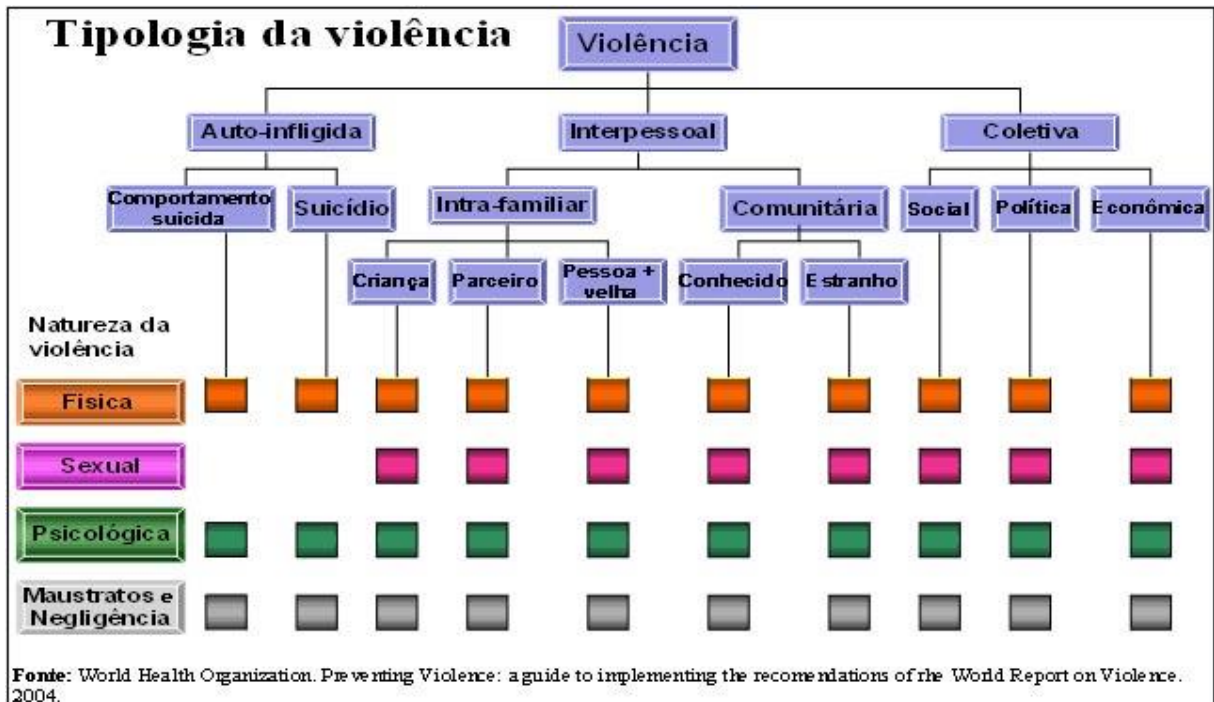


Figura 1 - Tipologia da Violência

Fonte: Tipologia da violência segundo OMS, 2002.

A violência autoprovocada pode ser dividida em comportamento suicida e em autoagressão. Esta última abrange os atos de automutilação, desde os mais leves, como cortes, arranhaduras e mordidas, até os mais bruscos, como amputação de membros (OMS, 2002).

A ideia que costuma estar associada às lesões autoprovocadas é a de suicídio ou tentativa de suicídio. Contudo, várias outras situações podem ser descritas como intencionais e autodestrutivas ou autoagressivas em manifestações individuais, como automedicação, abuso de drogas e/ou álcool, sem intencionalidade de pôr fim à própria vida. (MACHIN, 2009).

O comportamento suicida envolve a ideação e se agrava quando acompanhado de um plano suicida acerca do método a ser utilizado, podendo culminar no ato consumado de pôr fim à própria vida. (VIDAL; GONTIJO, 2013). Assim, caracteriza-se pelo meio pelo qual um indivíduo causa lesão a si mesmo, independentemente da severidade dos danos provocados. Trata-se de um evento complexo, influenciado por diversos fatores externos e internos, com causalidades variadas e com desfecho de impacto sobre a sociedade e a situação da saúde coletiva. (BAHIA et al., 2017).

Os principais fatores associados ao comportamento suicida na população adulta são: tentativas anteriores, doenças mentais (sobretudo depressão e abuso/dependência de álcool e drogas), rede de apoio social deficiente, histórico familiar de suicídio e a situação sociodemográfica em que o indivíduo está inserido, como desemprego, baixa escolaridade e residência em áreas com alto índice de violência. (SANTOS; KIND, 2020). Enquanto na infância e na adolescência os fatores mais comuns são abusos físicos e sexuais e problemas com a orientação sexual, entre idosos tais fatores são os traços de personalidade hipocondríaca, fechada, tímida ou excessivamente independente. (BAHIA et al., 2017).

Com vista a reduzir a magnitude desse tipo de agravo, o Ministério da Saúde (MS) instituiu, em 2006, as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, recomendando o planejamento de técnicas de prevenção, como promoção da qualidade de vida, educação, proteção, prevenção de danos e recuperação da saúde, indicando o desenvolvimento de estratégias de sensibilização da sociedade, organização de linhas de cuidados integrais e execução de projetos fundamentados em estudos de eficácia e qualidade. (BRASIL, 2006).

A tentativa de suicídio está relacionada às condutas e aos atos para atentar contra a própria vida, podendo resultar em morte. Quando a tentativa resulta em morte, passa a ser definida como suicídio, configurando-se na expressão final de um processo de crise. (BAHIA et al., 2017).

Nessa perspectiva, em prol de ampliar as ações de prevenção e promoção da saúde, foi lançada em 2001 pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, tendo em vista que as violências e os acidentes desempenham um grande impacto econômico e social, sobretudo no Sistema Único de Saúde (SUS). (DAHLBERG; KRUG, 2006).

Os estudos relacionados à violência autoprovocada e à tentativa de suicídio geralmente contam com amostras clínicas, enquanto estudos que trazem dados com base na população geral são menos frequentes. Conseqüentemente, a maioria das informações divulgadas refere-se ao extremo mais grave de um contínuo do comportamento suicida, ou seja, eventos registrados em unidades de urgência e emergência de hospitais. (BOTEGA et al., 2009).

2.2. VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Por se tratar de uma manifestação de violência, a notificação da violência autoprovocada é realizada por meio da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada (Anexo A). O preenchimento desse instrumento fornece informações quantitativas e qualitativas que são utilizadas para amparar políticas e programas de enfrentamento ao problema, bem como para organização de fluxos e estruturação dos serviços para atendimento e resolutividade das demandas. (DE BAÉRE, 2019).

A inclusão na lista de agravos de notificação imediata pelo município se faz justificada, considerando a importância de tomada rápida de decisão, como o encaminhamento e vinculação do paciente aos serviços de atenção psicossocial, de modo a prevenir que um caso de tentativa de suicídio se concretize, pois as estatísticas demonstram um risco elevado de tentativas recorrentes de suicídio (MARCOLAN; SILVA, 2019).

Em 2016, foi publicado o documento VIVA: Instrutivo – Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada, que apresenta o sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), complementando as análises epidemiológicas já existentes e proporcionando maior riqueza de detalhes em relação às características da vítima, contexto do evento e provável autor da violência. (CARNEVALLE et al., 2019). O sistema conta com dois componentes: VIVA contínuo (Sinan) e VIVA Inquérito, com modalidades distintas de investigações e sistemas de informações provenientes das fichas de notificações próprias para a coleta de dados. (SOUZA et al., 2020).

Os casos de violência autoprovocada, com intenção de se matar, a partir de 2014, passam a ser de notificação imediata no âmbito municipal, sendo necessário seguimento do fluxo estabelecido pela Secretaria de Vigilância em Saúde/MS e seu compartilhamento entre as esferas de gestão do SUS. (DE BAÉRE, 2019).

A notificação compulsória imediata deve ser realizada pelo profissional de saúde ou responsável pelo serviço assistencial que prestar o primeiro atendimento ao paciente, em até 24 horas, pelo meio mais rápido disponível (BRASIL, 2014). Assim, nota-se que os serviços de urgência e emergência desempenham um papel estratégico, pois, na maioria das ocorrências, configuram-se o primeiro contato do paciente com a rede. (FONTÃO et al., 2018).

A responsabilidade da notificação é de cada instituição, da gestão e dos profissionais que realizam atendimento, que devem promover a notificação compulsória em conformidade com a legislação vigente. Compete à gestão municipal (local) definir estratégias de acompanhamento dos casos e dar suporte aos serviços. (GARBIN et al., 2015).

A agilidade na articulação da notificação do caso de violência autoprovocada à vigilância epidemiológica do município, realizada logo após o seu atendimento, seja via ficha de notificação, e-mail ou telefone, possibilita o acolhimento mais precoce da pessoa na rede de atenção à saúde e, conseqüentemente, o acionamento de uma assistência direcionada, com adoção de medidas terapêuticas adequadas ao caso. (BAHIA et al., 2017).

O risco de nova tentativa aumenta em até cem vezes após a primeira e, proporcionalmente, também o número de tentativas em um intervalo de tempo. Com a alta incidência e reincidência de tentativas de suicídio, as equipes de saúde das unidades de urgências e emergências têm contato direto com essa população de risco, desempenhando importante papel, desde o acolhimento e a intervenção, até a prevenção do suicídio. (BOTEGA, 2014). Os profissionais envolvidos na assistência podem estabelecer vínculos interpessoais com o paciente, possibilitando melhor aceitação e adesão ao tratamento. (FONTÃO et al., 2018). No sentido oposto, caso a assistência seja prestada reforçando estigmas e negligenciando a gravidade, o cenário torna-se desfavorável a aproximação do indivíduo à rede de atenção. (VIDAL; GONTIJO, 2013).

Os dados epidemiológicos desencadeiam relevante impacto ao relacionarem informações acerca da categorização em faixa etária, gênero, sexualidade, ocupação, método utilizado para a violência e associação a diferentes componentes que auxiliam na compreensão do fenômeno das violências autoprovocadas. Com base em evidências, os profissionais e gestores podem encontrar meios apropriados visando à prevenção, com foco nas populações em situação de maior vulnerabilidade e recomendações para intervenções multissetoriais. (CARMONA-NAVARRO; PICHARDO-MARTÍNEZ, 2012).

As proporções entre taxas de suicídio variam de acordo com aspectos culturais, regionais e sociodemográficos e, também, de acordo com a maneira como tais mortes são registradas. No Brasil, a partir da análise de dados de suicídio relatados, os pesquisadores sugerem que a subnotificação e a baixa qualidade das informações

contidas nos certificados de óbito exigem grande atenção, uma vez que podem ser fatores que levam à subestimação de mortes por suicídio nas taxas de mortalidade relatada. (Botega et al., 2009).

O Brasil é um país de grande extensão, caracterizado por diferentes regiões cujos níveis de desenvolvimento são muito diferentes. A análise epidemiológica, tanto de suicídio quanto de violência autoprovoçada entre brasileiros de diferentes regiões, é importante para o desenvolvimento de políticas de saúde pública. O desenvolvimento de programas efetivos para prevenção de comportamentos suicidas exige a expansão do nosso conhecimento sobre as especificidades regionais no que diz respeito a essa questão de saúde pública. (BAHIA et al., 2017).

Dentro desse contexto, o suicídio representa 1,4% de todas as mortes no mundo, tornando-se, em 2012, a 15ª causa de mortalidade na população geral. Entre os jovens de 15 a 29 anos, é a segunda principal causa de morte. Já em 2014, o número cresceu para mais de 800 mil pessoas que cometem suicídio por ano no mundo, sendo o Brasil apontado como o oitavo país com maior índice de suicídio. (OMS, 2014).

Entre 2007 e 2016, foram registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), 106.374 óbitos por suicídio no Brasil. Em 2016, a taxa chegou a 5,8 por 100 mil habitantes, com a notificação de 11.433 mortes por essa causa. Desse total, 60% foram por enforcamento e 18% por intoxicação exógena. Apesar de ser a segunda causa de óbitos por suicídio no país, a intoxicação exógena é o principal meio utilizado nas tentativas de suicídio, aparecendo em 57,6% dos casos registrados. Nesses 11 anos, as mulheres representaram quase 70% (153.745) das tentativas de suicídio por intoxicação exógena. Essa forma de envenenamento resulta em 4,7% de óbitos em homens e 1,7% nas mulheres. (BRASIL, 2017b).

No panorama por regiões brasileiras, a Região Sudeste concentra 49% das notificações de tentativa de suicídio por intoxicação, a Sul 25% das notificações, a Nordeste, 17%, a Centro-Oeste, 16% e a Norte, 2,1%, enquanto Sergipe, Ceará e Goiás são os estados com maiores taxas de suicídio por intoxicação exógena. Em consonância com esse panorama, os números de violência autoprovoçada no Brasil no período de 2011 a 2018 foram de 339.730 casos notificados, dos quais 154.279 (45,4%) ocorreram na faixa etária de 15 a 29 anos, sendo 227.929 (67,09%) nas mulheres e 111.776 (32,90%) nos homens. (BRASIL, 2019).

No Distrito Federal (DF), o relatório epidemiológico sobre mortalidade geral, publicado em 2017, aponta que foram registrados 168 óbitos por suicídio, sendo 75% de homens e 25% de mulheres. Na faixa etária de 30 a 59 anos, foram registrados 96 casos, perfazendo um total de 57% de óbitos registrados. (DISTRITO FEDERAL, 2018).

Em dezembro de 2018, a mesma série de publicação traz a distribuição segundo Região de Saúde de residência, sendo a primeira em maior número de incidência a Sudoeste, com 1083 (22,7%), seguida pela região Oeste, com 798 (16,7%); outras UF/branco, com 705 (14,8%); Leste, com 575 (12,1%); Sul, com 561 (11,8%); Centro-sul, com 480 (10,1%); Norte, com 336 (7,0%) e a região Central com 228 (4,8%). Destaca-se que em 303 das 790 notificações houve registro de recorrência, evidenciando uma necessária investigação para identificação de pontos chave no engajamento dos componentes da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS. (DISTRITO FEDERAL, 2018).

A partir da análise da distribuição do número de casos de violência autoprovocada, os equipamentos de saúde da Região de Saúde Sudoeste despontam como cenário provocador para o desenvolvimento de investigação acerca da temática, visto que desponta como a região de saúde com maior incidência de casos no DF.

2.3. REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A construção do SUS se norteia pelos seguintes princípios: (I) universalidade, que é a garantia de atenção à saúde por parte do sistema a todo e qualquer cidadão; (II) equidade, que busca garantir ações e serviços de todos os níveis, de acordo com a complexidade de cada caso; e (III) integralidade, que se trata da integração de atos preventivos, curativos, individuais e coletivos. Ou seja, as ações de saúde devem ser articuladas e voltadas ao mesmo tempo para a prevenção e a cura da doença, sendo que o indivíduo deve ser atendido integralmente, e não de forma fragmentada. (FONTOURA; MAYER, 2006).

O surgimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS) fez-se em resposta à fragmentação das ações e serviços de saúde, nas Diretrizes para Organização da Rede de atenção à Saúde do SUS. A estruturação da RAS é uma estratégia para

superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que ele necessita, com efetividade e eficiência. (BRASIL, 2010).

No intuito de assegurar a integralidade do cuidado nos diferentes níveis de atenção à saúde, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) foram implementadas por meio da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que organiza as ações e serviços de saúde de diversas densidades tecnológicas, integradas por intermédio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão. (BRASIL, 2010).

Um dos desdobramentos da organização do sistema de saúde em rede é a construção de vínculos solidários e de cooperação dos diversos serviços, para proporcionar aos usuários uma atenção efetivamente integral. Nesse sentido, foram instituídas também algumas redes temáticas, a exemplo da Rede Cegonha; Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE); Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas; Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência; e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). (BRASIL, 2010).

Para Carvalho et al. (2012), a organização da atenção e da gestão do SUS expressa o cenário apresentado e se caracteriza por intensa fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas, demonstrada por:

- (1) lacunas assistenciais importantes;
- (2) financiamento público insuficiente, fragmentado e baixa eficiência no emprego dos recursos, com redução da capacidade do sistema de prover integralidade da atenção à saúde;
- (3) configuração inadequada de modelos de atenção, marcada pela incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, não conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas;
- (4) fragilidade na gestão do trabalho, com o grave problema de precarização e carência de profissionais, em número e alinhamento com a política pública;
- (5) pulverização dos serviços nos municípios; e
- (6) pouca inserção da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços de atenção, especialmente na Atenção Primária em Saúde.

2.4. REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A RAPS foi instituída no Sistema Único de Saúde pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, amparada pela Lei nº 10.216, promulgada em 6 de abril de 2001, que instituiu a Política Nacional de Saúde Mental e versa sobre a garantia de direitos e preceitos humanitários às pessoas com transtorno mental. (BRASIL, 2011). Outro amparo legal também se encontra na Portaria nº 336/GM, do Gabinete do Ministro, do Ministério da Saúde, de 19 de fevereiro de 2002, para regulamentação dos serviços substitutivos e integração ao SUS. (ANDRADE; ZEFERINO; FIALHO, 2016).

O modelo de atenção à saúde mental, antes centrado em internações em hospitais psiquiátricos, foi redirecionado para serviços comunitários de saúde mental, de forma a promover a garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais. (BORBA et al., 2012)

A inclusão gradual dos princípios da desinstitucionalização em saúde mental é materializada, no contexto brasileiro, pela legislação e criação de serviços substitutivos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Hospitais-Dia; Pensões Protegidas; Residências Terapêuticas; e leitos psiquiátricos em hospitais gerais, entre outros. (OLIVEIRA et al., 2014).

A implantação da RAPS advém da composição dos pontos de atenção às pessoas com transtornos mentais, às pessoas com uso problemático relacionado ao álcool e outras drogas e às pessoas em contexto de vulnerabilidade social, no intuito de facilitar o acesso aos serviços de atenção em saúde mental e promover o direito da convivência em sociedade.

A RAPS, na perspectiva de linha de cuidado, inclui equipamentos variados e não somente especializados na área, tais como: atenção básica em saúde; serviços de atenção de urgência e emergência (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, sala de estabilização, Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24h, urgência/pronto-socorro); atenção residencial de caráter transitório (unidade de acolhimento e serviço de atenção em regime residencial); atenção hospitalar; estratégias de desinstitucionalização (Programa de Volta para Casa - PVC); e reabilitação psicossocial. (BRASIL, 2010).

A figura 2, a seguir, apresenta um desenho representativo dos equipamentos de saúde que compõem a RAPS.

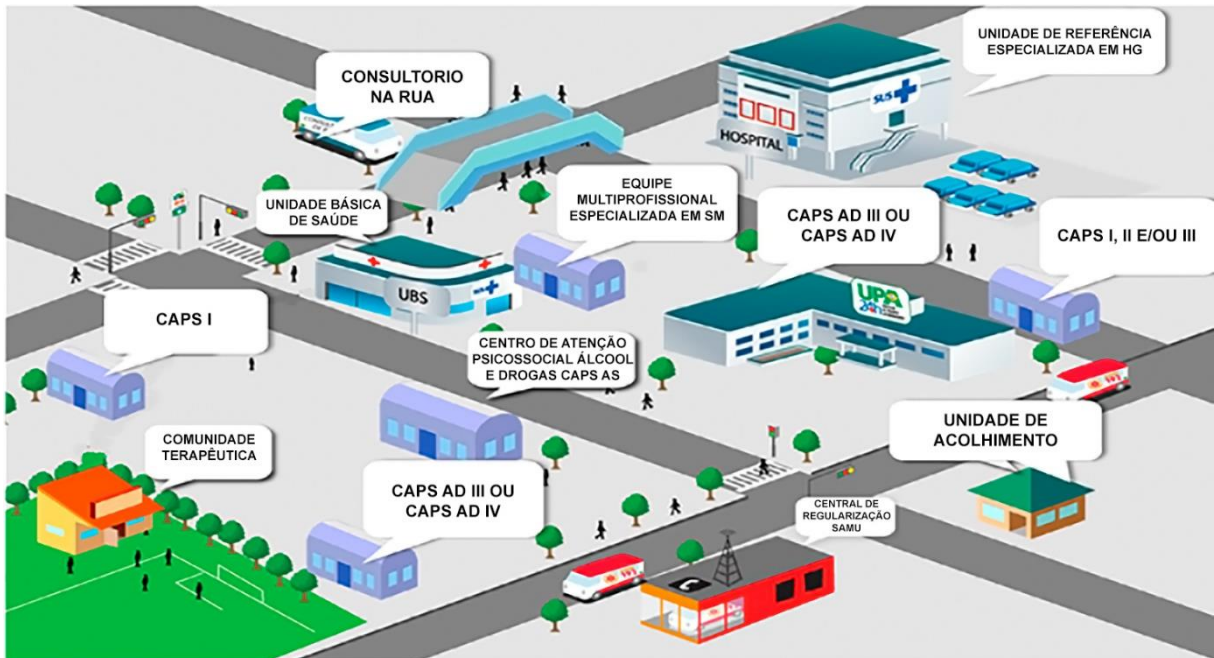


Figura 2 - Equipamentos de saúde que integram a Rede de Atenção Psicossocial
Fonte: elaboração da autora

Dessa forma, pode-se dizer que as redes são inerentes à maneira de produção do cuidado, independentemente do nível em que esta ocorra. A implantação e o funcionamento de uma rede articulada de serviços que atenda às necessidades da pessoa em sofrimento psíquico, principalmente em situações de crise, dependem da capacidade dos profissionais e dos serviços dessa rede em aprimorar a qualidade técnica, a equidade e a continuidade da atenção em relação às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. (ANDRADE; ZEFERINO; FIALHO, 2016).

Para a análise da RAPS do DF, é necessário ter conhecimento da divisão das regiões administrativas, no total de 33, organizadas em sete regiões de saúde: Norte, Sul, Leste, Oeste, Centro-Sul, Centro-Norte e Sudoeste. Essas regiões de saúde constituem a base territorial para o planejamento e a programação das ações de saúde a serem realizadas pela atenção primária, média e de alta complexidade. (DF, 2016).

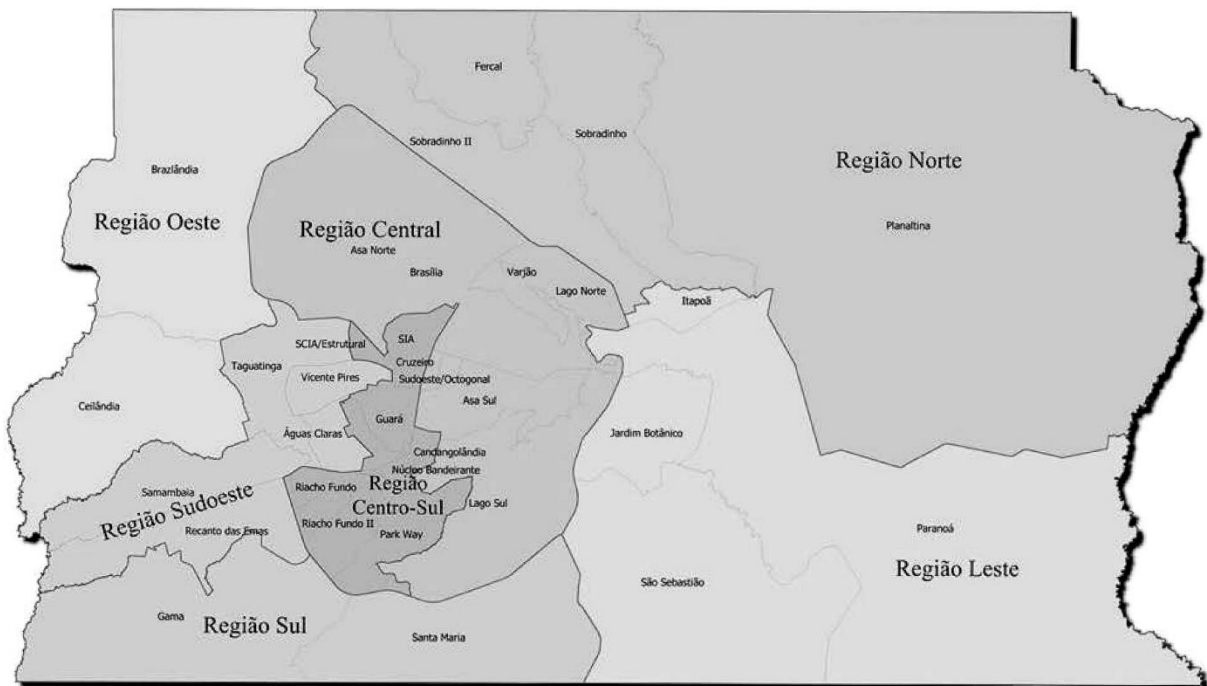


Figura 3 - Regiões de saúde da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), 2019
 Fonte: Plano Diretor de Regionalização da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2016-2019.

As regiões de saúde são determinadas de acordo com a territorialização do DF, conforme Decreto nº 38.982, de 10 de abril de 2018. São definidas por um espaço geográfico constituído por um conjunto de regiões administrativas (RAs) limítrofes, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

Essa estruturação tem o papel de descentralizar a gestão de saúde, com a proposta de facilitar a agilidade na resolução de problemas com autonomia administrativo-financeira. O planejamento das ações ocorre por meio da identificação e das necessidades locais, perfil epidemiológico e indicadores de saúde. Em razão dessa conformação, as características sociodemográficas das RAs não estão associadas, como se pode identificar na Tabela 1, que apresenta o quantitativo de população por RA e por região de saúde.

Como demonstrado, a RSSO é a região que conta com maior população, em um total de 763.247 habitantes, sendo tal informação relevante para fins deste estudo e discussões posteriores, que serão apresentadas nos resultados.

Tabela 1 - Demonstrativo da população do DF com as regiões de saúde e RAs

	Região Administrativa (RAs)	População 2014
CENTRO-SUL	RA1 - Brasília (Asa Sul)	96.963
	RA16 - Lago Sul	33.738
	RA8 - Núcle. Bandeirante	27.394
	RA17 - R. Fundo I	39.773
	RA 21- R. Fundo II	39.536
	RA 24 - Park Way	21.621
	RA19 - Candangolândia	17.695
	RA 29 - S.I.A.	2.702
	RA 25 - SCIA (Estrut.)	32.995
	RA10 - Guará	119.927
	Total da Região Centro-Sul	432.344
CENTRO-NORTE	RA1 - Brasília (Asa Norte)	136.586
	RA18 - Lago Norte	36.521
	RA11 - Cruzeiro	39.150
	RA 23 - Varjão	10.223
	RA 22 - Sudoeste/Octogonal	55.828
	Total da Região Centro-Norte	278.307
OESTE	RA9 - Ceilândia	445.058
	RA4 - Brazlândia	63.531
	Total da Região Oeste	508.589
SUDOESTE	RA 3 - Taguatinga	227.379
	RA 20 – Águas Claras	113.282
	RA 30 – Vicente Pires	65.314
	RA 12 - Samambaia	219.794
	RA 15 - Recanto das Emas	137.479
	Total da Região Sudoeste	763.247
NORTE	RA 5 – Sobradinho I	85.613
	RA 26 - Sobradinho II	80.627
	RA 31 - Fercal	9.827
	RA 6 - Planaltina	188.990
	Total da Região Norte	365.057
LESTE	RA 7 – Paranoá	60.708
	RA 27 – Jardim Botânico	22.119
	RA 28 - Itapoã	49.447
	RA 14 – São Sebastião	93.318
	Total da Região Leste	225.593
SUL	RA 2 – Gama	149.158
	RA 13 – Santa Maria	130.076
	Total da Região Sul	279.234
	Total Geral do DF	2.852.372

Fonte: DIVEP 2014 /SVS/SES DF Para estimar a população dos distritos aplicaram-se as proporções obtidas pela Divep, de acordo com o Censo de 2010 - IBGE.

Atualmente, no DF, a RAPS é composta por 19 CAPS nas seguintes modalidades: dois CAPS I, cinco CAPS II, um CAPS III, quatro CAPSi, sete CAPSad, sendo que, destes, um é CAPS adi e dois são CAPS ad III. Os CAPS, em suas diversas modalidades, estão distribuídos em 12 Regiões Administrativas, a saber: Riacho Fundo, Brazlândia, Recanto das Emas, Taguatinga, Samambaia, Santa Maria, Guará, Ceilândia, Paranoá, Itapoã, Sobradinho e Brasília. A RAPS conta também com

o Adolescento e o Centro de Orientação Médico Psicopedagógica (COMPP), destinados ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos psíquicos leves ou graves. (DF, 2019).

A estruturação da RAPS possui uma variedade de atores e equipamentos que carecem de canais abertos e interligados para atender às propostas de um novo modelo de atenção, com vistas à reabilitação psicossocial.

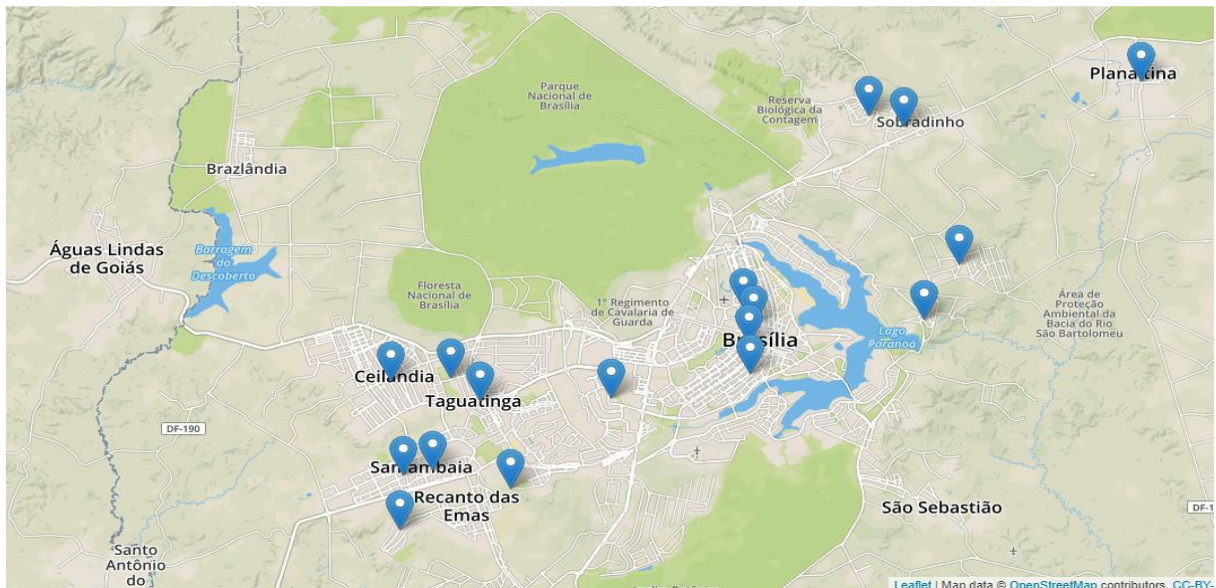


Figura 4 - Distribuição dos CAPS no território do Distrito Federal, 2018

Fonte: Observatório de Políticas de Atenção à Saúde Mental no Distrito Federal (Obsam), 2018.

A internação em situação de crise e emergência psiquiátrica é realizada prioritariamente na unidade especializada do Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), localizada na região administrativa de Taguatinga. A referência para comorbidades clínicas é a Unidade de Psiquiatria do Instituto Hospital de Base (IHBDF). (LIMA; GUSSI; FUREGATO, 2018). A referência hospitalar para internação da população infanto-juvenil é o Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) ou o IHBDF. Os usuários com complicações pelo uso de álcool e outras drogas, agravamentos clínicos ou que precisam de desintoxicação moderada ou grave são encaminhados para as emergências e leitos de referência dos hospitais gerais da região de saúde correspondente. Desintoxicações leves e moderadas também podem ocorrer nos CAPSad III. Algumas intervenções também podem ser praticadas pelas equipes dos consultórios na rua para os usuários de álcool e outras drogas em situação de rua. (DF, 2017).

O DF conta também com o Programa de Volta pra Casa, que atende a usuários com transtornos graves, para possibilitar a continuidade do seu tratamento sem que haja necessidade da internação. Além desses programas, o Instituto de Saúde Mental (ISM) desenvolveu o Grupo de Acompanhamento Pós-Internação, com o intuito de assessorar o usuário e familiares no período pós-alta, promovendo a prevenção de crises e internações recorrentes. (DF, 2017).

Apesar de o Serviço de Residências Terapêuticas (SRT) estar previsto como componente da RAPS, ainda não há nenhuma unidade dele no DF. O intuito desse serviço é abrigar o usuário de saúde mental para dar oportunidade à retomada da independência e ao retorno às atividades sociais e laborais. (DF, 2017).

Para propiciar um espaço de convivência, o DF conta com cinco comunidades terapêuticas que, diferentemente das residências terapêuticas, cria um ambiente isolado da comunidade, fomentando práticas de reabilitação por meio de trabalho, disciplina e religiosidade. O apoio ao fortalecimento dessas comunidades vai ao sentido contrário da proposta de desinstitucionalização, visto que não promove a inserção do usuário no contexto familiar e comunitário. (LIMA; GUSSI; FUREGATO, 2018). De forma mais concreta, essa nova tendência, as novas políticas de saúde mental, em que são priorizadas as alocações de recursos para leitos hospitalares especializados, especialistas e comunidades terapêuticas, em detrimento da rede substitutiva, contrariam as diretrizes da reforma psiquiátrica instituída em 2001, por meio da Lei nº 10.206.

No que tange ao objeto deste estudo, foram estabelecidas normas e fluxos assistenciais para as urgências e emergências no DF, nos termos da Portaria nº 536, de 8 de junho de 2018, da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Essa publicação pretendeu o fortalecimento da comunicação entre a RAPS e a Rede de Urgência e Emergência (RUE), ao definir os pontos de acesso e os caminhos terapêuticos para usuários com demandas em saúde mental. (DF, 2018).

Nesse contexto, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) atua nas linhas de cuidado em saúde mental, promovendo intervenção imediata e mobilidade nos atendimentos pré e pós-hospitalar. Em virtude do número significativo e crescente de atendimentos a pessoas em sofrimento mental, foi criado, em 2016, o Núcleo de Saúde Mental (NUSAM) dentro da estrutura organizacional do SAMU no DF, promovendo maior agilidade nos atendimentos e integração da rede. Trata-se de um serviço considerado pioneiro no Brasil, com equipe multidisciplinar que atua tanto

presencialmente, quanto por telefone, composta por psiquiatra, psicólogo, assistente social, enfermeiro e condutor socorrista. Os atendimentos visam à resolutividade de demandas relacionadas a transtornos mentais, como depressão, surto psicótico, casos de ideação e tentativa de suicídio. (OLIVEIRA et al., 2014).

Os fluxos de referência e contrarreferência devem estar configurados em rede, envolvendo os serviços de saúde, assistência social, educação, conselhos tutelares, conselhos de direitos, de proteção, de justiça, além de organizações governamentais, não governamentais e setor privado. Desse modo, a notificação tem papel fundamental, representando um instrumento chave para a organização da gestão e dos serviços de atendimento e proteção integral, destinada às pessoas em situação de violência. (GARBIN et al., 2015).

Na lógica da estruturação em rede, os serviços de atenção à saúde devem estar articulados e evitar a fragmentação do atendimento ao paciente. Daí desponta a relevância dos serviços de urgência e emergência como porta de entrada para os pacientes na RAPS. Para tanto, este trabalho propõe responder à seguinte pergunta de pesquisa: de que maneira a atuação dos profissionais de uma unidade de urgência e emergência no atendimento à violência autoprovocada estão em consonância com as diretrizes de saúde mental?

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Analisar o perfil epidemiológico e a atuação dos profissionais nos casos de violência autoprovoçada no contexto da Rede de Atenção Psicossocial do DF.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil epidemiológico dos casos atendidos por violência autoprovoçada no Distrito Federal nos anos de 2016 a 2019.
- Investigar o desenvolvimento das atividades profissionais em uma unidade de urgência e emergência no contexto de rede no atendimento a violência autoprovoçada.
- Relacionar as ações descritas no atendimento dos profissionais nas situações de violência autoprovoçada, cotejadas com o panorama epidemiológico e com as diretrizes de políticas de saúde mental, com vistas à elaboração do modelo lógico.

4. MÉTODO

4.1. TIPO DE ESTUDO

O estudo tem caráter descritivo e exploratório, utilizando o método quanti - qualitativo. Para Creswell (2010) as pesquisas exploratórias visam proporcionar familiaridade com o problema, tendo como objetivo principal o aprimoramento de ideias. Seu planejamento é bastante flexível, possibilitando a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado. (GIL, 2009). Nesse tipo de pesquisa, o pesquisador emprega diferentes pressupostos, baseando-se em perspectivas construtivistas e/ou participativas, explicando o comportamento e as atitudes com construções e hipóteses. (CRESWELL, 2010).

As pesquisas descritivas possibilitam uma visualização das características, fatores e variáveis do objeto de estudo, assim como as relações desempenhadas em um contexto. (CRESWELL, 2010).

Para o desenvolvimento da pesquisa *quali-quant* pode ser aplicado mais de um instrumento de coleta, análise e interpretação dos dados, cabendo ao pesquisador a responsabilidade na escolha da técnica mais apropriada para coleta dos dados, de acordo com o que se quer estudar. (GIL, 2009).

A abordagem quantitativa utilizou dados secundários extraídos do componente VIVA-Sinan, provenientes das fichas de notificação individual de violência interpessoal/autoprovocada. O uso da medida epidemiológica sobre o evento possibilita o conhecimento do número de ocorrências no intervalo de tempo estabelecido entre os anos de 2016 e 2019, correlacionando com as supostas causas.

O uso do método quantitativo possibilitou, por meio da mensuração estatística, uma aproximação estratégica e complementar às narrativas, com vista à descrição do perfil epidemiológico dos casos registrados de violência autoprovocada, em convergência com a atuação profissional no preenchimento da ficha de notificação do agravo. Tais dados fundamentam, pelas frequências, a caracterização essencial para alimentar o sistema de informação em saúde e, conseqüentemente, são o arcabouço para avaliação e monitoramento das políticas públicas de saúde.

A abordagem qualitativa possibilita captar a subjetividade dos sujeitos e proporcionar uma investigação mais extensa da percepção dos profissionais de uma unidade de urgência e emergência a respeito do atendimento de violência autoprovocada, assim como das ações em rede.

O Modelo Lógico (ML) é uma ferramenta metodológica que envolve a descrição visual das ideias, hipóteses, viabilidades e perspectivas da estruturação de um programa. A finalidade é a representação dos vínculos de forma adequada. (FERREIRA; CASSIOLATO; GONZALEZ, 2015).

Para o estudo de uma situação problema, o ML proporciona uma oportunidade para o diálogo entre a teoria e o modo que está sendo implementado. Trata-se de uma ferramenta usada para sistematizar e comunicar as relações existentes entre recursos disponíveis, atividades desempenhadas e resultados esperados de um projeto ou programa. (BUENO; CORDONI JÚNIOR; MESAS, 2011).

A configuração no formato de ML aperfeiçoa recursos, tempo, exploração de indicadores e fatores a serem monitorados e avaliados. Nessa perspectiva, o detalhamento teórico de um programa ou política pode conduzir, com maior clareza, ao aumento da capacidade de estimar o impacto das políticas públicas, com o fortalecimento da prática e a utilização dos resultados observados. (FERREIRA; CASSIOLATO; GONZALEZ, 2015).

Para a apresentação do modelo, pode-se utilizar diagrama, fluxograma ou outros formatos, desde que sejam expostos os vínculos causais entre o que o programa deve produzir e o resultado a ser alcançado. Além disso, pode ser aplicado a qualquer programa durante o planejamento, a implementação, a gestão e a avaliação. (BUENO; CORDONI JÚNIOR; MESAS, 2011).

O ML pode também ser adaptado para uso no sentido contrário, ou seja, em um programa já em curso, com o objetivo de sistematizar o fundamento explicativo desse programa. Quando realizado posteriormente à implantação do programa, ele determina a situação original que justificou a intervenção, o problema a ser resolvido, os objetivos gerais e específicos, o contexto em que o programa está inserido e o público-alvo. Dessa forma, com a construção do modelo lógico, esses elementos são didaticamente sistematizados em um diagrama. (BALBIM, 2013).

Ao se definir o problema a ser enfrentado, torna-se mais clara a identificação dos objetivos que apontam para a mudança da situação do problema. Consequentemente, a população-alvo fica evidente, assim como as ações que irão

compor o programa. Tais ações produzem produtos a serem ofertados aos beneficiários do programa, enquanto o resultado esperado destaca as mudanças nas causas do problema, levando diretamente ao objetivo do programa e culminando com os impactos que refletem na mudança do problema. (FERREIRA; CASSIOLATO; GONZALEZ, 2015).

A construção do modelo lógico é dividida em cinco fases: coleta das informações, definição do problema e seu contexto, identificação dos componentes do modelo lógico, desenho do modelo lógico e validação. Não será possível contemplar nesse estudo a penúltima e a última fases, pois seria necessária a execução, em tempo hábil, das ações de teste de consistência do modelo lógico; teste de vulnerabilidade; análise da pertinência e da suficiência das operações; e verificação final. (CASSIOLATO; GUERESI, 2010). Além das ações elencadas, a validação deve ser realizada pelo pesquisador e posteriormente por um comitê, o que não é possível dentro do prazo para conclusão, de acordo com o regimento do programa de mestrado profissional em Saúde Coletiva.

Para facilitar a visualização, foi elaborado um fluxograma com uma visão geral das fases desenvolvidas, conforme demonstrado na figura 5, a seguir.

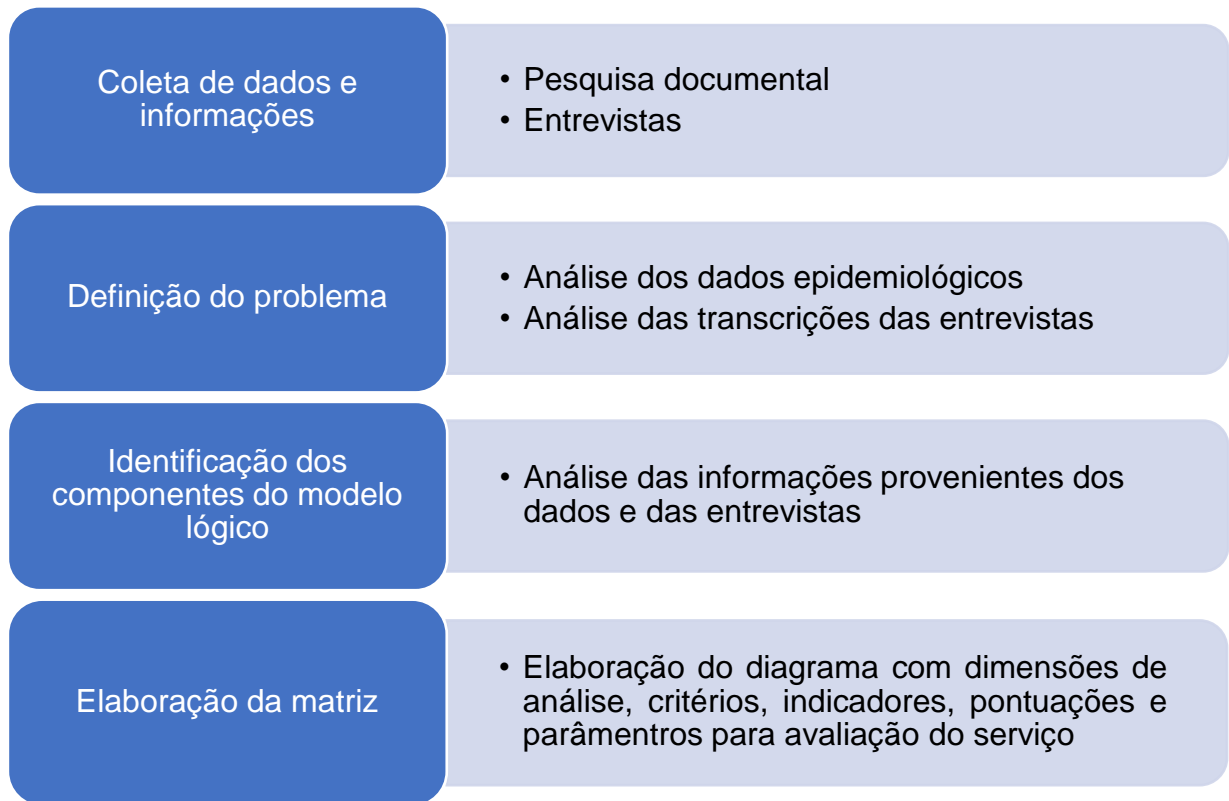


Figura 5 - Fluxograma da abordagem do Modelo Lógico

Fonte: elaboração da autora

4.2. CENÁRIO DE ESTUDO

O cenário deste estudo envolveu o DF com suas RAs e respectivas regiões de saúde, com destaque para a Região de Saúde Sudoeste e RA 12, que corresponde a Samambaia. A seleção para o cenário para aplicação das entrevistas incluiu um serviço de porta fixa de urgência e emergência da Região de Saúde Sudoeste, o Pronto-socorro do Hospital Regional de Samambaia (PS/HRSam).

Foram excluídos o pronto-socorro do Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), por se tratar de uma unidade de referência especializada em atendimento psiquiátrico, e os serviços de atendimento móveis de urgência e emergência (SAMU) e o Corpo de Bombeiros Militar do DF, por se tratar de serviços móveis com perfil de atendimento a crises, diferentemente do que se propõe o estudo, o que pode enviesar a análise e discussões dos resultados.

Apesar de integrarem a rede como serviços de portas fixas de urgência e emergência da Região de Saúde Sudoeste do DF, as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) de Samambaia e do Recanto das Emas não foram cenário deste estudo, pois, devido ao novo modelo de gestão terceirizado ao Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (IGESDF), criado pela Lei 6.270, de 2019, seria necessária a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição. Foi excluído ainda o pronto-socorro do Hospital Regional de Taguatinga, devido ao contexto da pandemia por Covid-19 e à suspensão das atividades de pesquisa presenciais, o que atrasaria o percurso da pesquisa e não atenderia ao prazo determinado para defesa do título de mestre.

A região de saúde do estudo é a mais populosa do DF, com 763.247 habitantes (DISTRITO FEDERAL, 2019), sendo composta pelas cidades de Taguatinga, Vicente Pires, Águas Claras, Recanto das Emas e Samambaia, conforme ilustra o mapa 3, abaixo.

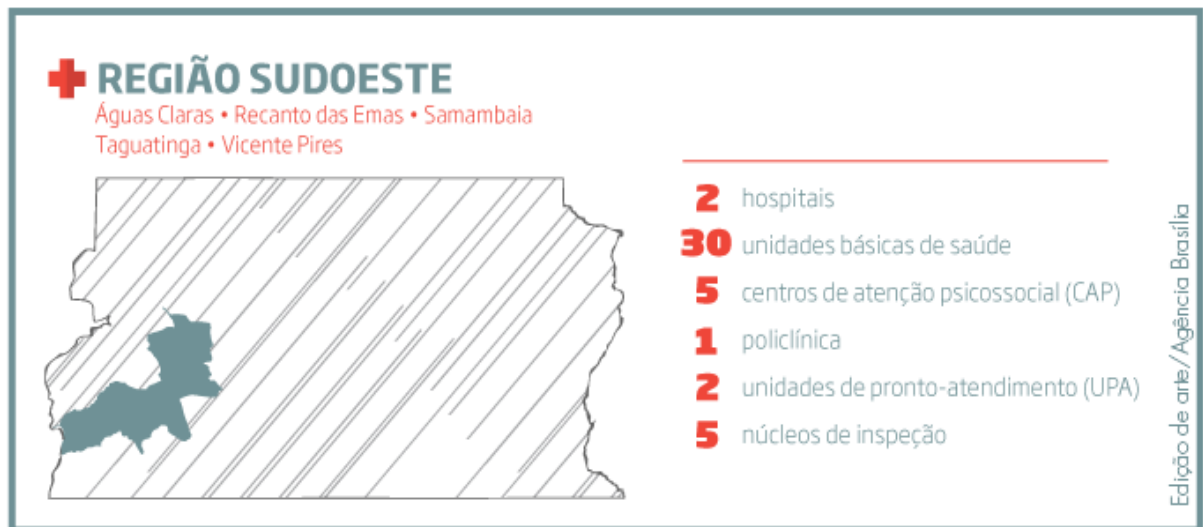


Figura 6 - Cidades que compõem a região de saúde Sudoeste da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), 2016

Fonte: Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2016.

O HRSam, cenário elegido, foi incorporado à rede hospitalar da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) em 24 de janeiro de 2003 e está localizado na Região Administrativa de Samambaia (RA 12). Configura-se como um hospital geral de médio porte, com 141 leitos, destinado à prestação de atendimento e internação nas especialidades de cirurgia geral, ginecologia, centro obstétrico, maternidade,

clínica médica, terapia intensiva adulto e pronto-socorro. São realizados atendimentos de urgência e emergência apenas nas especialidades de clínica médica e ginecologia/obstetrícia.

4.3. AMOSTRA DO ESTUDO

A escolha da amostra fundamenta-se nos conceitos de Gil (2009) sobre os tipos de amostragem. O autor descreve dois tipos: amostragem probabilística e não-probabilística. Em ambas é precedido o conhecimento do universo ou população e da amostra. O primeiro refere-se ao conjunto de elementos com determinadas características, como referência ao total de sujeitos de determinado lugar; já o segundo é atribuído ao subconjunto do universo ou da população com características relevantes para o estudo. O pesquisador seleciona os meios a que tem acesso e define os procedimentos que possam atender de maneira mais adequada aos objetivos da pesquisa, incluindo custos e o tempo que será despendido.

Com as considerações pertinentes que o contexto pandêmico requer e os critérios necessários para a conclusão da pesquisa em tempo hábil, foi definido o uso da amostragem não-probabilística, por conveniência. Corroborando com a tipologia de estudo qualitativo e exploratório, esse tipo de amostragem é cabível por admitir que de alguma forma uma parcela conveniente represente o universo.

O universo do estudo compreende a equipe do pronto socorro do HRSam, composta por 70 técnicos e auxiliares de enfermagem, 28 médicos, 26 enfermeiros, quatro supervisores de emergência, três técnicos administrativos e uma fisioterapeuta. As escalas de trabalho atendem à cobertura do serviço ininterruptamente, 24 horas, sete dias da semana, e o dimensionamento de profissionais é pactuado conforme manual de parâmetros mínimos da força de trabalho para dimensionamento da rede da SES/DF.

Para seleção dos profissionais participantes deste estudo, foram utilizados os seguintes critérios:

- Critérios de inclusão: todas as categorias profissionais que desempenham suas atividades laborais no cenário de estudo elencado, na assistência direta ou indireta ao paciente; e

- Critérios de exclusão: atuar há menos de um ano na unidade; não ser lotado efetivamente na unidade, como nas situações de remanejamento interno e quando o servidor estiver trabalhando em regime de hora extra, denominado na SES/DF de trabalho por tempo definido (TPD).

Nessa circunstância, foram realizadas dez entrevistas com dois médicos clínicos, dois enfermeiros, dois técnicos de enfermagem; dois profissionais da chefia de equipe, uma fisioterapeuta e uma gestora. Não foi possível realizar entrevista com profissional de psicologia, pois todos os atuantes no momento haviam sido contratados pela SES/DF no contexto da pandemia e, portanto, perfaziam um critério de exclusão do estudo, que é trabalhar na unidade há menos de um ano. O pronto-socorro do HRSam conta apenas com um profissional de fisioterapia no quadro laboral, por isso somente um profissional da categoria participou. Outro grupo não abordado foi o de serviço social, pois a unidade não conta com nenhum profissional em seu quadro de funcionários.

Assim, os participantes deste estudo foram profissionais de diversas categorias, atuantes no pronto-socorro do HRSam e que aceitaram participar da pesquisa mediante aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz para fins de pesquisa.

Para melhor compreensão da amostra cabe instruir que os profissionais da chefia de equipe citados anteriormente são responsáveis por coordenar o processo de trabalho da supervisão de emergência e das unidades dos Serviços Hospitalares de Emergência, conforme Portaria nº 408, de 3 de agosto de 2017, da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, revogada em 10 de agosto de 2020 nos termos da Portaria nº 600/SES-DF, que remete às Diretorias Hospitalares a responsabilidade pela organização das escalas de trabalho para o atendimento ininterrupto dos serviços hospitalares de emergência. Dentre as atribuições comuns, estão o cumprimento dos fluxos de referência e contrarreferência estabelecidos para a Rede de Atenção às Urgências e Emergências da SES/DF e suas linhas de cuidados prioritárias; e propiciar o conhecimento da equipe a respeito dos protocolos clínico-assistenciais e os protocolos de referência e contrarreferência estabelecidos pela SES/DF, intentando pelo seu cumprimento. Logo, tais profissionais estão envolvidos na assistência indireta aos usuários dos serviços de urgência e emergência, com uma participação importante no processo de promover a maior eficiência possível da assistência.

4.4. PROCEDIMENTOS DE PRODUÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

A seguir, são apresentados os procedimentos utilizados neste estudo para a produção e a subsequente análise dos dados requeridos, de forma a se obter uma leitura mais próxima possível da realidade do universo pesquisado.

Alinhadas à classificação e consecução do estudo, a análise de dados secundários e a entrevista foram as técnicas utilizadas nesta pesquisa para coleta de dados.

4.4.1 Procedimentos para coleta dos dados quantitativos

Para a coleta dos dados quantitativos foi extraído do componente VIVA-Sinan a partir das fichas de notificação individual de violência interpessoal/ autoprovocada no período de 2016 a 2019 do DF.

No mês de agosto de 2020 foi realizada a solicitação do banco de dados do Sinan na plataforma do Sistema Eletrônico do Serviço de Informações ao Cidadão (e-SIC), utilizado pelo Governo Federal, o qual possibilita que qualquer pessoa, física ou jurídica, solicite acesso à informação de órgãos e entidades do Poder Executivo Federal, oportunizando o exercício do direito de acesso à informação pública. Este é um sistema *web* que centraliza todos os pedidos de informação ao amparo da Lei de Acesso à Informação nº 12.527, de 2011.

O requerimento apresentado eletronicamente, sob o número 3704563, versava sobre o envio dos dados de violência interpessoal/autoprovocada registrados no referido sistema de dados, nos meses de janeiro a dezembro do período 2016 a 2019, no Distrito Federal.

O período de 2016 a 2019 foi selecionado em face da implantação da Portaria SES/DF nº 536, de 8 de junho de 2018, que redefiniu fluxos para atendimento e encaminhamento de pacientes com transtornos mentais nos serviços de Urgências e

Emergências. (SES-DF, 2018). Com essa normativa, as unidades móveis de atendimento devem relatar as crises em saúde mental somente para as unidades de urgência e emergência, oferecendo mais clareza na definição dos pontos de acesso e nos caminhos terapêuticos para os usuários.

Assim, a proposta é avaliar a repercussão dessa norma nos dados epidemiológicos com o comparativo de dois anos anteriores (2016 e 2017) e um ano e meio após (2018 e 2019). Por esse motivo, os apontamentos levantados neste estudo configuram-se dados epidemiológicos que serão confrontados com o conteúdo das entrevistas com os profissionais, podendo sinalizar implicações promissoras para o fortalecimento desse tipo de política pública, bem como apontar fragilidades nas regras vigentes.

A compilação dos dados epidemiológicos forneceu subsídios para a descrição da problemática de saúde coletiva, não somente por permitir conhecer o perfil dos casos notificados, como também alguns indicadores sobre o fluxo no atendimento de rede à violência autoprovocada.

Foram selecionadas todas as notificações declaradas como lesão autoprovocada, incluindo aquelas notificadas como tentativa de suicídio. Isso contempla as lesões proferidas contra si mesmo, com e sem a intencionalidade de cessar a própria vida. Para a seleção das notificações, foi utilizado o campo marcado com o “sim” destinado ao registro de “lesão autoprovocada” na Ficha de Notificação Individual do Sinan, e a “própria pessoa”, em referência ao “autor da agressão”.

Para delimitar o estudo, foram abordadas as características dos casos notificados conforme características da vítima: faixa etária (crianças: zero a nove anos de idade; adolescentes: dez a 19 anos de idade; pessoas adultas: 20 a 59 anos de idade; e pessoas idosas: 60 e mais anos de idade), sexo, raça/cor da pele, escolaridade, identidade de gênero, orientação sexual e deficiência/transtorno; dados da violência (recorrência e meio de agressão); e fluxo de atendimento (região de saúde de residência, região de saúde de ocorrência, unidade notificadora e encaminhamento), segundo a estruturação da ficha de notificação, sempre que as informações fossem disponíveis, a fim de viabilizar análises comparativas entre si.

Para o cálculo da porcentagem de cada categoria das variáveis estudadas, empregou-se como denominador a quantidade total de notificações do ano, tendo como numerador a variável de cada categoria. Os dados foram tabulados utilizando-

se o programa Microsoft Excel versão 2101 e foram realizadas análises descritivas estatísticas, organizadas em tabelas e gráficos.

4.4.2 Procedimentos para coleta dos dados qualitativos

Nesta pesquisa foram procedidas entrevistas individuais para análise dos atendimentos a violências autoprovocadas no contexto da RAPS do DF, proporcionando a elaboração do Modelo Lógico, a partir das evidências levantadas, uma avaliação da política em vigor.

Para a coleta dos dados qualitativos, foram aplicados dois instrumentos: um questionário com perguntas fechadas para caracterização do perfil socioprofissional dos participantes (Apêndice D) e um roteiro de entrevista com questões abertas para caracterização do perfil das violências e a atuação dos profissionais em quatro eixos: (i) caracterização e perfil da violência autoprovocada, com quatro perguntas; (ii) atendimento e notificação, com seis perguntas; (iii) RAPS, com seis perguntas; e (iv) pandemia, com uma pergunta. No total, foram estruturadas 17 perguntas, buscando-se atender à questão de pesquisa e subsidiar preceitos para um debate construtivo. (Apêndice E).

Anteriormente à formulação final dos dois instrumentos citados – questionário e roteiro de entrevista – foram aplicados três pré-testes, com uma amostra aleatória de profissionais da unidade, para averiguar sua validade e clareza nas perguntas e para que as respostas tivessem condição de garantir os resultados esperados quanto à pergunta de pesquisa. Por isso, após cada pré-teste foram realizados ajustes e reformulações, até a conclusão definitiva.

A pesquisa com os participantes teve início após autorização prévia do Núcleo de Ensino e Pesquisa (NUEP) da região Sudoeste do Distrito Federal. Dessa maneira, em função do cenário pandêmico causado pelo vírus Sars-CoV-2 (coronavírus) e das recomendações de distanciamento social no ano de 2020, ocasião do desenvolvimento da coleta de dados, as entrevistas presenciais ficaram inviabilizadas e, assim, foi necessário ampliar as estratégias para coleta de dados qualitativos com adaptações e novos recursos.

O percurso para a coleta de dados foi feito com abordagem prévia dos profissionais, mediante aceite de participação, para que acessassem o *link* do aplicativo *Google Forms* visando ao aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz para fins de pesquisa e, que respondessem ao questionário ali disponibilizado. Posteriormente, foi elaborado um cronograma para agendamento das entrevistas, as quais foram realizadas nos meses de novembro e dezembro de 2020, remotamente, via plataforma digital acordada previamente, assim como a data e o horário.

Com o intuito de evitar risco de quebra de sigilo dos participantes, utilizou-se codificação com uso da sigla do campo investigado HRSam, seguida de um número cardinal crescente por ordem da realização das entrevistas.

O levantamento dos dados obtidos nas entrevistas demonstra o modo pelo qual as diretrizes em saúde mental se desenvolvem e são aplicadas na RAPS pelos atores que enfrentam o agravo diretamente.

As entrevistas foram transcritas na íntegra (identificando-se inclusive as pausas, silêncios, risos, tosses, dispersões e palavras não entendidas). Para analisar o conteúdo das entrevistas, foram procedidas a leitura flutuante do material, a organização dos relatos na ordem em que foram obtidos, classificação dos dados, análise temática de conteúdo a partir da multirreferencialidade teórica, envolvendo três etapas: ordenação, classificação e análise final, na qual os dados foram articulados com a resposta da questão de pesquisa com base nos objetivos propostos. (CRESWELL, 2010).

As narrativas dos participantes subsidiaram a construção da matriz do Modelo Lógico, ao identificar as práticas e vivências profissionais sobre a percepção e conhecimento dos processos que dão base às tomadas de decisão, desde o primeiro contato com o paciente até o seu encaminhamento a outro serviço e demais condutas adotadas, incluindo o conhecimento sobre as notificações e as diretrizes da RAPS no enfrentamento das violências autoprovocadas.

4.5. ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo é um recorte do projeto de pesquisa intitulado “Reorganização dos e nos processos de trabalho na Rede de Atenção Psicossocial mediada pela avaliação participativa”, sob coordenação da pesquisadora Dr^a Maria da Glória Lima. Essa pesquisa maior integra uma das atividades do Observatório de Políticas de Atenção à Saúde Mental do Distrito Federal (Obsam), criado em 2016 na estrutura do Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília. (NESP/UnB).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CEP/FS-UnB), sob parecer de número 2.200.022, em 3 de agosto de 2017, e pelo Comitê de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS/SES/DF), sob parecer de número 2.270.086, em 12 de setembro de 2017.

No que se refere aos aspectos éticos, foram assegurados aos participantes do estudo todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa, em conformidade com a Resolução MS/CNS n. 466/2012, do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), integrante do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, garantindo-se-lhes o sigilo das informações, mediante leitura e aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo A) e do Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz para fins de pesquisa (Anexo B).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo são apresentados em quatro blocos, como estratégia para sistematizar e promover a articulação das relações existentes entre objetivos e resultados de cada bloco.

O primeiro bloco traz os resultados quantitativos com a descrição do perfil epidemiológico dos casos notificados por violência autoprovocada no Distrito Federal nos anos de 2016 a 2019. O segundo contempla o perfil socioprofissional dos participantes das entrevistas e as respostas e discussões advindas das entrevistas para a investigação do desenvolvimento das atividades profissionais na unidade de urgência e emergência, no contexto de rede no atendimento a violência autoprovocada. O terceiro bloco versa sobre a análise das ações no atendimento a vítimas de violência autoprovocada sob o panorama epidemiológico e das diretrizes de atenção à saúde mental. O quarto e último promove a argumentação para o desfecho da investigação, relacionando o conteúdo das respostas às entrevistas com os dados epidemiológicos, ao amparo das diretrizes vigentes e com elaboração do desenho da matriz do ML.

5.1. DESCRIÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS NOTIFICADOS POR VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA NO DISTRITO FEDERAL NOS ANOS DE 2016 A 2019

Os dados aqui apresentados configuram apenas um retrato das violências autoprovocadas atendidas nos serviços de saúde do DF, estando sujeitos à subnotificação do agravo. O registro refere-se somente aos casos que necessitaram de ou solicitaram assistência aos serviços de saúde e nos quais os profissionais procederam à realização da notificação.

Neste estudo, a variável que apresentou os campos de respostas marcados com “sim” e “não” foram consideradas completas; mas, quando marcados com o código 9 (ignorado) e/ou campo em branco, foram consideradas incompletas. Assim, a completude diz respeito ao registro de todas as informações pertinentes à inclusão

dos casos no sistema, sendo um indicador que possibilita avaliar a qualidade das notificações de determinado agravo. (ABATH et al., 2014).

A completitude foi avaliada a partir da determinação do percentual de registros das variáveis selecionadas, sem preenchimento (em branco e ignorado) ou com valores não válidos para cada ano no período do estudo. A partir do percentual observado de preenchimento de cada variável analisada, foram definidas as seguintes categorias: excelente ($\geq 95\%$ de registros preenchidos), bom (90-95%), regular (70-90%), ruim (50-70%) e muito ruim ($< 50\%$). (ROMERO; CUNHA, 2007).

Entende-se por completitude dos registros o grau de preenchimento dos campos da ficha de notificação. Cada campo existente na ficha de notificação tem um objetivo específico, justamente para caracterização do agravo, análise e implantação de ações. Portanto, o completo preenchimento da ficha de notificação se faz necessário para conhecimento do perfil do agravo.

De tal modo, foram levantados os índices de completitude dos dados apresentados na tabela a seguir:

Tabela 2 - Completitude das variáveis nos anos de 2016 a 2019 no DF

Variável	2016	2017	2018	2019
UF de Notificação	100	100	100	100
Lesão autoprovocada	100	100	100	100
Relação com a pessoa atendida (própria pessoa)	100	100	100	100
Data de Nascimento	99,74	99,67	99,83	99,94
Sexo	100	100	100	100
Escolaridade	72,44	37,98	12,54	32,5
Raça/ Cor	67,09	48,55	39,74	43,45
Orientação Sexual	70,66	36,69	54,6	36,33
Identidade de gênero	74,23	35,73	34,72	29,65
Ocorreu outras vezes?	61,22	21,02	14,63	61,85
Data de Notificação	100	100	100	100
Data de encerramento	96,93	97,27	86,76	99,94
Possui algum tipo de deficiência/ transtorno	66,77	62,98	14,63	63,56
Distrito de ocorrência	97,95	78,04	84,61	78,07
Distrito de residência	94,38	91,82	94,85	98,63
Identidade da unidade notificadora	99,23	100	100	100
Meio de agressão				
Força corporal/ espancamento	63,77	94,23	92,65	9,6
Enforcamento	84,19	95,07	92,81	93,41
Objeto contundente	84,44	94,71	92,81	93,18
Objeto perfuro- cortante	84,19	94,87	93,24	94,25
Substância/objeto quente	84,44	94,71	92,55	93,21
Envenenamento	84,18	94,39	97,15	95,8
Arma de fogo	84,18	97,59	96,14	93,18
Outros	84,18	98,07	96,14	95,5
Ameaça	84,18	94,07	92,55	98,8
Encaminhamento				
Encaminhamento no setor saúde	0	0	0	0
Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores – Conselho tutelar (criança/ adolescente)	0	0	0	0
Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores – Vara da infância/juventude	0	0	0	0
Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores – Casa abrigo	0	0	0	0
Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores – Programa sentinela	0	0	0	0
Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores – Delegacia de atendimento à mulher/DEAM	0	0	0	0
Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores – Delegacia de proteção da criança e adolescente	0	0	0	0
Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores – Outras delegacias	0	0	0	0
Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores – Ministério Público	0	0	0	0
Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores – Centro de referência da mulher	0	0	0	0
Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores – Instituto Médico Legal (IML)	0	0	0	0
Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores - Centro de referência da assistência social/CREAS-CRAS	0	0	0	0
Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores - Outros	0	0	0	0

Fonte: elaboração da autora

Será discutida mais adiante a necessidade de se envolver os profissionais de saúde no processo, seja por meio de capacitação a respeito de como coletar esses dados, seja via conscientização sobre a importância da qualidade dos dados para se traçar estratégias de ação e prevenção.

A análise dos dados levantados indica que entre os anos de 2016 e 2019 foram registradas 5.854 notificações de violência autoprovocada, realizadas pelos serviços de saúde do Distrito Federal, contemplando as diversas regiões administrativas que o integram. A análise do período suscita um aumento expressivo das notificações entre os anos, das quais 391 foram em 2016, contrapondo com 2.977 em 2019. Esses dados evidenciam uma elevação de cerca de 7,5 vezes entre o primeiro ano analisado (2016) e o último (2019), conforme se verifica na figura 8, a seguir. Desses resultados, emergem questões sobre a necessidade da avaliação da ocorrência de aumento real das situações de violências autoprovocadas ou da melhora dos registros das notificações pelos profissionais de saúde, a partir de processos de informações e qualificações do sistema.

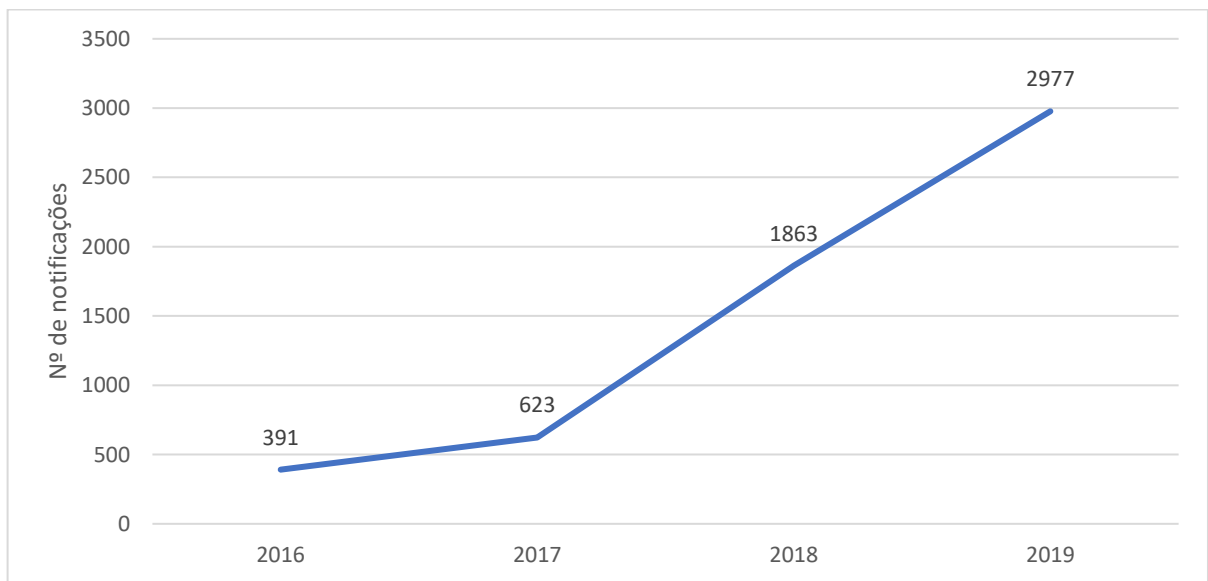


Figura 8 - Distribuição da incidência de violência autoprovocada no DF nos anos de 2016 a 2019
Fonte: elaboração da autora.

Corroborando os dados exibidos nos Boletins Epidemiológicos do Distrito Federal de 2019, a Região de Saúde Sudoeste desponta como a região com maior número de casos de violência autoprovocada quanto à residência, o que pode ser constatado no gráfico 2, abaixo.

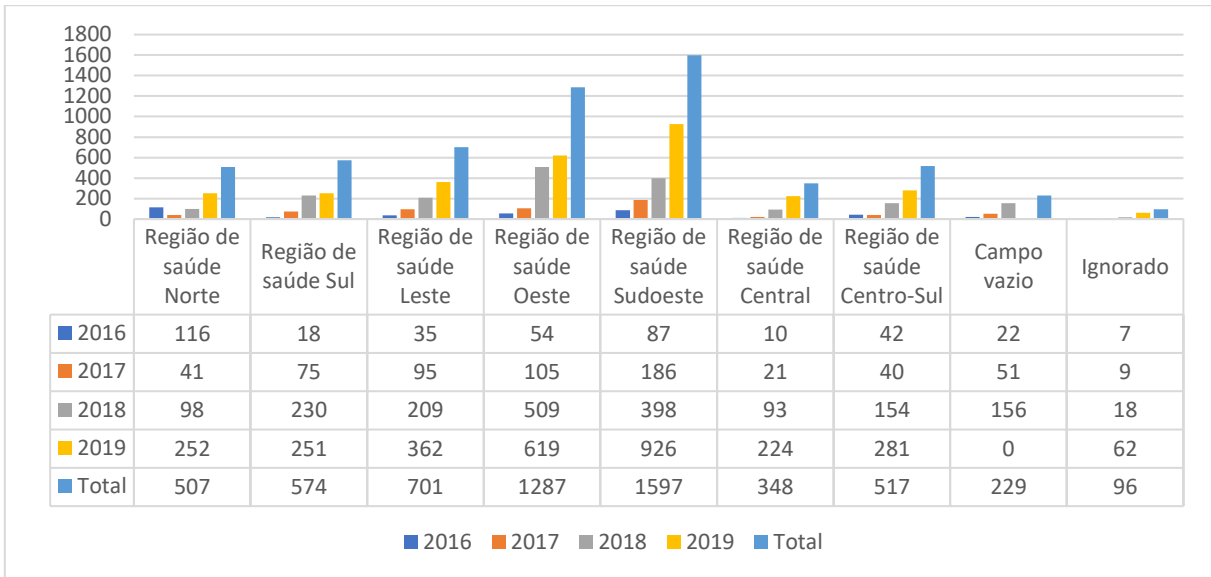


Figura 9 - Distribuição de casos notificados de violência autoprovocada por Região de Saúde de residência no período de 2016 a 2019

Fonte: elaboração da autora.

Observa-se que nos anos de 2017 a 2019 ocorreu maior número de campo vazio relacionado ao local de ocorrência da violência, mas a Região de Saúde Sudoeste continua tendo relevância, pois ocupa o segundo lugar.

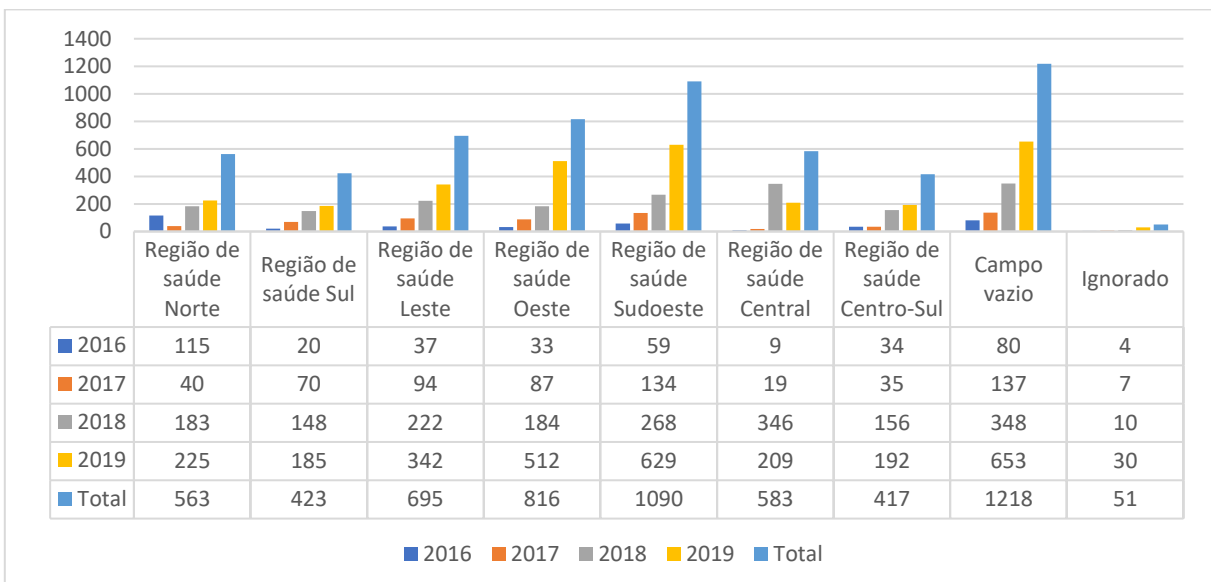


Figura 10 - Distribuição de casos notificados de violência autoprovocada por Região de Saúde de ocorrência no período de 2016 a 2019

Fonte: elaboração da autora.

A RSSO apresenta grande destaque epidemiológico para o estudo da violência autoprovocada em sua transversalidade, visto que dentre os casos levantados a maioria reside e promoveu o ato naquela região de saúde. As ocorrências abrangem toda a gama de locais possíveis, como a própria residência, escola, local de prática esportiva e via pública, entre outras dentro do território.

Por se tratar da região mais populosa, porém que não detém a maior extensão territorial, ela registra alta concentração populacional com renda *per capita* domiciliar média de R\$ 1.587,03, sendo a RA do Recanto das Emas a de menor valor (R\$ 803,92) e Vicente Pires a de maior valor (R\$ 2.757,51). Verifica-se que dentro da mesma região de saúde existem discrepâncias econômicas que consecutivamente desencadeiam processos de ordem social. (DISTRITO FEDERAL, 2019).

Conhecer a população que tem acesso aos serviços de saúde possibilita compreender a situação em que ela está inserida, suas demandas, e permite corrigir as distorções que o sistema pode estar impondo aos extratos mais carentes dessa população.

Pretende-se trazer à tona a Região de Saúde Sudoeste como campo fértil para promoção de ações de planejamento de políticas públicas em diversas áreas da saúde e, principalmente, em saúde mental. O alto índice de violência contra si mesmo pode ser pano de fundo para questões mais abrangentes, tanto do ponto de vista da saúde quanto do socioeconômico. Não se pretende esgotar ou adentrar em tais questões neste trabalho, pois isso tiraria o foco do objetivo global do estudo. Entretanto, seria interessante despertar o olhar de outros pesquisadores sobre a RSSO e suas peculiaridades, do mesmo modo que esta autora se sentiu quanto à violência autoprovocada. Sempre será válido trazer para o cenário científico situações de ordem prática que retratam a realidade de parte da população e buscar traçar respostas para amenizar a problemática.

Em relação à descrição da vítima de violência, conforme se verifica na Tabela 2, à frente, constatou-se o preenchimento de melhor qualidade das variáveis “sexo” e “idade”, tendo sido demonstrado grau de completitude excelente, com índices maiores que 95% de preenchimento válido dos dados. Tal achado pode ter explicação pelo fato de a variável “sexo” ser de preenchimento obrigatório para inclusão do caso no Sinan, como também por ser mais simples e exigir menor subjetividade, uma vez que deve coincidir com identificação cadastral oficial.

Os dados sobre gênero corroboram um perfil descrito em algumas literaturas, que indicam a maior ocorrência no sexo feminino, tanto de lesão autoprovocada quanto de tentativa de suicídio. (BOTEGA, 2014). Conforme Bahia et al. (2017), as mulheres estão em posição de maior risco ao comportamento suicida, considerando a tendência de maior frequência de transtornos mentais. Todavia, o maior número de suicídios descritos é no sexo masculino, uma vez que os homens tendem a utilizar métodos mais letais, que possibilitam lograr êxito na tentativa.

Quanto à faixa etária prevalente, foi identificado o perfil de adultos entre 20 e 59 anos de idade, idades que marcam o início e o fim da vida adulta. Por se tratar de uma faixa etária em que estão presentes fatores associados à qualidade de vida, como início e fim das relações de trabalho, planejamento estrutural da vida econômica e afetiva, há um risco maior de desmotivação ou frustrações.

A descrição das demais características das vítimas, como raça/cor da pele, escolaridade, orientação sexual, identidade de gênero e porte de deficiência/transtorno, ficou comprometida devido ao alto percentual de dados ignorados durante todos os anos. Os índices variam de regular a muito ruim e são descritos a seguir por ordem crescente dos anos em cada categoria: raça/cor da pele: 67,1% (ruim), 48,5% (muito ruim), 39,7% (muito ruim), 43,5% (muito ruim); escolaridade: 72,4% (regular), 38% (muito ruim), 12,5% (muito ruim), 32,5% (muito ruim); orientação sexual: 70,7% (regular), 36,7% (muito ruim), 54,6% (ruim), 36,3% (muito ruim); identidade de gênero: 74,2% (regular), 35,7% (muito ruim), 34,7% (muito ruim), 29,7% (muito ruim); portador de deficiência/transtorno: 66,8% (ruim), 63% (ruim), 14,6% (muito ruim), 63,6% (ruim).

Entende-se delicado apresentar uma discussão contundente sobre os dados de características das vítimas, em virtude dos baixos índices de completude, o que demonstra maior frequência de dados não preenchidos ou ignorados.

Os resultados também devem ser avaliados considerando-se que em novembro de 2014, juntamente com a nova versão do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), foi instituída uma nova versão da ficha de notificação de violências do componente contínuo do VIVA, que passou a se chamar Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada. Foram incluídos novos campos referentes ao nome social; orientação sexual; identidade de gênero; motivação da violência e ciclo de vida do provável autor da agressão. Portanto, os dados

apresentados neste estudo sobre orientação sexual e identidade de gênero são pioneiros para o cenário de debate no Distrito Federal.

Continua...

Tabela 3 - Notificações de violência autoprovocada no Distrito Federal por características das vítimas nos anos de 2016 a 2019

CARACTERÍSTICAS	2016		2017		2018		2019	
	N	%	N	%	N	%	N	%
SEXO								
Feminino	273	69,8	451	72,4	1302	69,9	2181	73,3
Masculino	118	30,2	172	27,6	561	30,1	796	26,7
FAIXA ETÁRIA								
0 a 9 anos	13	3,3	0	0	16	0,9	19	0,6
10 a 19 anos	49	12,5	138	22,2	369	19,8	697	23,4
20 a 59 anos	319	81,6	461	74,0	1426	76,5	2205	74,1
Acima de 60 anos	9	2,3	22	3,5	48	2,6	55	1,8
Campo vazio	1	0,3	2	0,3	6	0,3	1	0,03
RAÇA/ COR DA PELE								
Branca	36	9,2	76	12,2	188	10,1	383	12,9
Preta	12	3,1	25	4,0	58	3,1	74	2,5
Amarela	3	0,8	4	0,6	1	0,1	10	0,3
Parda	77	19,7	195	31,3	489	26,2	821	27,6
Indígena	0	0	2	0,3	6	0,3	6	0,2
Ignorado	263	67,3	321	51,5	1109	59,5	1650	55,4
Campo vazio	0	0	0	0	14	0,8	33	1,1
ESCOLARIDADE								
Analfabeto	1	0,3	1	0,2	3	0,2	3	0,1
1ª A 4ª INCOMPLETO	6	1,5	9	1,4	5	0,3	18	0,6
1ª A 4ª COMPLETO	5	1,3	7	1,1	5	0,3	12	0,4
5ª A 8ª INCOMPLETO	29	7,4	70	11,2	66	3,5	174	5,8
EF* completo	1	0,3	16	2,6	9	0,5	49	1,6
EM** incompleto	20	5,1	57	9,1	71	3,8	240	8,1
EM** completo	14	3,6	33	5,3	34	1,8	254	8,5
ES*** incompleto	13	3,3	27	4,3	29	1,6	127	4,3
ES*** comp	4	1,0	14	2,2	12	0,6	91	3,1
Ignorado	281	71,9	382	61,3	214	11,5	1869	62,8
Não se aplica	14	3,6	2	0,3	4	0,2	34	1,1
Campo vazio	3	0,8	5	0,8	1413	75,8	106	3,6
ORIENTAÇÃO SEXUAL								
Heteressexual	64	16,4	174	27,9	466	25,0	815	27,4
Homossexual	6	1,5	13	2,1	40	2,1	80	2,7
Bissexual	4	1,0	3	0,5	8	0,4	26	0,9
Ignorado	277	70,8	395	63,4	1193	64,0	1895	63,7
Não se aplica	40	10,2	38	6,1	156	8,4	161	5,4
Campo vazio	0	0	0	0	2	0,1	0	0

Continuação

CARACTERÍSTICAS	2016		2017		2018		2019	
IDENTIDADE DE GÊNERO								
Travesti	0	0	1	0,2	4	0,2	1	0,0
Mulher trans	2	0,5	1	0,2	12	0,6	15	0,5
Homem trans	1	0,3	1	0,2	9	0,5	8	0,3
Ignorado	291	74,4	401	64,4	1215	65,1	2094	70,3
Não se aplica	97	24,8	219	35,2	623	33,4	859	28,9
Campo vazio	0	0	0	0	2	0,1	0	0
DEFICIÊNCIA/ TRANSTORNO								
Sim	60	15,3	26	4,2	127	6,8	1325	44,5
Não	81	20,7	33	5,3	146	7,8	568	19,1
Ignorado	248	63,4	164	26,3	185	9,9	1070	35,9
Campo vazio	2	0,5	400	64,2	1407	75,4	14	0,5
Total	391	100	623	100	1865	100	2977	100

*EF: Ensino Fundamental; ** EM: Ensino Médio; ***ES: Ensino Superior

Fonte: elaboração da autora

Na utilização do campo para categoria raça/cor da pele, marcado pelo profissional, não há como afirmar que foi realizada a pergunta ao paciente quanto à autodeclaração ou se foi utilizada a inferência. Assim, é necessária uma análise baseando-se na possibilidade de que o grupo social tenha sido reconhecido por marcas inscritas no corpo dos indivíduos (cor da pele, tipo de cabelo, estatura, forma do crânio etc.).

Após o registro de campo ignorado, o perfil de cor parda é o mais prevalente. Não há evidências científicas que façam conexão entre raça/cor da pele e incidência de violência autoprovocada. (DAHLBERG; KRUG, 2006). Esse fato produz duas linhas de raciocínio sobre a motivação da carência de informações, uma relacionada à incompletude dos dados, como já discutido, e outra relacionada ao fato de que existem poucos estudos sobre a temática de forma direta, sem que seja apenas via base de dados. Mas, por se tratar de uma violência permeada por estigmas, fazer estudos diretamente com pacientes requer sensibilidade e delicadeza, com um processo mais longitudinal, sob uso de métodos de investigação qualitativa em detrimento da maioria quantitativa.

No que tange à escolaridade, baixos graus de instrução estão relacionados a maior incidência de casos de violências, ao passo que, quanto maior a escolaridade e poder aquisitivo, a tendência é buscar serviços privados de saúde, podendo a pessoa solicitar a omissão da informação, mesmo sendo essa uma obrigatoriedade

de todos os profissionais de saúde, gerando subnotificações e distorção do real perfil de violência. Diante disso, as altas porcentagens de registro de campo ignorado ou campo vazio impedem o entendimento acerca dessa característica e as implicações na saúde coletiva. Possivelmente, o nível educacional com poucos anos de estudo poderia refletir em dificuldades na integração social, bem como na inserção no mercado de trabalho, contribuindo para a intensificação dos estressores, o que, por sua vez, poderia culminar em comportamentos e ideias suicidas.

Com base na compreensão de que os marcadores de gênero e de diversidade sexual fazem parte dos determinantes sociais do processo de saúde e doença, principalmente por conta das discriminações decorrentes de condições e representações sociais associadas a eles, a incompletude nos dados de orientação sexual e identidade de gênero prejudica a construção de um panorama. Os elevados percentuais de incompletude nessas variáveis podem ser consequência de preconceitos e dificuldades de abordagem dessas questões por profissionais de saúde, principalmente quanto à identidade de gênero, tendo em vista que o campo mais registrado é “Ignorado” e o segundo é “Não se aplica”.

Outro aspecto de interesse para exploração é a busca por identificar se as pessoas que atentam contra a própria vida possuem algum tipo de deficiência ou transtorno, pois isso acarreta elementos para discussão de inclusão e equidade. Porém, mais uma vez, os indicadores de completude são ruins, com uma discreta melhora em 2019, em que aparecem 44,5% de campos marcados com “sim” para deficiência ou transtorno.

Evidencia-se pelo estudo de Botega (2014) que a situação de risco é agravada quando está associado mais de um transtorno mental, como a depressão e o alcoolismo, ou, ainda, a coexistência de depressão, ansiedade e agitação. Os transtornos mentais isoladamente, mais comumente associados ao suicídio, são: depressão, transtorno do humor bipolar e dependência de álcool e de outras drogas.

Outra característica relacionada à violência está apresentada na Tabela 3, a seguir, conforme o meio de agressão utilizado pelo autor, com a prevalência em todos os anos do envenenamento/intoxicação. Esse é um dado associado a uma discussão realizada anteriormente quanto ao gênero, uma vez que mulheres tendem a utilizar a ingestão de medicamentos ou outras substâncias com a intenção de se autoinfligir.

Contudo, há uma excepcionalidade nesses dados, visto que foi identificado que o número total de ocorrências diverge do número de notificações. Isso ocorre porque

foi marcado com “Sim” mais de um meio de agressão. Por isso, os dados são demonstrados apenas em números absolutos. Vale destacar que o campo “outros” se refere a meios utilizados para autoagressão, não explícitos na ficha de notificação, como, por exemplo, “pulou do prédio, de janela, da ponte”.

Tabela 4 - Notificações de violência autoprovocada no Distrito Federal de acordo com o meio de agressão utilizado pelo autor nos anos de 2016 a 2019

	2016	2017	2018	2019
	N	N	N	N
MEIO DE AGRESSÃO				
Força/espancamento	11	4	6	2
Enforcamento	21	40	129	194
Objeto contundente	14	10	38	46
Objeto perfuro/cortante	3	108	283	457
Subst./ objeto quente	6	1	11	18
Envenenamento/intoxicação	263	375	1162	1899
Arma de fogo	1	3	7	12
Ameaça	8	4	10	38
Outros	35	81	287	420
Total	399	626	1933	3086

Fonte: elaboração da autora

Estudos epidemiológicos demonstram que os métodos usados para se cometer suicídio variam de acordo com a cultura, a disponibilidade de acesso ao agente e a intencionalidade do ato, associados a comportamento impulsivo. (BOTEGA, 2014). Independentemente da intenção psicológica, do grau de severidade e da motivação subjacente envolvida no ato de causar lesões a si mesmo, o que determina o desfecho em fatal (suicídio) ou não fatal (tentativa de suicídio) é a intencionalidade inerente ao ato, que será determinada, principalmente, pelo método utilizado e pela possibilidade de socorro, fatores esses aliados às condições de saúde prévias e à resistência física da pessoa. (MONTEIRO et al., 2015).

Os dados explicitam que o envenenamento/intoxicação foi o meio mais utilizado na maior parte das notificações, o que não traz ineditismo. Estudos científicos destacam que, dentre os métodos para se tentar suicídio, o mais utilizado é o de intoxicações/envenenamentos, especialmente por agentes químicos, principalmente aqueles que fazem parte do cotidiano da pessoa. (PIRES et al., 2015).

De acordo com o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sinitox), as tentativas de suicídio ocorrem utilizando-se derivados do petróleo, com destaque para a gasolina, o querosene e o solvente. As substâncias cáusticas mais comuns são a soda cáustica e os ácidos muriático e sulfúrico. O envenenamento por

outras substâncias inclui até os medicamentos, quando empregados de maneira errônea ou causam reação adversa, substâncias utilizadas em plantas e alimentos, entre outros. (PIRES et al., 2015).

Há, contudo, que se considerar os registros equivocados de envenenamentos acidentais como intencionais, caracterizando a ocorrência como ato autodestrutivo. Também é necessária uma análise mais apurada da notificação, pois pode se tratar de uso abusivo de drogas, incluindo o álcool. Nesse caso, o viés da dependência química precisa ser levado em consideração, pois o uso em maiores quantidades do que a tolerada pelo organismo nem sempre deve ser interpretado como tentativa de cessar a própria vida, mas como um ato para suprir necessidades do vício.

A tabela 4, abaixo, faz um delineamento dos dados sobre reincidência nos anos de 2017 e 2019, com porcentagem de 39,5% e 41,6%, respectivamente. Nos demais anos, as porcentagens mais elevadas são do campo ignorado, sendo 60,9% em 2016 e 41,6% em 2018.

Tabela 5 - Notificações de violência autoprovocada no Distrito Federal de acordo com a reincidência nos anos de 2016 a 2019

REINCIDÊNCIA	2016		2017		2018		2019	
Sim	97	24,8	246	39,5	683	36,6	1238	41,6
Não	54	13,8	165	26,5	384	20,6	604	20,3
Ignorado	238	60,9	212	34,0	775	41,6	1121	37,7
Campo vazio	2	0,5	0	0	23	1,2	14	0,5

Fonte: elaboração da autora

No contexto das violências autoprovocadas, uma categoria que merece destaque são os registros anteriores, pois comunicam um pedido de ajuda e que o indivíduo está em sofrimento. Por isso a reincidência dos atos autoinfligidos é um dos principais fatores de risco para o suicídio, além dos transtornos mentais. Em uma de suas publicações, Botega (2014) aponta que 15% a 25% das pessoas que tentaram suicídio repetirão a tentativa em até um ano, enquanto 10% delas evoluirão para óbito por essa causa no intervalo de 10 anos.

Dessa forma, com o maior registro de campo “Ignorado” no campo de reincidência nas ocorrências do DF nos anos de 2016 a 2019, torna-se inviável a compreensão do ato reincidente como fator de risco para outras tentativas, assim como para o suicídio.

As unidades de saúde que mais notificaram, conforme demonstrado na Tabela 5, foram as hospitalares e de urgência e emergência, validando-se os elementos trazidos pelas bibliografias no sentido de que elas são as principais portas de entrada dos usuários à rede de saúde.

Tabela 6- Notificações de violência autoprovocada no Distrito Federal, de acordo com a unidade notificadora nos anos de 2016 a 2019

Unidade notificadora	2016		2017		2018		2019	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Primária	3	0,8	14	2,2	19	1	41	1,4
Secundária	21	5,4	66	10,6	9	0,5	72	2,4
Terciária	365	93,4	543	87,2	1835	98,4	2864	96,2
Total	391	100	623	100	1865	100	2977	100

Fonte: elaboração da autora

Foram agrupadas na categoria atenção primária todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os Centros de Saúde e Clínicas de Saúde da Família. Na atenção especializada, estão os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ambulatórios especializados e policlínicas. Enquanto o terceiro grupo é composto por toda a rede hospitalar e as Unidades de Pronto-Atendimento (UPA 24h), as quais compõem a Rede de Urgência e Emergência.

O fato de os dados referentes às unidades hospitalares e de urgência e emergência terem sido as que mais notificaram tem sua significância, por vincularem-se ao componente fundamental na integração dos níveis de saúde com o sistema efetivo de referência (origem) e contrarreferência (encaminhamento), no qual é realizado um fluxo de encaminhamentos entre as unidades de saúde em seus diferentes níveis de complexidade. Assim, os serviços hospitalares e de urgência e emergência também se configuram como porta de entrada dos casos de violência autoprovocada, o que reforça a responsabilidade de se realizar a contrarreferência de modo responsável e efetivo. Essa questão, na perspectiva de linha de cuidado, ressalta a importância do trabalho dos profissionais de saúde no âmbito da atenção básica, no enfrentamento das violências autoprovocadas, com ações de promoção à saúde mental e prevenção do suicídio.

Em contrapartida aos números apresentados nas análises anteriores, a variável encaminhamento não pôde ser analisada, pois os campos estão vazios no período de

2016 a 2019. O não preenchimento suscita questionamentos acerca do atendimento prestado, uma vez que o encaminhamento e a vinculação do paciente aos serviços de atenção psicossocial podem prevenir que um caso de tentativa de suicídio se concretize, pois as estatísticas demonstram um risco elevado de tentativas de suicídio recorrentes. (MACHIN, 2009).

No caso do encaminhamento, para o questionamento se o usuário foi direcionado para outro serviço, porém não houve registro na ficha de notificação, ou se realmente não houve encaminhamento. É, portanto, fundamental que os profissionais façam o preenchimento correto e completo de todos os campos para que se promova a estruturação de ações que permitam traçar processos, fluxos e intervenções preventivas.

Para a atuação da vigilância de modo efetivo, é imperativa a produção de informações válidas e com dados de qualidade, para amparar a tomada de decisão, haja vista que as responsabilidades vão além da descrição do perfil dos atendimentos por violência e permitem avaliar a organização da rede de assistência integral às vítimas desse agravo.

5.2. CARACTERIZAÇÃO SOCIOPROFISSIONAL DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os resultados foram analisados e serão descritos a seguir, visualizados na Tabela 7, e alguns dados relevantes detalhados posteriormente.

Tabela 7 - Distribuição dos profissionais do pronto socorro do HRSam, segundo características socioprofissionais. Brasília-DF, 2021

CARACTERÍSTICAS	N	%
GÊNERO AUTODECLARADO		
FEMININO	7	70
MASCULINO	3	30
IDADE		
30 A 34 ANOS	1	10
35 A 39 ANOS	3	30
40 A 44 ANOS	2	20
45 A 49 ANOS	3	30
ACIMA DE 50 ANOS	1	10
RENDA BRUTA		
1 A 3 MIL	1	10
ACIMA DE 3 A 6 MIL	3	30
ACIMA DE 6 A 9 MIL	1	10
ACIMA DE 9 A 12MIL	2	20
ACIMA DE 12MIL	3	30
FORMAÇÃO PROFISSIONAL COMPLETA		
ENSINO SUPERIOR	5	50
PÓS-GRADUAÇÃO	5	50
ATUAÇÃO PROFISSIONAL NA UNIDADE		
TÉCNICO (A) DE ENFERMAGEM	2	20
ENFERMEIRO (A)	2	20
MÉDICO (A)	2	20
FISIOTERAPEUTA	1	10
CHEFIA DE EQUIPE	2	20
GESTOR (A)	1	10
TEMPO DE ATUAÇÃO NO SERVIÇO		
ACIMA DE 1 ANO A 5 ANOS	3	30
ACIMA DE 5 ANOS A 10 ANOS	2	20
ACIMA DE 10 ANOS	5	20
VÍNCULO EMPREGATÍCIO		
ESTATUTÁRIO	9	90
CARGO COMISSIONADO	1	10
JORNADA DE TRABALHO SEMANAL NA UNIDADE		
20H	3	30
40H	7	70
TEM EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL EM ALGUM SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO EM SAÚDE MENTAL?		
SIM	3	30
NÃO	7	70
PARTICIPOU DE CURSO OU TREINAMENTO OU CAPACITAÇÃO ESPECIFICAMENTE NA ÁREA DE SAÚDE MENTAL NOS ÚLTIMOS 3 ANOS?		
SIM	2	20
NÃO	8	80

Fonte: elaboração da autora

Como primeiro elemento proporcionado pela caracterização, verifica-se majoritariamente profissionais do sexo feminino, o que é um dado consoante com algumas publicações sobre a feminização da saúde. (MATOS; TOASSI; OLIVEIRA, 2013).

O intervalo da faixa etária prevalente ficou entre 35 e 39 anos e 45 e 49 anos, sinalizando que os dados refletem o perfil da população produtiva geral brasileira, o que corroborado pelos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que identificou maior prevalência da faixa etária entre 25 e 49 anos no ano de 2010.

No que diz respeito à renda bruta salarial, os resultados são bem variados, o que pode ter explicação nos diferentes cargos que compuseram a amostra e que são estabelecidos pelo Plano de Cargos e Salários da SES/DF. É pertinente citar que o Distrito Federal é a unidade federativa com maior gasto médio mensal com trabalhadores de saúde ativos, com o valor de R\$ 2.244,74, contrapondo-se com a faixa nacional de R\$ 414,74 a R\$ 2.244,04. (BRASIL, 2004).

Acerca da formação profissional completa, 50% dos participantes possuem alguma especialização. Esse resultado revela a baixa inserção desses trabalhadores nos graus de formações acadêmicas mais elevadas, como mestrado ou doutorado. Contudo, dentre os participantes não há integrante com apenas o nível médio, o que deve ser avaliado como ponto positivo, pois mesmo que alguns cargos exijam para ingresso apenas o nível médio, os participantes demonstraram ter preocupação em buscar prosseguir em processos de qualificação profissional e optaram por cursar o ensino superior.

Quanto ao resultado das categorias profissionais, foi mencionada anteriormente, no tópico amostra do estudo, a escolha da quantidade de profissionais por categoria. Desses profissionais, 50% estão na unidade há mais de 10 anos, o que indica um perfil com mais experiência em unidade de pronto-socorro.

O vínculo laboral de 90% dos participantes é estatutário, legitimado por meio de concurso público, e apenas 10% ocupam cargo comissionado. O cargo comissionado é um cargo que dispensa concurso público, ocupado por pessoa de confiança da autoridade competente, tem natureza transitória e não adquire estabilidade.

A jornada de trabalho predominante é a de 40 horas/semanais, com 70% dos participantes, sinalizando que os profissionais dedicam uma parcela importante de sua vida à atividade laborativa.

Em relação à experiência em serviço especializado em saúde mental, todos que responderam “sim” (30%) desempenhavam cargo assistencial.

Apenas dois profissionais participaram de atividade educacional especificamente na área de saúde mental nos últimos três anos, apontando para a necessidade de investigação sobre a qualificação adequada dos profissionais que atendem às demandas na área. Essa questão é de extrema relevância para futuras contraposições, visto que a avaliação crítica das práticas profissionais na unidade de pronto-socorro no atendimento à violência autoprovocada é objeto de estudo.

A carência de ações de educação continuada, do engajamento para estudo da área e de conhecimentos científicos atualizados contribui para que muitos profissionais perpetuem as práticas adquiridas no cotidiano profissional, sujeitas aos vícios e aos “achismos”, muitas vezes permeadas por estigmas e pelo modelo manicomial. Esse quadro vai na contramão do processo de reforma psiquiátrica, da Política Nacional de Saúde Mental, da RAPS e de todas as diretrizes voltadas para implementação de um modelo de atenção que valorize os cuidados integrados e humanizados na reabilitação psicossocial. (SANTOS et al., 2018).

Nas entrevistas foi questionado sobre a participação em curso, treinamento ou capacitação especificamente nos últimos 03 anos, considerando que foi instituída uma nova normativa pelo Distrito Federal foi a Portaria nº 536, de 8 de junho de 2018, que redefiniu fluxos para atendimento e encaminhamento para pacientes com transtornos mentais nos serviços de Urgências e Emergências (DISTRITO FEDERAL, 2018).

Diante do exposto, considerando que a normativa favorece o fortalecimento entre os equipamentos de saúde que compõem a RAPS e que o pronto-socorro é um ponto dessa Rede, faz-se ainda mais imperativo que os profissionais da unidade estejam e sejam capacitados.

5.3. ANÁLISE DO ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA SOB O PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO E DAS DIRETRIZES DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL.

Neste bloco estão apresentados os dados qualitativos referentes à investigação das percepções dos profissionais do pronto-socorro do HRSam, relacionados a violência autoprovocada como fenômeno multicausal, e a assistência prestada aos usuários que apresentam essa demanda, seguindo os quatro eixos estruturados no roteiro das entrevistas e que serão analisados pela mesma ordem.

Eixo I: caracterização e perfil da violência autoprovocada

Como discutido no corpo do trabalho, o adoecimento mental que leva o indivíduo a se ferir tem raízes muito profundas, que são permeadas por fatores intrínsecos e extrínsecos. Conforme Santos & Kind (2020), o comportamento suicida apresenta fatores de risco, como presença de transtornos mentais, rede de apoio social deficiente, histórico familiar de suicídio e a situação sociodemográfica em que o indivíduo está inserido, como desemprego, baixa escolaridade e residência em áreas com alto índice de violência.

Foi possível apreender que os profissionais perceberam o aumento na demanda dos casos de violência autoprovocada atendida no pronto-socorro. Dentre os dez profissionais participantes, apenas dois relataram que consideravam a demanda estável e não observaram nem aumento, nem diminuição nos últimos anos.

A percepção da maioria dos profissionais é consoante com os dados epidemiológicos expostos, tanto no DF quanto no Brasil, que também apresentou aumento na proporção de notificações, conforme dados publicados pelo MS e diversas literaturas. (BRASIL, 2016).

Quanto à identificação do perfil mais frequente, os profissionais unanimemente também trouxeram relatos concordantes com o perfil epidemiológico em que o sexo feminino tem maior incidência do agravo. Além do gênero, alguns profissionais também citaram características como faixa etária e orientação sexual:

Acredito que seja mulher, numa faixa etária entre os 20 aos 40 anos, eu acho [...] eu consigo identificar um perfil sexual, ser mais assim, homossexuais". (HRSAM 7).

[...] mulheres, jovens e brancas. E depois um certo aumento também de mulheres na sua faixa aí dos seus 50 anos também e pacientes homossexuais também, tanto homossexuais masculinos, quanto homossexuais femininos. (HRSAM 3).

O método mais utilizado para o ato lesivo contra si mesmo foi abordado com utilização de palavras semelhantes, que remetem a um mesmo meio denominado envenenamento/intoxicação. Das dez respostas obtidas, apenas uma relatou “cortar os pulsos”; todas as demais usaram expressões como “ingestão de medicamentos”, “abuso de substâncias” e “intoxicação exógena”.

O método de envenenamento/intoxicação intencional geralmente está associado à utilização de mais de um tipo de substância química ou mais de um medicamento, podendo haver também o uso concomitante com bebida alcóolica. Dentre os medicamentos, Bernardes, Turini e Matsuo (2010) identificam maior utilização de fármacos psicoativos, especialmente os tranquilizantes, antidepressivos e anticonvulsivos. Por isso, identificar os meios utilizados e os mais prevalentes permite proposições de ações de prevenção, incluindo orientações aos familiares e rede de apoio, para se adotar novas rotinas quanto à disponibilidade de objetos, medicamentos e substâncias e intensificar a vigília.

Quanto ao questionamento acerca da compreensão dos conceitos de violência autoprovocada e tentativa de suicídio, a discussão abarca um dos pontos-chave abordados na introdução deste estudo, sobre a conceituação das expressões. (MONTEIRO et al., 2015) interpreta que nem todo ato autoinfligido tem a intencionalidade de cessar a própria vida, podendo ser considerado um sinalizador de mal-estar e sofrimento de indivíduos, cuja ação geralmente está relacionada a um sentimento de impossibilidade na identificação de alternativas viáveis para a solução de seus conflitos e sofrimentos.

Na percepção dos profissionais, trata-se de conceitos semelhantes, porém a violência autoprovocada é entendida como uma situação mais branda, com métodos mais leves, enquanto a tentativa de suicídio é quando são utilizados meios letais. A fala de uma entrevista traz uma descrição pertinente aos conceitos conduzidos até aqui:

Eu vejo que a violência autoprovocada nem sempre é com a intenção realmente de interromper a vida, de morrer. Mas muitas vezes ela pode pular de uma ponte, então com a intenção realmente de interromper a vida, de

morrer. Mas muitas vezes ela pode se mutilar sabendo que aquela lesão não vai provocar a morte, mas que... mas realiza aquilo ali. Então eu vejo como essa violência autoprovocada, como as vezes não tendo a intenção clara de morrer. (HRSAM 5).

No entanto, é importante ter em mente que, tanto na pesquisa quanto na prática, nem sempre é fácil identificar as fronteiras entre os diferentes tipos de conceituação sobre a violência autoprovocada.

Há, contudo dois participantes que explicitam em suas falas o estigma existente quando expõem sua percepção de que a violência autoprovocada é uma maneira de chamar a atenção:

[...] tentativa de suicídio é a pessoa que chega na desesperança. [...] a violência autoprovocada [...] vai te machucando para chamar talvez a atenção de outra pessoa.” (HRSAM 1).

Eu acho que tem um pouco de diferença sim, porque os que tentam suicídio, eles geralmente usam drogas mais pesadas para tentar se matar, ou tentam um enforcamento. E aqueles que fazem uma automutilação geralmente são cortes leves na pele, tem vez que não tem aquele intuito principal de se matar. Parece que é mais de chamar atenção – entendeu? – alguma coisa nesse sentido. (HRSAM 4).

Torna-se necessário refletir sobre as falas, pois elas reforçam a carência da sensibilização e da capacitação desses profissionais da “ponta”, que se configuram o primeiro contato do paciente com a rede de atenção à saúde. Como descrevem Vidal & Gontijo (2013), esse primeiro contato é uma excelente oportunidade para que os profissionais reconheçam o potencial nível de risco e possam intervir para reduzi-lo. Assim, sob o pressuposto de que nem todo ato autoinfligido tem a intenção de suicídio, o posicionamento do profissional durante o atendimento pode ser responsável por prevenir novos atos ou, no sentido contrário, poderá favorecer o despontar da ideação suicida.

Eixo II: atendimento e notificação

Neste eixo encontram-se as respostas que vão conduzir para o entendimento quanto às condutas adotadas na prática dos atendimentos, avaliando-se a utilização de protocolos pelos profissionais e incluindo-se a notificação.

Conforme Minayo (2006), os registros elaborados por muitos profissionais das emergências hospitalares e dos prontos-socorros se limitam às causas secundárias, como a descrição do estado da lesão ou do trauma decorrente do ato suicida, sem

mencionar se tratar de uma tentativa de autoextermínio. Por isso, a relevância da investigação das ações desde como se dá o registro e a descrição do atendimento, até o levantamento dos facilitadores e dificultadores para todo o processo.

Quando indagados sobre quais condutas adotam, os entrevistados dão ênfase aos procedimentos técnicos empregados, como lavagem gástrica, aferição de sinais vitais, punção venosa, os quais são pertinentes ao quadro apresentado pelo paciente no momento. Somente três profissionais descrevem que adotam o acolhimento como uma das condutas, além dos demais procedimentos para assistência a violência autoprovocada.

Uma profissional descreve a preocupação em não praticar uma ação que possa agravar o quadro de crise psíquica:

Acolher, procurar dar conforto para aquele paciente, procurar entender o porquê que ele fez aquilo, mas sem entrar muito. Até mesmo porque eu não tenho experiência, fico com medo de fazer uma pergunta errada, de deixar a pessoa mais entristecida por aqui. Então eu procuro dar mais conforto para aquela pessoa. (HRSAM 2).

Quando o paciente é reincidente, cinco profissionais relatam não ter conduta diferente, seguindo a mesma que adotariam caso fosse a primeira vez do usuário no serviço. Os demais participantes relatam ter uma preocupação maior, principalmente porque entendem que houve descontinuidade do tratamento ou que o usuário após a primeira internação não procurou tratamento.

[...] é um pedido de socorro que a pessoa está tendo, ela não conseguiu ser atendida, isso é sinal que você não conseguiu dar um devido encaminhamento nessa primeira sequência, ou por problemas do próprio paciente, família, questões sociais, ou às vezes o próprio serviço de psicologia, de psiquiatria, CAPS, ou o Hospital São Vicente de Paula, que é a nossa referência também, que não conseguiu às vezes dar uma condução adequada para o caso. (HRSAM 3).

[...] A gente tem, pelo menos, que orientar para o paciente fazer um acompanhamento, porque senão, ele vai voltar ou vai, infelizmente, muitos conseguem o objetivo deles, né? (HRSAM 10).

Considerando que a reincidência é um dos fatores de risco para o suicídio, a prática dos profissionais deve estar sustentada em ações articuladas para identificar estratégias para aumentar o engajamento do indivíduo no tratamento e melhorar a continuidade dos cuidados. (BOTEGA, 2014).

Através da análise das entrevistas, identifica-se que os pacientes podem ser liberados da emergência sem passar por avaliação psiquiátrica ou sem encaminhamento. Esse é um dado significativo, pois muitos pacientes que atentam contra a própria vida sofrem de algum transtorno mental e têm alguma condição subjacente que requer uma terapêutica. (GARBIN et al., 2015).

O que os profissionais sinalizam nas falas quanto à reincidência repercute substancialmente na questão subsequente, em que foi abordada a presença de protocolos e/ou fluxos que orientam a assistência prestada uniformemente pela equipe. Dos dez participantes, um não soube responder, um respondeu que o pronto-socorro tem protocolo, mas não sabe onde encontrar, e os demais oito participantes responderam que a unidade não dispõe de protocolo ou fluxo de atendimento à violência autoprovocada em formato eletrônico ou físico.

Pelo exposto, constata-se que as condutas seguem o que se denomina de empirismo, que é a prática a partir das experiências e hábitos anteriores. Conforme o profissional vivencia a rotina do pronto-socorro, vai adquirindo conhecimento e desenvolvendo condutas. Uma das falas ratifica tal definição: “Não. Nós não temos nenhum protocolo, cada um age da forma que entende.” (HRSAM 2).

Dentre as rotinas inerentes ao processo de trabalho, o registro é um dos instrumentos para acompanhamento da situação de saúde, geralmente através do prontuário do paciente, seja ele físico, seja eletrônico. Além de conter informações que contribuem para o entendimento do quadro atual e progresso, também é um elemento essencial em casos de auditoria ou conflitos legais e éticos. (GARBIN et al., 2015). Pode-se ainda ser estabelecida pela unidade de saúde a rotina de anotações em livros-atas, livros de ordem e ocorrências, planilhas, impressos próprios, censos, entre outros.

Fundamentado no preceito de que o registro faz parte da rotina da assistência em saúde nos diferentes níveis de atenção, seja em serviços públicos, seja em privados, buscou-se conhecer a realidade do pronto-socorro. Isso foi feito mediante indagação sobre como ocorria e no que consistia o registro quando realizado o atendimento ao usuário que atenta contra a própria vida, desde sua admissão até a alta.

Os dois participantes do estudo que atuam na gerência de emergência, com cargos administrativos, relataram que não fazem nenhum tipo de registro ou anotação sobre o paciente. Apenas um profissional citou que evoluía as condições mais

subjetivas do usuário, com dados sobre o adoecimento psíquico e sobre a reincidência, quando fosse o caso: “[...]Como ele chegou, qual a história, quem trouxe, tem alguma doença, não tem, já tinha feito antes, não tinha feito antes e o quê que foi feito com esse paciente [...]” (HRSAM 1).

O teor dos registros está comumente relacionado ao modelo biomédico centrado nas práticas de saúde, procedimentos e dados objetivos da condição do corpo, saúde e doença do indivíduo. (MACHIN, 2009). Pode-se perceber tal comportamento arraigado à prática profissional no pronto-socorro, pois a maioria dos profissionais descreve os registros das informações pertinentes à situação clínica, exame físico, execução de procedimentos, medicações administradas, conforme se constata nesta fala: “[...] a forma como ele chegou, o que eu fiz, ou então às vezes até transcrevo o que o médico fez. Só para registro mesmo.” (HRSAM 7).

A falta de protocolos, fluxos ou rotinas impacta não somente o atendimento, visto que os profissionais entrevistados realizam o registro apenas como requisito normativo, não se atentando para as demais questões que permeiam a situação e podem ser utilizadas posteriormente por outros profissionais para entendimento do caso e continuidade da assistência.

No que compete ao atendimento à violência autoprovoçada, há uma rotina estabelecida pelo MS que estende a Ficha de Notificação de Violência interpessoal/autoprovoçada a todos os serviços em âmbito municipal, estadual e federal. A notificação deve ser imediata, em até 24 horas após o atendimento, pelo meio mais rápido disponível. Já discutida, neste trabalho, a importância da notificação para captação de dados epidemiológicos, como também para geração de subsídios para tomada de decisões.

Assim, questionaram-se os entrevistados sobre o conhecimento da ficha de notificação, obtendo-se resposta da maioria, sete profissionais, de que desconheciam a existência do documento. Das três respostas positivas, uma é da gestora da unidade que, em seu discurso, descreve o profissional que está designado ao preenchimento, demonstrando haver por parte da gestão um direcionamento quanto à rotina: “[...] é o enfermeiro que está no acolhimento ou o enfermeiro que vai assistir o paciente lá no box, por exemplo, né? É o enfermeiro que faz, que preenche.” (HRSAM 10).

Tal argumentação, quanto ao preenchimento ser realizado pelo enfermeiro da unidade, se confirma com o relato da profissional:

O que eu conheço é que ela pode ser preenchida por qualquer pessoa, e que deve ser preenchida, vai ser jogada lá no sistema de informações de agravos de notificação, e devem ser utilizados esses dados – né? –, para alguma intervenção aí em termos de saúde pública. E essa ficha é colocada lá na nossa pasta – né? – a chefia já indicou onde que a gente tem que colocar e o que eu sei é que, não sei, de repente dia sim, dia não, a pessoa da vigilância epidemiológica deve passar lá, resgatar essa ficha e lançar no sistema de notificação on-line lá. E aí só isso que eu sei. (HRSAM 5).

A exposição de tal rotina pode direcionar o público-alvo para iniciar as ações de educação continuada e capacitação quanto ao adequado preenchimento, objetivando a melhora da qualidade dos dados e sua completitude.

No fim deste bloco, tratando sobre atendimento e notificação, os entrevistados foram provocados a expor o que em sua percepção eram fatores dificultadores e facilitadores para o atendimento aos casos de violência autoprovocada admitidos no pronto-socorro.

Foram elencadas todas as expressões utilizadas para descrever os facilitadores: “trabalho em equipe”, “atendimento rápido”, “acesso mais fácil”, “ter psicólogas” e “porta aberta”.

Do mesmo modo, são transcritas as expressões relacionadas aos dificultadores: “demora para acesso ao serviço especializado”, “falta de engajamento de outros profissionais, outras áreas”, “por ser um pronto-socorro geral é constrangedor”, “não ter uma estrutura física”, “não ter assistência médica psiquiátrica”, “falta de conhecimento da equipe”, “não ter curso de capacitação”, “despreparo”, “prosseguimento no pós-atendimento de urgência”, “pessoas especializadas na emergência”, “não ter treinamento” e “ter pouco médico atendendo”.

Nota-se que os fatores que dificultam são mais numerosos que os facilitadores, espelhando algumas das adversidades experienciadas no dia a dia laboral na unidade de emergência.

Analisando-se as expressões, é possível validar que os entrevistados identificam a falta de capacitação sobre a temática, podendo impactar na qualidade da assistência ao usuário. De Baére (2019), em seu estudo sobre registros de tentativa de suicídio no DF, aponta que os equívocos e omissões referentes à avaliação das necessidades dos usuários advêm da ausência de capacitação da equipe.

Eixo III: RAPS

Ao adentrar na temática da RAPS, como uma das redes de atenção à saúde, buscou-se captar as apreensões dos profissionais de modo mais abrangente, desde o conhecimento da palavra até os serviços que a compõem.

O trabalho em rede exige a articulação dos profissionais de diferentes serviços e especialidades, com envolvimento e participação ativa na construção de ações de cuidado, e as unidades de urgência e emergência, ainda que não especializados para atendimento a transtornos psíquicos, têm um papel estratégico na lógica de rede.

Por conseguinte, analisar o conhecimento dos profissionais do pronto-socorro a respeito dos princípios e conceitos básicos sobre RAPS, pode permitir que sejam identificadas lacunas na estruturação e no funcionamento da rede. (ANDRADE; ZEFERINO; FIALHO, 2016).

Ao examinar as concepções dos profissionais sobre a RAPS, observa-se o desconhecimento total sobre o assunto em três discursos. Nos demais, os profissionais relatam que sabem que existe a rede, porém não sabem quais serviços a compõem, a proposta, a lógica de funcionamento e como se dá a sua articulação. Em alguns trechos é evidenciado que os profissionais confundem a ideia de que RAPS é composta somente por CAPS: “Não, eu não tenho aprofundado sobre o CAPS não, lá dos psicossociais não tenho”. (HRSAM 1).

Também é mencionado por três participantes que, além do CAPS, outro componente da RAPS é o Hospital São Vicente de Paulo, assumindo o papel de referência como hospital psiquiátrico.

Quanto à percepção da existência da relação entre o pronto-socorro e a RAPS, quatro profissionais consideraram que não existe conexão alguma. As demais seis opiniões ouvidas manifestaram que há uma relação, sim, entre o serviço e a rede temática. Destaca-se que todos classificam a unidade apenas como porta de entrada, eximindo a responsabilidade quanto ao tratamento do indivíduo que praticou violência contra si mesmo. Em todas as falas nesse grupo são descritas situações em que o pronto-socorro é apenas uma passagem para os usuários, sem qualquer vínculo.

[...] Os pacientes chegam, ele (pronto socorro) é a porta de entrada para ser encaminhado [...] (HRSAM 2).

[...] fazer a tal notificação e procurar os órgãos competentes [...] (HRSAM 1).

Ah, o pronto socorro assim, a princípio é mais para salvar a vida dele [...] dali começa todo aquele protocolo de encaminhar ele para uma equipe especializada onde pode estar ajudando, que aqui na verdade a gente não tem como fazer isso. Então a princípio é salvar a vida dele e depois encaminha para a equipe especializada. (HRSAM 8).

Como já mencionado, o pronto-socorro do HRSam, que é o cenário deste estudo, está situado na Região de Saúde Sudoeste, a qual tem em seu território o maior número de equipamentos especializados em saúde mental. Porém, cabe ressaltar que a RAPS é fundamentada na assistência psicossocial integral e por isso é composta por serviços de atenção primária, secundária e terciária à saúde.

Ao verificar que todos os entrevistados desconheciam que a unidade onde eles trabalhavam e os próprios profissionais eram pontos da RAPS, evidencia-se a lacuna que existe na linha de cuidado e, por consequência, a fragmentação da assistência.

Esse é um dos pontos centrais para a análise da violência autoprovocada no contexto da rede de atenção psicossocial, pois, se o primeiro contato dos usuários com a rede são as unidades de urgência e emergência, é imprescindível esse reconhecimento por parte dos atores.

A RAPS precisa ser entendida pelos profissionais de todos os serviços envolvidos na linha de cuidado ao paciente com transtorno mental, para que suas condutas sejam coesas com as normativas. (ANDRADE; ZEFERINO; FIALHO, 2016).

Contraditório, porém, ao se analisar as respostas quanto à pergunta sobre como era realizada a articulação entre as unidades para o encaminhamento do paciente quando este recebia alta clínica do pronto-socorro. Todos os sujeitos responderam afirmativamente que existe a articulação e esta é efetuada por telefone, aplicativo de mensagem ou e-mail, evidenciando, assim, a aplicação, na prática, de um dos princípios da lógica do cuidado em rede, que é contato entre as unidades por meio dos profissionais e por qualquer meio disponível.

A estratégia da RAPS é amparada na adequação dos papéis e funções profissionais quanto ao tipo de abordagem necessária ao atendimento à demanda do usuário, formando um arranjo organizacional descentralizado, em que todos os pontos têm igual valor. Nesse contexto, insere-se a possibilidade de discussões coletivas de caso, tomadas de decisão em coletivo sobre o caso, bem como a adoção de ações transversais entre equipes de saúde de diversos níveis da rede. (SANTOS et al., 2018).

Por isso, mais uma vez é constatada a necessidade de capacitação, sensibilização e exploração do tema dentro das unidades de urgência e emergência, para que os profissionais tenham a possibilidade de se reconhecerem como integrantes dessa rede.

Finalizando esse bloco, buscou-se explorar o conhecimento a respeito das diretrizes legais que amparam o fluxo de atendimento a violência autoprovocada, tanto no âmbito federal, pelo Ministério da Saúde, quanto no distrital, por meio da SES/DF.

Com o grande impacto social e econômico que as violências exercem, principalmente sobre o SUS, a estruturação de estratégias e ferramentas para prevenção e tratamento ocorrem através de diretrizes, de modo a padronizar as ações nos territórios nacional, estadual, distrital e municipal. Tal movimento se desenrola desde a Reforma Psiquiátrica que, por força de normativas legais, visa à implantação de um modelo de atendimento em saúde mental que não se limita a um mero processo de reestruturação dos serviços, mas expande a instalação de novos paradigmas aos profissionais. (MARCOLAN; SILVA, 2019).

Apesar da existência de uma cadeia de políticas, planos, estratégias, projetos de intervenção e projetos de pesquisa interligados, a maioria dos profissionais respondeu não ter conhecimento de regulamentação sobre a temática. Três participantes afirmaram conhecer que existem diretrizes, porém não souberam descrever especificidades. Contudo, foi apontada nas falas referência à Portaria SES/DF nº 536, que versa sobre as normas e fluxos assistenciais para as Urgências e Emergências no DF.

Eu sei que tem, mas eu não sei o número. Que aqui no DF ficou estabelecido que esses pacientes teriam que dar entrada primeiro aqui no pronto socorro para depois ser enviado para um hospital de referência psiquiátrica. [...] (HRSAM 5).

Nesse sentido, o desconhecimento demonstrado pela maior parte dos entrevistados sobre as normativas que regem a assistência aos usuários com adoecimento psíquico fomenta diversas preocupações e inquietações. Uma das interpretações possíveis é a inaplicabilidade das diretrizes na dinâmica dos atendimentos no pronto-socorro, conforme são planejadas por insipiência de alguns profissionais.

Essa desarticulação entre políticas públicas e a implementação nos serviços produz um cenário mais amplo para discussões, pois abarca questões do campo da gestão e do trabalho. Para superar esse paradigma, um bom caminho seria a construção de processos de trabalho cada vez mais partilhados, buscando-se um ordenamento organizacional coerente com uma lógica centrada no usuário, que permita construir vínculos e compromissos estreitos entre os trabalhadores.

Por isso, a institucionalização da avaliação dos serviços de saúde constitui um desafio para todos os níveis de gestão do SUS, sendo necessário aprimorar a prática de monitoramento e avaliação, com o objetivo de facilitar a tomada de decisões, o planejamento, programação e organização do serviço, com o cuidado de se levar em conta os sujeitos envolvidos na prática do serviço.

Eixo IV: pandemia

O atual cenário da pandemia causada pelo novo coronavírus (Covid-19) é a emergência de saúde pública mais grave enfrentada mundialmente nos últimos 100 anos (AQUINO et al., 2020). A atual conjuntura provocou impactos sociais, econômicos e especialmente na saúde, com foco nos serviços e nos profissionais de saúde. Se antes da Covid-19 já havia preocupações em torno da disponibilidade de leitos e recursos humanos, a situação foi potencializada, desencadeando sobrecarga física e mental nos profissionais de saúde.

Perante um contexto tão distinto e tendo em vista o cenário deste estudo, foi pertinente explorar como tem se desenvolvido a dinâmica de trabalho para atendimento a violência autoprovocada nesse ínterim.

Para tanto, faz-se necessário esclarecer que no Brasil foi permitido que cada unidade federativa elaborasse um plano de contingência de acordo com a evolução da epidemia, com respaldo em indicadores de vigilância e monitoramento local. (AQUINO et al., 2020). Assim, o DF divulgou o plano de mobilização de leitos Covid-19 do DF, no qual foram definidos alguns pontos prioritários, tanto para atendimento na emergência quanto na internação, sendo o HRSam um desses serviços de atendimento exclusivo à Covid-19. (DISTRITO FEDERAL, 2020).

Desse modo, todos os entrevistados relataram mudança na dinâmica de atendimento que, a partir de junho de 2020, passou a ser apenas de pacientes com suspeita ou confirmação de Covid-19. Assim, a partir dessa data não houve mais atendimentos a casos de violência autoprovocada no pronto-socorro do HRSam, o

que alterou drasticamente a dinâmica. Essa situação pode ser constatada nas falas dos profissionais: “[...] aqui não atendeu porque a gente realmente fechou para Covid. [...]” (HRSAM 1); e “[...] com o problema da pandemia, a gente sabe, houve uma restrição desse tipo de atendimento [...]” (HRSAM 3)

A situação pandêmica vivenciada é excepcional e temporária, assim como a remodelação do fluxo de atendimento, pois tão logo a epidemia no DF seja controlada está prevista a desmobilização dos leitos exclusivos para Covid-19. (DISTRITO FEDERAL, 2020).

Essa análise se mantém pertinente ao alarmante panorama epidemiológico da violência autoprovocada e alguns estudos sinalizam desdobramentos negativos no adoecimento mental e para o comportamento suicida, em decorrência do próprio adoecimento pelo vírus ou pelas medidas para contenção da propagação como isolamento e distanciamento social. (SCHMIDT et al., 2020).

Por isso, espera-se trazer proposições que favoreçam o direcionamento de estratégias que possam impactar favoravelmente, propiciando a elaboração de indicadores de avaliação e no monitoramento do desenvolvimento da atenção à saúde mental no DF.

5.4. DESENHO DO MODELO LÓGICO DA SITUAÇÃO DE ATENDIMENTO ÀS DIRETRIZES DA RAPS NO DF

A proposição da construção da matriz do Modelo Lógico foi apresentada como último resultado sistematizado deste estudo, construindo um desfecho entre a percepção dos profissionais acerca do atendimento à violência autoprovocada sob o panorama epidemiológico e as diretrizes de atenção à saúde mental.

O desenho da matriz do ML teve o objetivo de fomentar as definições de monitoramento da atuação dos profissionais participantes do estudo, de acordo com as diretrizes de atenção à saúde mental, possibilitando mapear os atores e seus papéis, os objetivos, as ações, os recursos e os impactos da execução do serviço. Adicionalmente, trazer subsídios para a gestão, usuários e profissionais que compõem a RAPS do DF, promovendo-se manutenção ou propondo-se novas estratégias para enfrentamento das situações de violência autoprovocada.

Com base nesses aspectos, foi desenvolvida uma matriz que apresenta dimensões de análise, as consequências, problemas, causas, objetivos gerais, os indicadores, público alvo e beneficiários, utilizados para avaliação, bem como as respectivas fontes de informações contempladas neste estudo, permitindo mapear se o programa opera como o previsto e quais são os recursos mais frágeis, que requerem avaliação.

A figura 10, a seguir, serve como um filtro organizador das informações levantadas nos materiais de análise sobre a RAPS, representando um passo essencial para o desenvolvimento e validação do modelo lógico posteriormente.

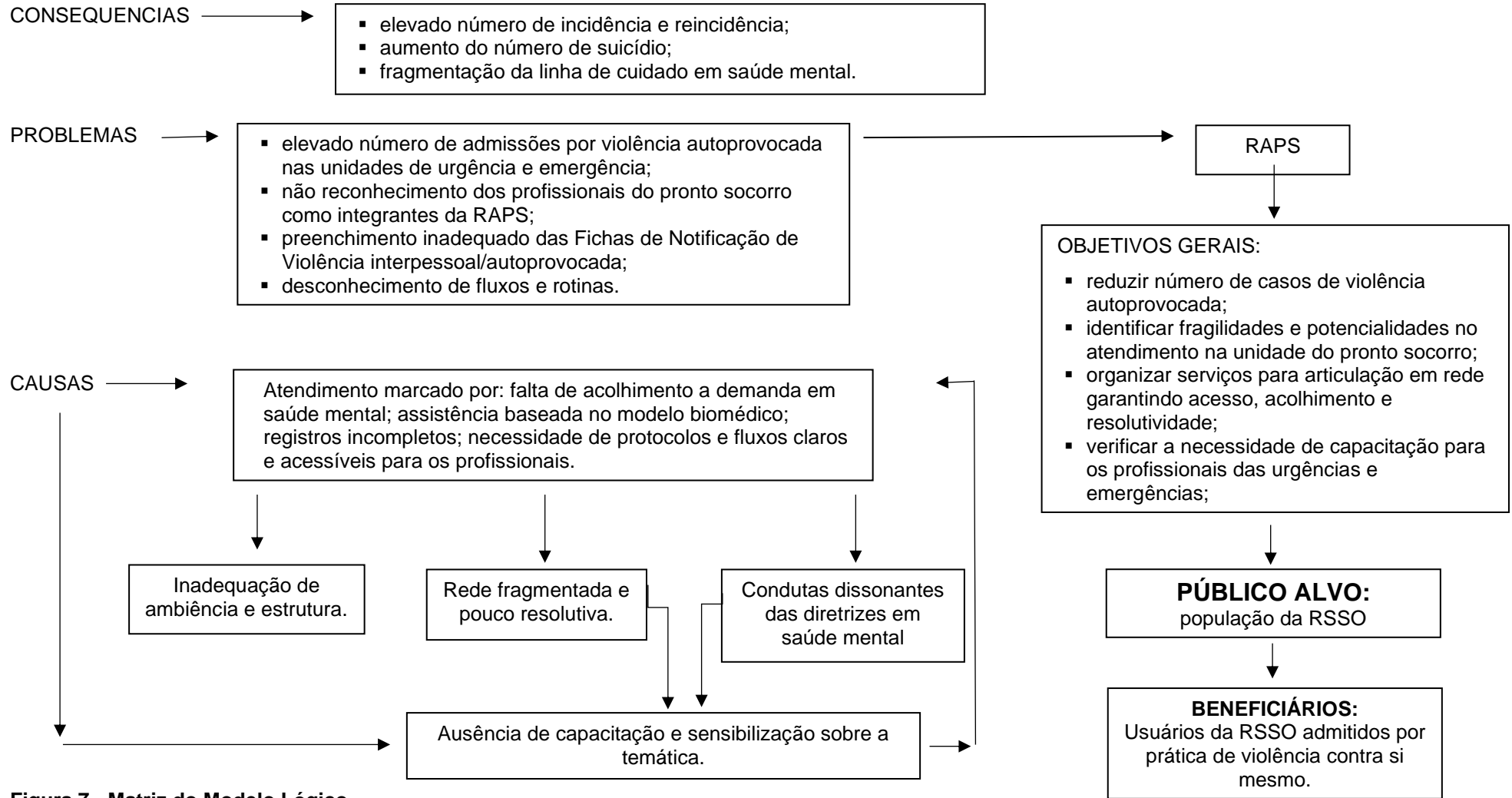


Figura 7 - Matriz do Modelo Lógico
Fonte: elaboração da autora

A avaliação sistematizada pelo modelo lógico visa contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços prestados pela RAPS na atenção à violência autoprovocada, criando a oportunidade de criar referências e paralelos entre o problema e as políticas públicas.

No ensejo de contribuição para melhorias do sistema de avaliação, a pesquisadora teve a preocupação em construir o roteiro de entrevistas (Apêndice E) tomando as 12 diretrizes contidas para o funcionamento da RAPS, conforme Portaria Ministerial nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. A correlação entre os eixos qualitativos do roteiro e as diretrizes da RAPS, descritas a seguir, busca retratar preliminarmente o atendimento às políticas de saúde com olhar voltado especificamente ao enfrentamento das violências autoprovocadas.

São diretrizes da RAPS, constantes da Portaria n. 3.088/2011, do Ministério da Saúde:

- I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- III - combate a estigmas e preconceitos;
- IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- VI - diversificação das estratégias de cuidado;
- VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- XI - promoção de estratégias de educação permanente; e
- XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

Assim, o roteiro de entrevistas se mostra um instrumento viável para oferecer subsídios para avaliação das ações dos profissionais dentro da lógica de rede. A fim de propor ferramentas para melhorar a efetivação da avaliação da situação saúde, o instrumento elaborado neste estudo apresenta-se com um norteador para aplicação em outras unidades de urgência e emergência do DF, visto que está alinhado com as diretrizes da RAPS. O desenvolvimento de recursos e técnicas para avaliação de políticas é pertinente, em razão da ausência de dados que demonstrem a aplicação e a eficiência da articulação entre os diversos pontos da RAPS para a atenção às situações de crise em saúde mental.

O entendimento da existência e de como ocorre o funcionamento e a articulação entre os diversos pontos de atenção à saúde para as pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso abusivo de álcool aperfeiçoaria o sistema de atendimento, permitindo identificar os pontos de maior fragilidade e, assim, ajustá-los de forma a padronizar e aperfeiçoar o atendimento em todos os pontos da rede.

Diante da análise e considerações expostas, conclui-se que as fragilidades apontadas no decorrer do trabalho para melhor atendimento às diretrizes da RAPS poderiam ser enfrentadas por meio da implementação de programas de educação permanente em serviço e estratégias que consolidem o aperfeiçoamento profissional como rotina. Pontua-se que é imperativo a adoção de ações para sensibilização e capacitação dos profissionais, visando ao enfrentamento adequado e esperado de estigmas, medos e preconceitos.

Pretende-se, assim, que este estudo contribua para o sistema público de saúde do DF, possibilitando melhorias e redirecionando a implementação das políticas públicas de saúde, com o reforço de que medidas de qualificação dos profissionais são essenciais para, conjuntamente com a vigilância em saúde, a construção de uma política efetiva no âmbito da assistência às violências autoprovocadas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das notificações e do atendimento dos profissionais de saúde, objeto deste estudo, aponta, tanto nas evidências epidemiológicas quanto na percepção dos profissionais entrevistados, um aumento considerável na ocorrência de notificações de violência autoprovocada.

O número crescente de notificações de violência autoprovocada no DF evidencia a necessidade de um olhar mais atento para o sofrimento psíquico e configura-se um desafio para gestores e profissionais da saúde. Por um lado, as diretrizes e estratégias são pensadas de acordo com os dados apresentados, enquanto, por outro, as fichas de notificação registram incongruências nos preenchimentos ou inexistência de dados imprescindíveis para conhecimento da problemática.

Assim, esse aumento da ocorrência deve ser investigado amplamente, de modo a abarcar os contextos epidemiológicos e territoriais em relação aos dados notificados, para avaliação concreta da configuração do agravamento como um problema de saúde pública e, por conseguinte, contribuir para o fortalecimento das ações de vigilância.

Ao se confluírem as discussões dos dados quantitativos e qualitativos, fica evidenciado que eles estão diretamente ligados à prática dos profissionais das urgências e emergências, pois são as unidades que mais realizam as notificações. Por isso, é urgente e necessária a reavaliação de todo o processo, pois as notificações contam com inúmeras fragilidades de diferentes esferas.

Os profissionais entrevistados demonstraram que carecem de entendimento acerca da ficha de notificação como instrumento de avaliação e monitoramento. Ao realizar uma análise global, com base nos dados avaliados, é possível apontar aspectos desfavoráveis, demonstrados pelo número elevado de registros ausentes, incompletos ou equivocados nos atendimentos realizados pelos profissionais, os quais contribuem para o mau desempenho da vigilância.

Considerando que a sustentação das intervenções e políticas estão centradas nesse inquérito epidemiológico, torna-se salutar “começar do início” e repensar estratégias para o preenchimento adequado da notificação pelos profissionais. Aqui se enquadram proposições como a disponibilização de forma acessível das

informações necessárias, o incremento de capacitação e sensibilização e a investigação da eventual necessidade de adequação do formulário às realidades dos serviços.

Ademais, foi perceptível nas falas dos participantes que nem sempre é claro o entendimento quanto ao pertencimento do pronto-socorro à RAPS, apesar de todas as normativas que visam primordialmente a essa conexão mais forte e fluida entre os equipamentos de saúde. Convém enfatizar que o pronto-socorro, ainda que não especializado para atendimento a demandas em saúde mental, tem um papel estratégico na lógica do trabalho em rede para o enfretamento da violência autoprovocada.

Portanto, evidencia-se a pertinência do estudo quanto à identificação das problemáticas, a exemplo da deficiência nas ações de qualificação e educação permanentes que possibilitem o desenvolvimento de práticas de qualidade e a renovação de conhecimentos com discussão de questões como a relação profissional-usuário, o desenvolvimento do trabalho em equipe e o conhecimento dos serviços disponíveis no território.

Os produtos desta investigação, advindos dos dados epidemiológicos e das percepções dos profissionais, apontam a necessidade de se dar continuidade ao processo de articulação e organização entre os equipamentos da RAPS do DF. Igualmente, mostra-se indispensável o estímulo para mais pesquisas sobre a problemática, destacando-se a questão da violência autoprovocada para elaboração de planejamentos estratégicos e a execução de ações de prevenção e controle, visando melhorar a notificação, o esclarecimento e o acolhimento aos usuários.

Nesse sentido, a realização de um diagnóstico situacional do atendimento à violência autoprovocada na lógica de rede demonstra que é possível confrontar elementos importantes de estratégias para promover a garantia do acesso equânime às ações e aos serviços de saúde, todos eles alinhados com as diretrizes em saúde mental.

Nem sempre o conjunto das análises de uma investigação consegue contemplar totalmente uma problemática. Por isso, considera-se como limite do estudo o número de participantes das entrevistas como representativo do processo de trabalho das equipes de urgência e emergência no atendimento as situações de violências autoprovocadas no DF. Todavia, deve-se considerar alguns apontamentos para que novos estudos sejam trilhados no aprofundamento da questão da violência

autoprovocada no segmento das linhas de cuidado na perspectiva de rede, principalmente quanto à incorporação dos serviços de urgência e emergência como pontos-chaves e à recomendação de que a sensibilização e capacitação sejam o mote para tal estratégia.

Assim, mostra-se impreterível e urgente refletir sobre o desenvolvimento de estratégias para efetivação da linha de cuidado, por meio de modelos que possam contribuir com práticas psicossociais e integrais. Uma estratégia proposta para a posterior construção e validação do Modelo Lógico sobre a Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Federal é a utilização do roteiro para as entrevistas, elaborado e aplicado neste estudo pelos gestores das regiões de saúde do DF como um instrumento para avaliação da articulação da RAPS, sistematizando o modo como a política está inserida na prática.

Muitos são os desafios enfrentados, pois, embora haja diversas normativas vigentes para o combate à violência autoprovocada e a captação dos dados epidemiológicos, ainda se constata a existência de grandes lacunas, tanto nas regras, quanto no monitoramento da situação. Portanto, caracterizar os casos e mostrar as causas influenciadoras oferece subsídios para as discussões visando ao aprimoramento das políticas públicas e à organização da rede, além de estimular a relevância do tratamento e prevenção a esse tipo de violência.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABATH, M. DE B. et al. Avaliação da completitude, da consistência e da duplicidade de registros de violências do Sinan em Recife, Pernambuco, 2009-2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 1, p. 131–142, mar. 2014.

ANDRADE, K.; ZEFERINO, M. T.; FIALHO, M. B. ARTICULAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA O CUIDADO ÀS CRISES. **Psicologia em Estudo**, v. 21, n. 2, p. 223, 22 set. 2016.

AQUINO, E. M. L. et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 2423–2446, 5 jun. 2020.

BAHIA, C. A. et al. Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 9, p. 2841–2850, set. 2017.

BERNARDES, S. S.; TURINI, C. A.; MATSUO, T. Perfil das tentativas de suicídio por sobredose intencional de medicamentos atendidas por um Centro de Controle de Intoxicações do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, p. 1366–1372, jul. 2010.

BORBA, L. DE O. et al. Assistência em saúde mental sustentada no modelo psicossocial: narrativas de familiares e pessoas com transtorno mental. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 46, n. 6, p. 1406–1414, dez. 2012.

BOTEGA, N. J. et al. Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 12, p. 2632–2638, dez. 2009.

BOTEGA, N. J. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia USP**, v. 25, n. 3, p. 231–236, dez. 2014.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Informação demográfica e socioeconômica. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira - 2018. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2019/03/PDAD_DF-Grupo-de-Renda-compactado.pdf. Acesso em 5 fev. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 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, 14 ago. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 30 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com

sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 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. Brasília, 6 jun. 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não transmissíveis e promoção da saúde. Viva - notificação de violência interpessoal e autoprovocada. Brasília, DF, 2016. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_a_autoprovocada_2ed.pdf. Acesso em 5 fev. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico n. 15. Suicídio: tentativas e óbitos por intoxicação exógena no Brasil, 2007 a 2016. Brasília, jul. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico n. 24. Perfil epidemiológico dos casos notificados de violência autoprovocada e óbitos por suicídio entre jovens de 15 a 29 anos no Brasil, 2011 a 2018. Brasília, set. 2019.

BUENO, V. L. R. DE C.; CORDONI JÚNIOR, L.; MESAS, A. E. Desenvolvimento de indicadores para avaliação de serviço público de odontologia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3069–3082, jul. 2011.

CARMONA-NAVARRO, M. C.; PICHARDO-MARTÍNEZ, M. C. Attitudes of nursing professionals towards suicidal behavior: influence of emotional intelligence. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 6, p. 1161–1168, dez. 2012.

CARNEVALLE, C. V. et al. Notificações de violências contra a mulher adulta no Estado de São Paulo em 2014. **BEPA, Bol. epidemiol. paul. (Impr.)**, p. 3–17, 2019.

CARVALHO, A. L. B. DE et al. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 901–911, abr. 2012.

CASSIOLATO, M. M. DE M. C.; GUERESI, S. Como elaborar Modelo Lógico: roteiro para formular programas e organizar avaliação. <http://www.ipea.gov.br>, set. 2010.

CRESWELL, J. W. Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Porto Alegre: Artmed, 3 ed., 2010.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 1163–1178, 2006.

DE BAÉRE, F. Registros de tentativas de suicídio no Distrito Federal: Uma realidade subnotificada. **INTERAÇÃO EM PSICOLOGIA**, v. 23, n. 01, p. 7, 2019.

DISTRITO FEDERAL. Gabinete do Governador. Decreto n. 37.515, de 26 de julho de 2016. Institui o Programa de Gestão Regional da Saúde - PRS para as Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital. Brasília, 26 jul. 2016.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Plano distrital de saúde 2016-2019. Brasília, mar. 2016. Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2017/11/PDS_2016-2019_OFICIAL_Parte_II-1.pdf. Acesso em 5 fev. 2021.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Plano diretor de saúde mental 2017-2019. Brasília, 2017.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Portaria n. 536, de 8 de junho de 2018. Institui as normas e fluxos assistenciais para as urgências e emergências em saúde mental no âmbito do Distrito Federal. Brasília, 8 jun. 2018.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Subsecretaria de Vigilância Epidemiológica. Informativo sobre as notificações de violência interpessoal/autoprovocada na SES/DF por ciclo de vida - dezembro/2018. Brasília, dez. 2018.

DISTRITO FEDERAL. Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Pesquisa distrital por amostra de domicílio - PDAD 2018. Brasília, 2019.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Plano de Contingência do Distrito Federal para Infecção Humana pelo novo corona vírus - COVID-19. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2020/02/Plano-de-Contingencia-V.6..pdf>. Acesso em 5 fev. 2021.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Saúde do Distrito Federal, Subsecretaria de Atenção à Saúde, Coordenação de Redes e Integração de serviços, Diretoria de Saúde Mental. **PDS_2016-2019_OFICIAL_Parte_II-1.pdf**. Brasília, dez. 2017. Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2017/11/PDS_2016-2019_OFICIAL_Parte_II-1.pdf. Acesso em: 13 nov. 2020

FERREIRA, H.; CASSIOLATO, M.; GONZALEZ, R. COMO ELABORAR MODELO LÓGICO DE PROGRAMA: um roteiro básico. p. 23, 2007.

FONTÃO, M. C. et al. Nursing care to people admitted in emergency for attempted suicide. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. suppl 5, p. 2199–2205, 2018.

FONTOURA, R. T.; MAYER, C. N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 4, p. 532–536, ago. 2006.

GARBIN, C. A. S. et al. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1879–1890, jun. 2015.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2009.

LIMA, M. DA G.; GUSSI, M. A.; FUREGATO, A. R. F. Centro de Atenção Psicossocial, o cuidado em saúde mental no Distrito Federal, Brasil. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. ág. 197-220, 6 set. 2018.

MACHIN, R. Nem doente, nem vítima: o atendimento às “lesões autoprovocadas” nas emergências. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 5, p. 1741–1750, dez. 2009.

MARCOLAN, J. F.; SILVA, D. A. DA. O comportamento suicida na realidade brasileira: aspectos epidemiológicos e da política de prevenção. **Revista M. Estudos sobre a morte, os mortos e o morrer**, v. 4, n. 7, p. 31–44, 1 set. 2019.

MATOS, I. B.; TOASSI, R. F. C.; OLIVEIRA, M. C. DE. Profissões e ocupações de saúde e o processo de feminização : tendências e implicações. 2013.

MERCY, J.; DAHLBERG, L.; ZWI, A. The world report on violence and health. **Lancet**, v. 360, p. 1083–8, 1 nov. 2002.

MINAYO, M. C. DE S. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro; São Paulo: Editora FIOCRUZ [Imprint] Fundacao Oswaldo Cruz SciELO [distributor, 2006.

MONTEIRO, R. A. et al. Hospitalizações relacionadas a lesões autoprovocadas intencionalmente - Brasil, 2002 a 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 689–699, mar. 2015.

OLIVEIRA, M. A. F. DE et al. Processos de avaliação de serviços de saúde mental: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 101, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra, 2002. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>. Acesso em 5 fev. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório mundial sobre a prevenção da violência 2014. Disponível em: file:///C:/Users/sony/Downloads/RELAT%C3%93RIO%20MUNDIAL%20SOBRE%20A%20PREVEN%C3%87AO%20DA%20VIOLENCIA%202014%20_%20OMS.pdf. Acesso em 5 fev. 2021.

PIRES, M. C. DA C. et al. Indicadores de risco para tentativa de suicídio por envenenamento: um estudo caso-controle. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 64, n. 3, p. 193–199, set. 2015.

ROMERO, D. E.; CUNHA, C. B. DA. Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, 2002. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 701–714, mar. 2007.

SANTOS, L. A.; KIND, L. Integralidade, intersetorialidade e cuidado em saúde: caminhos para se enfrentar o suicídio. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. e190116, 2020.

SANTOS, R. C. DE A. et al. Rede de atenção psicossocial: adequação dos papéis e funções desempenhados pelos profissionais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, 2018.

SCHMIDT, B. et al. Impactos na Saúde Mental e Intervenções Psicológicas Diante da Pandemia do Novo Coronavírus (COVID-19). 16 abr. 2020.

SOUZA, J. S. R. DE et al. Política, segurança e saúde pública no Brasil: combatendo a violência. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. [1-7], 2020.

VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. D. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 108–114, jun. 2013.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTOS LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar voluntariamente do projeto de pesquisa: **Reorganização dos e nos processos de trabalho na rede de atenção psicossocial do Distrito Federal**, sob a responsabilidade do pesquisador Maria da Glória Lima. O projeto trata-se de um estudo qualitativo descritivo e exploratório para analisar os serviços de saúde mental da Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Federal - RAPS com ênfase na formação e na participação dos gestores, trabalhadores, usuários e familiares do DF. Esta pesquisa tem por objetivos utilizar estratégias de atuação participativa para conhecer o funcionamento e a organização dos serviços de saúde mental do Distrito Federal, mediante a realização de cursos de qualificação e espaços de reflexão e de análise com a participação de gestores, profissionais de saúde, usuários e seus familiares, de forma a melhorar o acesso e o atendimento realizado pelos profissionais de saúde nos serviços CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)/Rede de atenção psicossocial do Distrito Federal - RAPS.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio de realização de entrevistas semi estruturadas, em locais e datas pré-agendadas, conforme disponibilidade dos participantes. O tempo estimado para as entrevistas poderá ter duração em torno de 20 a 50 minutos. Será solicitada a gravação em áudio, e a sua anuência, mediante a assinatura no termo de autorização de imagem e som. Os riscos inerentes decorrentes de sua participação na pesquisa são de natureza direta como constrangimento de participação nas entrevistas e evocação de memórias de sofrimento. Pode ainda provocar esforço cognitivo e/ou possível constrangimento pessoal por trazer a tona reflexões e emoções sobre as experiências vividas no processo de trabalho ou de cuidado no âmbito da atenção à saúde mental, decorrente dos temas tratados ou do teor das questões. Os riscos indiretos são referentes à possibilidade de quebra de confidencialidade nas dinâmicas realizadas pelo grupo focal e entrevistas individuais. A equipe responsável pela execução da pesquisa e demais pesquisadores colaboradores estará atenta e procurará minimizar os riscos reforçando o direito dos participantes de se recusar a responder qualquer questão percebida como constrangedora ou evocadora de situação de sofrimento emocional. Os profissionais responsáveis pelo CAPS serão contatados, caso haja necessidade de atendimento individual das pessoas entrevistadas. Vale ressaltar que o CAPS funciona com agenda aberta para atendimento de usuários em situação de risco de sofrimento.

Se você aceitar participar, estará contribuindo para melhorar a qualificação dos trabalhadores da rede de atenção Psicossocial, o empoderamento dos usuários e a produção de ferramentas para a organização da gestão e a qualidade do processo de cuidado, de forma a melhorar o acesso nesses serviços.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração. Todas as despesas que você tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados no Núcleo de Estudos em Saúde Pública, da Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Maria da Glória Lima, no Telefone: (61) 3340-6863 (NESP) / 31071711(ENF), em horário comercial, de segunda a sexta-feira/ 999728794 (disponível inclusive para ligação a cobrar), ou ainda, no e-mail: obsam.nespub@gmail/ limamg@unb.br

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília, sob o número de parecer 2.200.022. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1702 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte. Além disso, como a Secretaria de Estado de Saúde é co-participante desta pesquisa, este projeto também foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF sob o número de parecer 2.270.086. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante de pesquisa também podem ser obtidas por meio do telefone: (61) 3325-4955.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor (a).

Maria da Glória Lima
Nome do pesquisador responsável

Nome completo do(a) participante

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do(a) participante:

Brasília, de

de 20 .

APÊNDICE B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE IMAGEM E SOM DE VOZ PARA FINS DE PESQUISA

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz para fins de pesquisa

Eu, _____, autorizo a utilização da minha imagem e som de voz, na qualidade de participante/entrevistado(a) no projeto de pesquisa intitulado “Reorganização dos e nos processos de trabalho na Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Federal mediada pela avaliação participativa”, sob responsabilidade da pesquisadora Maria da Glória Lima vinculada ao Núcleo de Estudos em Saúde Pública do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares da Universidade de Brasília.

Minha imagem e som de voz podem ser utilizados apenas para análise por parte da equipe de pesquisa, apresentações em conferências profissionais e/ou acadêmicas, atividades educacionais.

Tenho ciência de que não haverá divulgação da minha imagem nem som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e à pesquisa explicitados acima. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação às imagens e sons de voz são de responsabilidade do(a) pesquisador(a) responsável.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, da minha imagem e som de voz.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa e a outra com o(a) participante.

Assinatura do (a) participante Assinatura da pesquisadora

Brasília, _____ de _____ de _____

Em caso de dúvida procurar: Prof^a. Maria da Glória Lima (Coordenadora da Pesquisa). Endereço: Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem (ENF), Campus Universitário Darcy Ribeiro, Asa Norte, CEP: 70910-900, Brasília, DF, Brasil. Telefone: (61) 3107-7947 (NESP) / 3107-1711(ENF) / 999728794. E-mail: obsam.nespunb@gmail/ limamg@unb.br. Ou diretamente no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde: CEP/FS – End.: Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte. Telefone: 3107-1702. E-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com. Horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. Também poderá procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal pelo telefone 3325 4955.

APÊNDICE C - TERMO DE CONCORDÂNCIA DE INSTITUIÇÃO PARTICIPANTE



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



TERMO DE CONCORDÂNCIA DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

AUTORIZAÇÃO

Eu, *Josinaldo da Silva Cruz* do *Hospital Regional de Samambaia* estou ciente de minhas corresponsabilidades como instituição coparticipante no cumprimento da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, na realização do projeto de pesquisa “*O papel das portas de urgência e emergência como integrantes da RAPS da Região de Saúde Sudoeste do DF no atendimento a violência autoprovocada*”, de responsabilidade do(a) pesquisador(a) *Márcia Vitor Ribeiro Martins*, para analisar a articulação dos serviços de urgência e emergência à RAPS da Região de Saúde Sudoeste do DF de acordo com as diretrizes de atenção à Saúde Mental no atendimento a vítimas de violência autoprovocada a partir da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília, como instituição proponente do projeto de pesquisa, e também da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS/FHB/SES como instituição co-participante.

Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos *participantes de pesquisa* nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Diretor responsável do Hospital Regional de Samambaia:

Nome/Assinatura/Carimbo

Chefia responsável pelo Pronto-Socorro

Nome/Assinatura/Carimbo

APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIOPROFISSIONAL

ENTREVISTADO: _____ DATA: _____

GÊNERO () Masc. () Fem.	
IDADE EM ANOS: () 20 a 24 () 25 a 29 () 30 a 34 () 35 a 39 () 40 a 44 () 45 a 49 () > 50	
RENDA () 1 a 3 mil () > 3 a 6 mil () > 6 a 9 mil () > 9 mil	
FORMAÇÃO PROFISSIONAL COMPLETA <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Pós graduação <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado	ATUAÇÃO PROFISSIONAL NESTE SERVIÇO <input type="checkbox"/> Técnico (a) em enfermagem <input type="checkbox"/> Enfermeiro (a) <input type="checkbox"/> Médico (a) <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Psicólogo (a) <input type="checkbox"/> Assistente social <input type="checkbox"/> Chefia de equipe <input type="checkbox"/> Gestor (a)
TEMPO DE ATUAÇÃO NO SERVIÇO <input type="checkbox"/> > 1 a 5 anos <input type="checkbox"/> > 5 a 10 anos <input type="checkbox"/> > 10 anos	VÍNCULO NA SES/DF <input type="checkbox"/> Estatutário <input type="checkbox"/> Cargo comissionado <input type="checkbox"/> Contrato temporário <input type="checkbox"/> CLT <input type="checkbox"/> Outro _____
JORNADA DE TRABALHO NA UNIDADE: () 20h/sem () 40h/sem () 60h/sem	
TEM EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL EM ALGUM SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO EM SAÚDE MENTAL? <input type="checkbox"/> Sim () Não	TEMPO DE ATUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL: <input type="checkbox"/> 3 meses a 1 ano <input type="checkbox"/> >1 a 5 anos <input type="checkbox"/> >5 a 10 anos <input type="checkbox"/> > 10 anos
QUAL CARGO DESEMPENHADO NA AREA DE SAÚDE MENTAL? Assistencial () Gestão ()	PARTICIPOU DE CURSO/ TREINAMENTO/ CAPACITAÇÃO ESPECIFICAMENTE NA ÁREA DE SAÚDE MENTAL NOS ÚLTIMOS 3 ANOS? <input type="checkbox"/> Sim () Não

APÊNDICE E – ROTEIRO DE ENTREVISTAS

EIXO I: CARACTERIZAÇÃO E PERFIL DA VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA

- 1) Na sua vivência profissional como você percebe a demanda dos casos de violência autoprovocada atendidos no seu serviço? Houve aumento, diminuição, alguma mudança brusca notada?
- 2) Qual o perfil desses pacientes atendidos no serviço (faixa etária, sexo, perfil sociodemográfico, perfil de saúde)?
- 3) Qual o meio mais utilizado na prática da violência autoprovocada?
- 4) Qual a sua compreensão dos conceitos de violência autoprovocada e tentativa de suicídio.

EIXO II: ATENDIMENTO E NOTIFICAÇÃO

- 1) Quando é admitido um paciente que atenta contra a própria vida quais são as condutas que você adota enquanto integrante da equipe de emergência?
- 2) Qual a conduta para pacientes reincidentes?
- 3) A assistência à saúde é fundamentada em protocolos e fluxos de atendimento para que todos os integrantes da equipe tenham uma conduta semelhante. Você percebe que sua conduta e de outros profissionais da equipe segue o mesmo padrão? Existe um protocolo ou fluxo estabelecido? Se sim, descreva no que consiste e onde os integrantes da equipe poderiam encontrar.
- 4) Dentre as rotinas de atendimento a violência autoprovocada como você realiza o registro ou anotações sobre o caso? Pode descrever objetivamente o que você anota e o local (caderno de intercorrências, livro ata, prontuário, ficha)?
- 5) Descreva fatores que dificultam ou facilitam para realizar o atendimento a pacientes admitidos por violência autoprovocada, desde a admissão até a alta. Exemplifique alguma situação vivenciada.

EIXO III: RAPS

- 1) Existem várias redes de atenção a saúde, por exemplos, a Rede de Urgência e Emergência (RUE) e Rede Cegonha. Qual seu conhecimento sobre uma das

redes denominada Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e quais os serviços que a compõem?

- 2) Quais desses serviços específicos de atenção psicossocial existem na regional de saúde que você atua?
- 3) Que tipo de relação que você percebe que existe entre a unidade que você trabalha e a RAPS?
- 4) Como se dá a articulação da sua unidade com a RAPS da regional? Descreva como acontece o contato entre as unidades.
- 5) No sistema de saúde, cada serviço tem um papel estratégico na organização da assistência. Nos casos de violência autoprovocada qual o papel dos serviços de urgência e emergência na sua percepção?
- 6) Quais diretrizes legais a nível nacional e distrital apresentam a organização do fluxo de atendimento à situação de violência autoprovocada que você tem conhecimento?

EIXO IV: PANDEMIA

- 1) Você percebe alguma alteração na dinâmica de atendimento a violência autoprovocada durante a pandemia do Covid-19? Descreva alguma situação, experiência ou informações que achar relevante.

ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL
VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA

Nº

DEFINIÇÃO DE CASO: Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres, homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT. **Atenção:** Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares, de acordo com o art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (Decreto-Lei no 5.099 de 03/06/2004, Lei no 10.778/2003) e maus tratos contra a pessoa idosa (artigo 19 da Lei no 10.741/2003).

DADOS GERAIS	1 – Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2 – Agravou/Doença		Código – (CID10)	3 – Data da Notificação	
	VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		Y09		
	4 – UF	5 – Município de notificação		Código (IBGE)	
6- Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 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 da Unidade	9- Data da ocorrência da violência	
8- Unidade de Saúde			Código (CNES)		
NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	10- Nome do paciente				11- Data de Nascimento
	12-(ou) Idade <input type="checkbox"/>	1- Hora 2- Dia 3- Mês 4- Ano	13- Sexo <input type="checkbox"/>	14- Gestante 1-1º Trimestre 3- 3º Trimestre 5- Não	15- Raça/Cor <input type="checkbox"/>
	M- Masculino F- Feminino		2- 2º Trimestre <input type="checkbox"/>	4- Idade gestacional Ignorada 6- Não se aplica 9- Ignorado	1- Branca 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena 9- Ignorado
	16- Escolaridade 0- Analfabeto 1- 1º ao 5º ano incompleto do EF (antigo 1º a 4ª série) 2- 5º ano completo do EF (antigo primário ou 1º grau) 3- 6º ao 9º ano incompleto do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4- Ensino Fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5- Ensino Médio Incompleto (2º grau) 6- Ensino Médio Completo (2º grau) 7- Educação Superior Incompleta 8- Educação Superior Completa 9- Ignorado 10- Não se aplica				
17- Número do Cartão SUS		18- Nome da Mãe			
DADOS DE RESIDÊNCIA	19-UF	20- Município de Residência		Código (IBGE)	21-Distrito/RA
	22- Bairro		23- Logradouro (rua, avenida, quadra...)		Código
	24- Número	25- Complemento (apto, casa,...)			26-Geo Campo1
	27- Geo Campo 2		28- Ponto de Referência		29- CEP
	30-(DDD) Telefone		31-Zona <input type="checkbox"/>	32- País (se reside fora do Brasil)	
		1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9- Ignorado			

Dados Complementares

DADOS DA PESSOA ATENDIDA	33- Nome Social		34- Ocupação			
	35- Situação Conjugal/Estado Civil 1 – Solteiro 2 - Casado/união consensual 3- Viúvo 4 – Separado 8- Não se aplica 9 – Ignorado <input type="checkbox"/>					
	36- Orientação Sexual		3- Bissexual <input type="checkbox"/>	37- Identidade de gênero		
	1- Heterossexual 2- Homossexual(gay/lésbica)		8- Não se aplica <input type="checkbox"/>	9- Ignorado	1- Travesti <input type="checkbox"/> 2- Mulher Transexual 8- Não se aplica 9- Ignorado	
38- Possui algum tipo de Deficiência/ transtorno?		39- Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado				
1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência Visual <input type="checkbox"/> Transtorno Mental <input type="checkbox"/> Outras _____ <input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência Auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de Comportamento				
DADOS DA OCORRÊNCIA	40-UF	41- Município de Ocorrência		Código (IBGE)	42-Distrito/RA	
	43- Bairro		44- Logradouro (rua, avenida, quadra...)		Código	
	45- Número	46- Complemento (apto, casa,...)			47-Geo Campo3	48- Geo Campo 4
	49-Ponto de Referência		50 –Zona de Ocorrência <input type="checkbox"/>		51-Hora de Ocorrência (00:00-23:59 horas)	
	1-Urbana 2- Rural 3- Periurbana 9- Ignorado					
52- Local de Ocorrência		07- Comércio/serviços <input type="checkbox"/>		53- Ocorreu outras vezes? <input type="checkbox"/>		
01-Residência		08-Indústrias/Construção <input type="checkbox"/>		1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/>		
02-Habitação Coletiva		09-Outro _____		54-A lesão foi autoprovocada? <input type="checkbox"/>		
03-Escola		99-Ignorado		1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/>		
04-Local de Prática Esportiva		05-Bar ou similar				
06-Via Pública						

Mod.110.195

c.c. 11.000

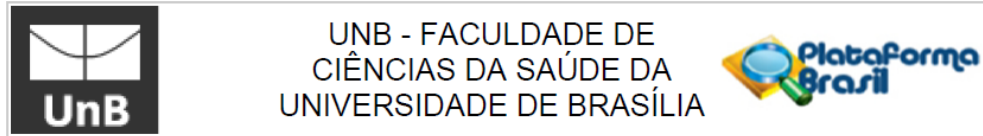
Formato:210x297

07/2015

N. Prod.Gráfica/SES

VIOLÊNCIA	55-Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância Religiosa 88-Não se aplica 99-Ignorado 05-Xenofobia 06-Conflito Geracional 07-Situação de Rua 08-Deficiência 09-Outros			
	56-Tipo de Violência 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		57-Meio da Agressão 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	
	<input type="checkbox"/> Física	<input type="checkbox"/> Tráfico de Seres Humanos	<input type="checkbox"/> Intervenção Legal	<input type="checkbox"/> Força Corporal/Espancamento
	<input type="checkbox"/> Psicológica/Moral	<input type="checkbox"/> Financeira/Econômica	<input type="checkbox"/> Outros:Tentativa de Suicídio	<input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Envenenamento, intoxicação
	<input type="checkbox"/> Tortura	<input type="checkbox"/> Negligência/abandono	<input type="checkbox"/> Outros: Automutilações	<input type="checkbox"/> Obj. Contundente <input type="checkbox"/> Arma de Fogo
	<input type="checkbox"/> Sexual	<input type="checkbox"/> Trabalho Infantil	<input type="checkbox"/> Outros_____	<input type="checkbox"/> Obj. Pêrfuro-Cortante <input type="checkbox"/> Ameaça
				<input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Outros
VIOLÊNCIA SEXUAL	58- Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado			
	<input type="checkbox"/> Assédio Sexual	<input type="checkbox"/> Estupro	<input type="checkbox"/> Pornografia Infantil	<input type="checkbox"/> Exploração Sexual <input type="checkbox"/> Outros_____
	59- Procedimento realizado 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado			
	<input type="checkbox"/> Profilaxia DST	<input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B	<input type="checkbox"/> Coleta de sêmen	<input type="checkbox"/> Contracepção de emergência
	<input type="checkbox"/> Profilaxia HIV	<input type="checkbox"/> Coleta de sangue	<input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal	<input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei
DADOS DO PROVÁVEL AUTOR DA VIOLÊNCIA	60-Número de envolvidos <input type="checkbox"/> 1- Um 2-Dois ou mais 9-Ignorado	61- Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		62-Sexo do provável autor da agressão <input type="checkbox"/> 1-Masculino 2-Feminino 3- Ambos os Sexos 9-Ignorado
		<input type="checkbox"/> Pai	<input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge	<input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei
		<input type="checkbox"/> Mãe	<input type="checkbox"/> Namorado(a)	<input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa
		<input type="checkbox"/> Padoastro	<input type="checkbox"/> Ex-namorado(a)	<input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros_____
		<input type="checkbox"/> Madastra	<input type="checkbox"/> Filho(a)	<input type="checkbox"/> Patrão/Chefe
		<input type="checkbox"/> Cônjuge	<input type="checkbox"/> Irmão(ã)	<input type="checkbox"/> Pessoal com relação institucional
	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			<input type="checkbox"/>
EVOLUÇÃO E ENCAMINHAMENTOS	65- Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
	<input type="checkbox"/> Rede de Saúde (Unidade Básica de Saúde, Hospital, outras)	<input type="checkbox"/> Conselho do Idoso	<input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher	
<input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras)	<input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso	<input type="checkbox"/> Outras Delegacias		
<input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, Escola, outras)	<input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos	<input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude		
<input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras)	<input type="checkbox"/> Ministério Público	<input type="checkbox"/> Defensoria Pública		
<input type="checkbox"/> Conselho Tutelar	<input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente			
	66- Violência Relacionada ao Trabalho 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/>	67- Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado <input type="checkbox"/>	68- Circunstância da lesão CID 10 - _____	
	69- Data de encerramento			
Informações complementares e observações				
Nome do acompanhante		Vínculo/grau de parentesco	(DDD) Telefone	
Observações Adicionais:				
Disque-saúde Ouvidoria Geral do SUS 136		TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180		Disque Direitos Humanos 100

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/ FS-UNB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Reorganização dos e nos processos de trabalho na Rede de Atenção Psicossocial mediada pela avaliação participativa

Pesquisador: Maria da Glória Lima

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 67425917.6.0000.0030

Instituição Proponente: FACULDADE DE SAÚDE - FS

Patrocinador Principal: Secretaria de Atenção a Saúde

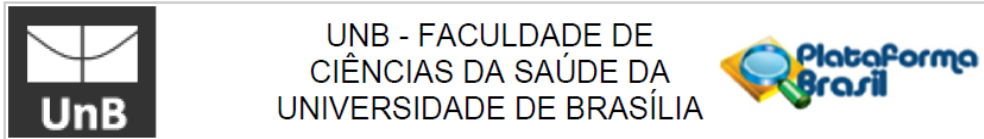
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.200.022

Apresentação do Projeto:

O Projeto é apresentado na Plataforma Brasil como se segue "A rede de saúde mental do Distrito Federal se expandiu nos últimos anos no sentido de ampliar o acesso das pessoas que necessitam de cuidados psicossociais. São múltiplas as formas de organização dos serviços, com mecanismos de gestão e processos de trabalho singulares, com inovações e heterogeneidade nos modos de produzir saúde mental. A presente pesquisa integra uma das atividades do Observatório de Políticas de Atenção à Saúde Mental do Distrito Federal, criado em 2016 no Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília (NESP/UnB). Trata-se de projeto guarda-chuva, com uso de abordagens qualitativa e quantitativa e métodos diversos: grupos focais e/ou método de roda, entrevistas semiestruturadas e entrevista de profundidade, questionários e diário de campo. Objetiva-se explorar dispositivos de atuação participativa, monitoramento, qualificação e aperfeiçoamento dos diferentes atores: gestores, profissionais, usuários e familiares da Rede de Atenção Psicossocial do DF. Espera-se como resultados: mapeamento da Rede de Atenção Psicossocial; contextualização e caracterização do trabalho desenvolvido nos dispositivos de atenção psicossocial, especialmente os CAPS; produção de indicadores para os serviços CAPS; formação profissional para o apoio e caracterização do perfil dos usuários e familiares da RAPS. O presente projeto pretende aperfeiçoar as atividades já desenvolvidas nos CAPS, em especial os

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.200.022

processos de trabalho dos serviços; identificar barreiras de acesso e lacunas assistenciais; propor soluções que contribuam para avaliar e reconstruir a dinâmica da rede e dos serviços que ela oferece, a fim de melhorar a qualidade assistencial; compartilhar os resultados encontrados, de forma a oferecer subsídio aos gestores e profissionais da saúde nas ações de planejamento, promoção, prevenção e enfrentamento dos agravos de saúde mental, além do fortalecimento da RAPS; contribuir com o aprimoramento das políticas públicas de saúde mental no DF e com a promoção de uma vida digna e com justiça social aos usuários da saúde mental.”

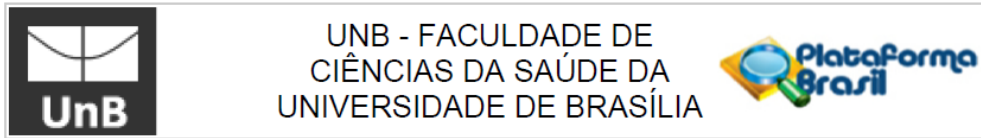
METODOLOGIA:

“Trata-se de um estudo de abordagem mista, com delineamento transversal e natureza exploratória-descritiva com triangulação de métodos e técnicas (MINAYO, 2005). Este projeto se propõe a desenvolver uma abordagem integradora teórico-prática, “com base empírica, concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou de enfrentamento e/ou com a resolução de um problema coletivo no qual os pesquisadores e os participantes, representativos da situação ou do problema, estão envolvidos de modo cooperativo e participativo (THIOLLENT, 2003)[...] um tipo de pesquisa social participante, com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo, no qual pesquisadores e participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo [...]. (THIOLLENT, 2003, p. 14) A pesquisa para Demo (2006) se justifica quando a formação científica assume também a formação educativa, um processo de criar e emancipar. Ele toma a pesquisa como atitude processual de investigação diante do cotidiano, dos limites desconhecido e dos limites que a natureza e a sociedade nos impõem; e ainda, com visão emancipatória apresenta a pesquisa como trajeto educativo e científico. A pesquisa será desenvolvida em etapas no decorrer do período de quatro anos previsto para Maio de 2017 a Julho de 2021. As etapas compreendem os seguintes eixos: i) Mapeamento dos dispositivos da rede de saúde mental do Distrito Federal; ii) Capacitação em pesquisa avaliativa participativa/processo avaliativo e apoio institucional;iii) A compreensão do trabalho e a produção do cuidado em saúde na Rede de Atenção Psicossocial; iv) Atenção integral em saúde mental e a participação social dos usuários e seus familiares na Rede de Atenção Psicossocial; e v) Vulnerabilidade dos usuários e familiares em situação de sofrimento e exclusão social e as redes de apoio psicossociais e comunitárias.”

CRITÉRIO DE INCLUSÃO:

“Serão considerados critérios de inclusão na pesquisa os seguintes itens: a. Gestores de CAPS/Unidades de Acolhimento b. Profissionais de CAPS/Unidades de Acolhimento c. Usuários de

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** ceptsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.200.022

CAPS/Unidades de Acolhimento e familiares d. Membros da comunidade envolvidos com a atenção psicossocial.”

Hipótese:

“Os processos participativos de gestão e de produção de cuidado são dispositivos apoiadores do planejamento das ações de saúde e da qualificação do trabalho na Rede de Atenção Psicossocial, de maneira a ampliar o acesso a atenção integral dos usuários com transtorno mental e/ou dependente de álcool e outras drogas?”

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

“Explorar dispositivos de atuação participativa, monitoramento, qualificação e aperfeiçoamento dos diferentes atores: gestores, profissionais e usuários e seus familiares da Rede de Atenção Psicossocial do DF.”

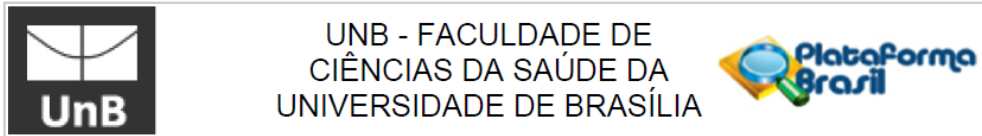
Objetivo Secundário:

“a. Mapear a rede ampliada de saúde mental do DF, a partir dos CAPS; b. Analisar as redes psicossociais instituídas entre os serviços e o protagonismo das comunidades na Rede de Atenção Psicossocial; c. Identificar as fragilidades e potencialidades da participação dos atores na produção do cuidado em saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial do DF; d. Identificar a organização e funcionamento do trabalho em saúde dos serviços que compõem a RAPS/DF; e. Construir indicadores para os serviços CAPS/RAPS; f. Identificar a percepção dos profissionais de saúde sobre o trabalho realizado nos serviços da RAPS quanto aos desafios e avanços da abordagem psicossocial; g. Identificar o perfil dos usuários e famílias atendidos nos CAPS/AD do DF; h. Identificar o itinerário terapêutico percorrido pelos usuários e seus familiares para acesso, atendimento e tratamento na RAPS/DF; i. Identificar as estratégias de participação social com vistas à inclusão social dos usuários e familiares da saúde mental; j. Identificar necessidades de cuidado de usuários e familiares e a sua rede de apoio social; k. Implementar a abordagem do Tratamento Comunitário junto à população em situação de vulnerabilidade, sofrimento e exclusão social mediante a promoção de redes de apoio e proteção comunitária no DF; l. Analisar a vulnerabilidade dos usuários da saúde mental na perspectiva das políticas públicas e das abordagens da bioética de proteção e da bioética da intervenção.”

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro	
Bairro: Asa Norte	CEP: 70.910-900
UF: DF	Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947	E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.200.022

“Os riscos inerentes a pesquisa são de natureza direta, como constrangimento de participação nas entrevistas e evocação de memórias de sofrimento. Pode ainda provocar esforço cognitivo e/ou possível constrangimento pessoal por trazer à tona reflexões e emoções sobre as experiências vividas no processo de trabalho ou de cuidado no âmbito da atenção à saúde mental, decorrentes dos temas tratados ou do teor das questões. Os riscos indiretos são referentes à possibilidade de quebra de confidencialidade nas dinâmicas realizadas pelo grupo focal e entrevistas individuais. A equipe responsável pela execução da pesquisa e demais pesquisadores colaboradores estarão atentos e procurarão minimizar os riscos, reforçando o direito dos participantes de se recusarem a responder qualquer questão percebida como constrangedora ou evocadora de situação de sofrimento emocional. Os profissionais responsáveis pelo CAPS serão contatados, caso haja necessidade de atendimento individual das pessoas entrevistadas. Vale ressaltar que o CAPS funciona com agenda aberta para atendimento de usuários em situação de risco de sofrimento e o participante terá acesso ao atendimento nessa instituição.”

Benefícios:

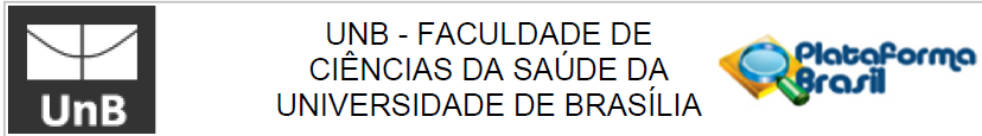
“Os benefícios esperados neste estudo envolvem a qualificação dos profissionais, o empoderamento dos usuários e a produção de ferramentas para a organização da gestão e do processo de cuidado. A pesquisa irá construir processos de capacitação/formativos com os gestores, trabalhadores e usuários e familiares da Rede de Atenção Psicossocial, em especial os CAPS/RAPS, na perspectiva de melhorar o acesso e a qualidade do cuidado em saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial. Finalmente, a pesquisa produzirá um “Guia físico dos serviços de saúde mental disponíveis no DF” e uma “Página web interativa georreferenciada dos serviços de saúde mental disponíveis no DF.”

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto guarda-chuva da Faculdade de Ciências da Saúde/UnB, na área de Ciências da Saúde na temática da Saúde Coletiva, coordenado pelas pesquisadoras Dra. Maria da Glória Lima Maria Aparecida Gussi e conta com a participação de nove pesquisadores, três estudantes de graduação e dois estudantes de Mestrado Profissional. A pesquisa está orçada em R\$ 1.140.000,00 (um milhão e cento e quarenta mil reais) distribuídos em R\$ 343.000,00 (trezentos e quarenta e três mil reais) para custeio e R\$ 797.000,00 (setecentos e noventa e sete mil reais) para bolsas (pesquisadores e estudantes), financiada pela Secretaria de Atenção à Saúde do Distrito Federal.

A pesquisa terá trezentos e dezoito (318) participantes, distribuídos da seguinte forma: (1)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.200.022

Gestores dos CAPS/UA: 18 participantes; (2) Familiares dos usuarios dos CAPS/US: 50 participantes, (3) Usuarios dos CAPS: 150 participantes e (4) Profissionais de saude dos CAPS/US: 100 participantes. O Desfecho primario da pesquisa foi definido como "Qualificacao da Rede de Atencao Psicossocial com construcao de indicadores de qualidade e de acesso aos servicos de saude mental."

A Co-participante deste projeto e a Secretaria de Saude do Distrito Federal, tendo como responsavel Humberto Lucena Pereira da Fonseca, com Comite de Etica – Fundacao de Ensino e Pesquisa em Ciencias da Saude – FEPECS/SES/DF.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram analisados os seguintes documentos como resposta às pendências emitidas pelo parecer consubstanciado no. 2.160.041:

Informações Básicas do Projeto: "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_832755.pdf" de 27/07/2017;

Carta de resposta ao CEP: "CartaRespPendencias.doc" e "Carta_Resp_Pendencias.pdf" de 27/07/2017;

Termo de Autorização de Imagem e Som de Voz para fins de Pesquisa: "Termo_Aut_Utiliz_Imagem_SomVoz_Pais.pdf" e "Termo_Aut_Utiliz_Imagem_SomVoz_Pais.docx", ambos de 17/07/2017;

TCLEs:

Na versão pdf e seu correspondente em docx: "TCLE_Pai_Responsavel_Legal.pdf" e "TCLE_Pai_Responsavel_Legal.docx",

"TCLE_grupofocal_Usuario_Familiar.pdf" e "TCLE_grupofocal_Usuario_Familiar.docx",

"TCLE_grupofocal_Gestor_Prof_Saude.pdf" e "TCLE_grupofocal_Gestor_Prof_Saude.docx",

"TCLE_entrevista_Usuario_Familiar.pdf" e "TCLE_entrevista_Usuario_Familiar.docx"

"TCLE_entrevista_Gestor_Prof_Saude.pdf" e "TCLE_entrevista_Gestor_Prof_Saude.docx",

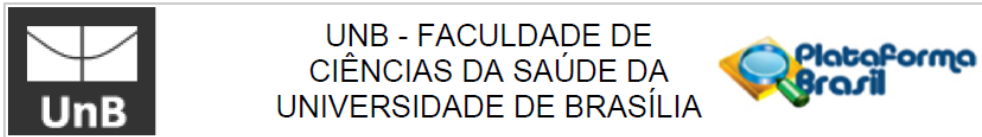
TALEs: "TALE_10a13_anos.docx" e "TALE_10a13_anos.pdf"; "TALE_14a17_anos.docx" e "TALE_14a17_anos.pdf" todos de 27/07/2017;

Projeto Detalhado: "PROJETO_resposta_pend_CEPFS.docx" de 27/07/2017.

Recomendações:

Não se aplica.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.200.022

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Análise das respostas às pendências emitidas pelo parecer consubstanciado no. 2.160.041:

1. Solicita-se apresentar cada modelo de TCLE, bem como do TALE, em arquivos individualizados.

Resposta - Foram apresentados/anexados à Plataforma Brasil os modelos dos documentos TCLE e TALE nas versões Word e PDF. As versões em Word estão inclusas no Projeto, conforme págs. 36 a 49.

TCLE_entrevista_Gestor_Prof Saude (pág. 36/37)

TCLE_grupofocal_Gestor_Prof Saude (pág. 38/39)

TCLE_entrevista_Usuário_e_Familiar (pág. 40/41)

TCLE_grupofocal_Usuário_e_Familiar (pág. 42/43)

TCLE_Pai_Responsavel (pág. 44/45)

TALE 10_13 anos (pág. 46/47)

TALE 12_17 anos (pág. 48/49)

Observação1: O trabalho de pesquisa proposto não pretende o envolvimento de crianças menores de 10 anos como participantes do estudo.

Observação 2: A aplicação do TCLE ou do TALE se fará sempre com a presença de um pesquisador para retirada de dúvidas ou maiores esclarecimentos e, no caso do TALE, a explicação em linguagem “entendível” de cada criança, caso a caso.

Análise: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2. Solicita-se apresentar modelo de TCLE direcionado aos pais ou responsável legal do menor participante da pesquisa.

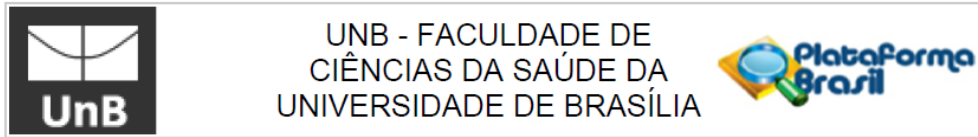
Resposta - Foi apresentado/anexo modelo de TCLE direcionado aos pais ou responsável legal, localizado na página 44/45 do projeto.

Análise: PENDÊNCIA ATENDIDA.

3. Solicita-se acrescentar informacoes sobre aprovacao pelo CEP/FEPCS-SES/DF nos TCLEs e TALEs, visto que esse CEP apreciara o presente protocolo de pesquisa como CEP vinculado a instituicao coparticipante. Recomenda-se ver modelo na pagina do web do CEP/FS.

Resposta – Foi acrescentada a informação conforme solicitado em todos os citados documentos TCLE e TALE (retirado do modelo disponível no site do CEP/FS): “Além disso, como a Secretaria de Estado de Saúde é co-participante desta pesquisa, este projeto também foi aprovado pelo Comitê

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** ceptsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.200.022

de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante de pesquisa também podem ser obtidos por meio do telefone: (61) 3325-4955.”

TCLE_entrevista_Gestor_Prof Saude (página 36/37, parágrafo 10);

TCLE_grupofofocal_Gestor_Prof Saude (página 38/39, parágrafo 10);

TCLE_entrevista_Usuário_e_Familiar (página 40/41, parágrafo 10);

TCLE_grupofofocal_Usuário_e_Familiar (página 42/43, parágrafo 10);;

TCLE_Pai_Responsavel (págs. 44/45, parágrafo 10);

TALE 10_13 anos (pág. 46/47, parágrafo 8);

TALE 14_17 anos (págs. 48/49, parágrafo 6);

Análise: PENDÊNCIA ATENDIDA.

4. Quanto ao documento "Term_Ass_Crianca_Adoles2.docx", postado em 20/04/2017, solicita-se adequar a linguagem do documento as diferentes faixas etárias. Recomenda-se apresentar 3 versoes do TALE considerando as faixas etárias 6 a 10 anos, 11 a 13 anos e 14 a 17 anos.

Resposta - Considerando o grupo etário convidado a participar da pesquisa foram apresentados/anexados dois TALE para as faixas de idade de 10 a 13 anos e de 14 a 17 anos. (páginas 46 a 49), uma vez que o trabalho de pesquisa proposto não pretende o envolvimento de crianças menores de 10 anos como participantes do estudo.

Observação: Feito modificação no item participantes do estudo (Pág. 9, Parágrafo 2)

Análise: PENDÊNCIA ATENDIDA.

5. Solicita-se apresentar modelo de termo de autorizacao de utilizacao de imagem e som de voz para fins de pesquisa direcionado ao pai ou responsavel legal do menor participante de pesquisa.

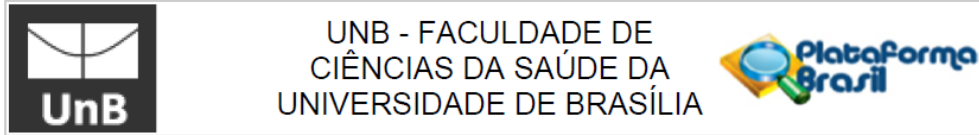
Resposta – Foi apresentado/anexado Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som da Voz direcionado ao pai ou responsável, na versão Word e PDF. A versão em Word está inclusa no Projeto, conforme página 51.

Análise: PENDÊNCIA ATENDIDA.

6. Solicita-se informar claramente e incluir no cronograma a etapa de coleta de dados. Esta deve ser posterior a aprovacao pelo CEP/FS e a aprovacao pelo CEP-FEPECS, esse ultimo vinculado a instituicao coparticipante.

Resposta: No item cronograma ressaltamos que a coleta de dados terá inicio somente após a aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa da FS e SES/DF com modificações nos itens coleta de

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.200.022

dados e a análise, em separado.
Análise: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Conclusão: Todas as pendências foram atendidas. Não há óbices éticos para a realização deste projeto. Protocolo de pesquisa está em conformidade com a Resolução CNS 466/2012 e Complementares.

Considerações Finais a critério do CEP:

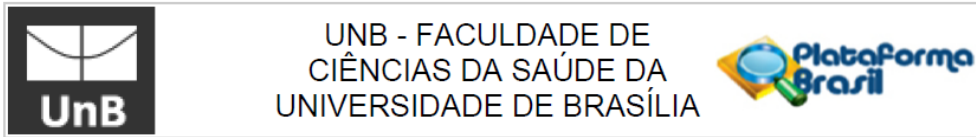
De acordo com a Resolução 466/12 CNS, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

O início das atividades de coleta dos dados do projeto devem aguardar a aprovação do projeto pelo CEP da instituição coparticipante.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_832755.pdf	27/07/2017 16:25:40		Aceito
Outros	CartaRespPendencias.doc	27/07/2017 16:19:33	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Carta_Resp_Pendencias.pdf	27/07/2017 16:10:01	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_Aut_Utiliz_Imagem_SomVoz_Pais.pdf	27/07/2017 16:05:56	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Pai_Responsavel_Legal.pdf	27/07/2017 16:05:40	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_grupofocal_Usuário_Familiar.pdf	27/07/2017 16:05:22	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_grupofocal_Gestor_Prof_Saude.pdf	27/07/2017 16:05:02	Maria da Glória Lima	Aceito

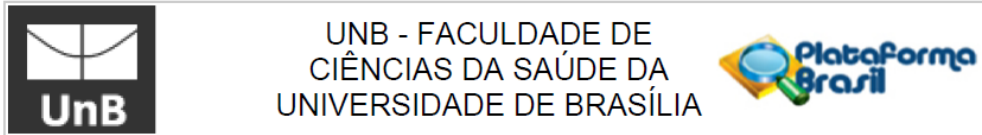
Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.200.022

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_entrevista_Usuario_Familiar.pdf	27/07/2017 16:04:39	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_entrevista_Gestor_Prof_Saude.pdf	27/07/2017 16:04:28	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_14a17_anos.pdf	27/07/2017 16:04:21	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_10a13_anos.pdf	27/07/2017 16:04:09	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_Aut_Utiliz_Imagem_SomVoz_Pais.docx	27/07/2017 16:00:25	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Pai_Responsavel_Legal.docx	27/07/2017 16:00:15	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_grupofocal_Usuario_Familiar.docx	27/07/2017 15:59:31	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_grupofocal_Gestor_Prof_Saude.docx	27/07/2017 15:58:57	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_entrevista_Usuario_Familiar.docx	27/07/2017 15:58:30	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_entrevista_Gestor_Prof_Saude.docx	27/07/2017 15:57:36	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_14a17_anos.docx	27/07/2017 15:57:20	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_10a13_anos.docx	27/07/2017 15:57:00	Maria da Glória Lima	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

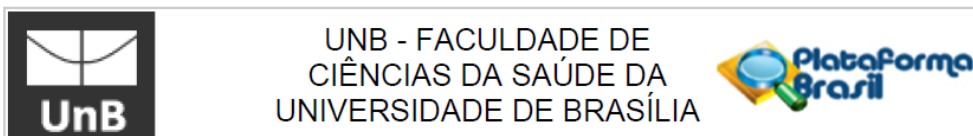


UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Continuação do Parecer: 2.200.022

Ausência	TALE_10a13_anos.docx	27/07/2017 15:57:00	Maria da Glória Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_resposta_pend_CEPFS.docx	27/07/2017 15:56:22	Maria da Glória Lima	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	20/04/2017 14:57:49	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEs2.docx	20/04/2017 14:50:26	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Term_Ass_Crianca_Adoles2.docx	20/04/2017 14:50:01	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	TermoCompr_Gloria.doc	19/04/2017 11:23:57	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	CartEncamProj.doc	19/04/2017 11:22:22	Maria da Glória Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	10/04/2017 17:51:55	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Term_Aut_Imag_Som.doc	10/04/2017 17:51:00	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Vilmara_Macedo.pdf	10/04/2017 17:37:38	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Vanessa_Carnevale.pdf	10/04/2017 17:36:51	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Tania_Resende.pdf	10/04/2017 17:35:59	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Renata_Cavalcante.pdf	10/04/2017 17:35:18	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Otavio_Ramalho.pdf	10/04/2017 17:34:47	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Maria_Gloria.pdf	10/04/2017 17:34:18	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Maria_Gussi.pdf	10/04/2017 17:33:52	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Maira_Gussi.pdf	10/04/2017 17:33:19	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Luana_Paz.pdf	10/04/2017 17:32:48	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Karime_Porto.pdf	10/04/2017 17:32:09	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Ione_Barros.pdf	10/04/2017	Maria da Glória	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.200.022

Outros	Curriculo_lone_Barros.pdf	17:31:42	Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Hugo_Vitor.pdf	10/04/2017 17:31:05	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Cibele_Sousa.pdf	10/04/2017 17:30:20	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Aurelio_Andrade.pdf	10/04/2017 17:29:45	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Adriana_Carvalho.pdf	10/04/2017 17:28:01	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	TermoConcFS.doc	10/04/2017 17:17:11	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	TermoConcFepeps.doc	10/04/2017 17:16:39	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	TermConcFepeps.PDF	10/04/2017 17:03:41	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	TermoConcFS.PDF	10/04/2017 17:02:25	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	TermCompr_Gloria.PDF	10/04/2017 16:58:47	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	CartEncamProj.PDF	10/04/2017 16:57:49	Maria da Glória Lima	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

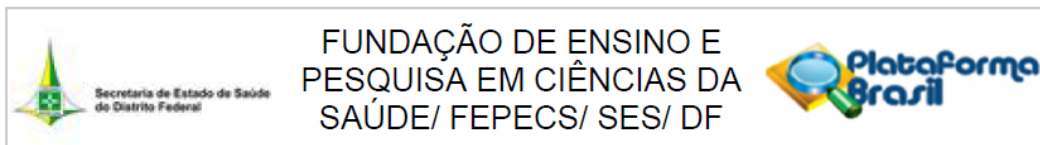
Não

BRASILIA, 03 de Agosto de 2017

Assinado por:
Keila Elizabeth Fontana
(Coordenador)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

ANEXO C: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/ FEPECS/ SES/ DF



FUNDAÇÃO DE ENSINO E
PESQUISA EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Reorganização dos e nos processos de trabalho na Rede de Atenção Psicossocial mediada pela avaliação participativa

Pesquisador: Maria da Glória Lima

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 67425917.6.3001.5553

Instituição Proponente: FACULDADE DE SAÚDE - FS

Patrocinador Principal: Secretaria de Atenção a Saúde

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.270.086

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa aprovado pelo CEP/UNB Ceilândia e submetido ao CEP/FEPECS como instituição co-participante.

Trata-se de projeto guarda-chuva que abarcará capacitação em pesquisa avaliativa participativa com trabalhadores, usuários e gestores de saúde mental para análise da rede de Centros de Atenção Psicossocial e Unidade de Acolhimento do Distrito Federal com construção de narrativas e validação de indicadores. Também serão utilizadas metodologias para mapeamento da rede de atenção à saúde mental e para o desenvolvimento de apoio institucional, bem como as estratégias do tratamento comunitário para situações de vulnerabilidade dos usuários e familiares em situação de sofrimento e de exclusão social, articulado com as redes de apoio psicossociais e comunitárias. Ainda serão desenvolvidas atividades acerca da Atenção integral em saúde mental e a participação social dos usuários e seus familiares na Rede de Atenção Psicossocial. A rede de saúde mental do Distrito Federal se expandiu nos últimos anos no sentido de ampliar o acesso das pessoas que necessitam de cuidados psicossociais. São múltiplas as formas de organização dos serviços, com mecanismos de gestão e processos de trabalho singulares, com inovações e heterogeneidade nos modos de produzir saúde mental. A presente pesquisa integra uma das atividades do Observatório de Políticas de Atenção à

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

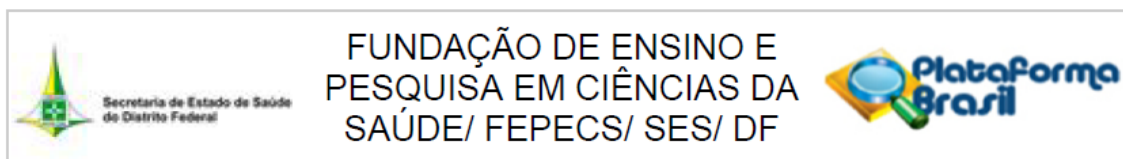
UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (63)3254-9551

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.270.086

Saúde Mental do Distrito Federal, criado em 2016 no Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília (NESP/UnB). Trata-se de projeto guarda chuva, com uso de abordagens qualitativa e quantitativa e métodos diversos: grupos focais e/ou método de roda, entrevistas semiestruturadas e entrevista de profundidade, questionários e diário de campo. Objetiva-se explorar dispositivos de atuação participativa, monitoramento, qualificação e aperfeiçoamento dos diferentes atores: gestores, profissionais, usuários e familiares da Rede de Atenção Psicossocial do DF. Espera-se como resultados: mapeamento da Rede de Atenção Psicossocial; contextualização e caracterização do trabalho desenvolvido nos dispositivos de atenção psicossocial, especialmente os CAPS; produção de indicadores para os serviços CAPS; formação profissional para o apoio e caracterização do perfil dos usuários e familiares da RAPS. O presente projeto pretende aperfeiçoar as atividades já desenvolvidas nos CAPS, em especial os processos de trabalho dos serviços; identificar barreiras de acesso e lacunas assistenciais; propor soluções que contribuam para avaliar e reconstruir a dinâmica da rede e dos serviços que ela oferece, a fim de melhorar a qualidade assistencial; compartilhar os resultados encontrados, de forma a oferecer subsídio aos gestores e profissionais da saúde nas ações de planejamento, promoção, prevenção e enfrentamento dos agravos de saúde mental, além do fortalecimento da RAPS; contribuir com o aprimoramento das políticas públicas de saúde mental no DF e com a promoção de uma vida digna e com justiça social aos usuários da saúde mental.”

Objetivo da Pesquisa:

“Objetivo Primário:

Explorar dispositivos de atuação participativa, monitoramento, qualificação e aperfeiçoamento dos diferentes atores: gestores, profissionais e usuários e seus familiares da Rede de Atenção Psicossocial do DF.

Objetivo Secundário:

- a. Mapear a rede ampliada de saúde mental do DF, a partir dos CAPS;
- b. Analisar as redes psicossociais instituídas entre os serviços e o protagonismo das comunidades na Rede de Atenção Psicossocial;
- c. Identificar as fragilidades e potencialidades da participação dos atores na produção do cuidado em saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial do DF;
- d. Identificar a organização e funcionamento do trabalho em saúde dos serviços que compõe a RAPS/DF;
- e. Construir indicadores para os serviços CAPS/RAPS;
- f. Identificar a percepção dos profissionais de saúde sobre o trabalho realizado nos serviços da

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

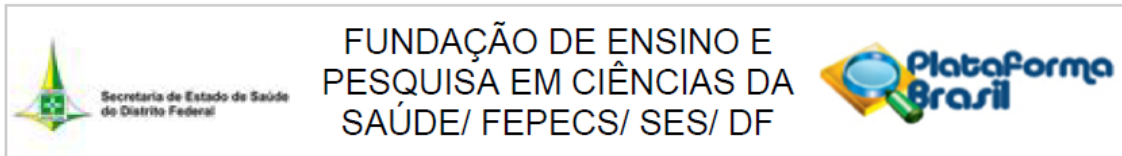
UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (63)3254-9551

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.270.086

- RAPS quanto aos desafios e avanços da abordagem psicossocial;
- g. Identificar o perfil dos usuários e famílias atendidos nos CAPS/AD do DF;
- h. Identificar o itinerário terapêutico percorrido pelos usuários e seus familiares para acesso, atendimento e tratamento na RAPS/DF;
- i. Identificar as estratégias de participação social com vistas a inclusão social dos usuários e familiares da saúde mental;
- j. Identificar necessidades de cuidado de usuários e familiares e a sua rede de apoio social;
- k. Implementar a abordagem do Tratamento Comunitário junto a população em situação de vulnerabilidade, sofrimento e exclusão social mediante a promoção de redes de apoio e proteção comunitária no DF;
- l. Analisar a vulnerabilidade dos usuários da saúde mental na perspectiva das políticas públicas e das abordagens da bioética de proteção e da bioética da intervenção.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

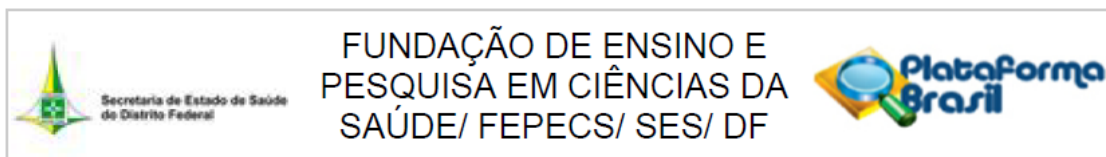
``Riscos:

Os riscos inerentes à pesquisa são de natureza direta, como constrangimento de participação nas entrevistas e evocação de memórias de sofrimento. Pode ainda provocar esforço cognitivo e/ou possível constrangimento pessoal por trazer à tona reflexões e emoções sobre as experiências vividas no processo de trabalho ou de cuidado no âmbito da atenção à saúde mental, decorrentes dos temas tratados ou do teor das questões. Os riscos indiretos são referentes à possibilidade de quebra de confidencialidade nas dinâmicas realizadas pelo grupo focal e entrevistas individuais. A equipe responsável pela execução da pesquisa e demais pesquisadores colaboradores estará atenta e procurará minimizar os riscos, reforçando o direito dos participantes de se recusarem a responder qualquer questão percebida como constrangedora ou evocadora de situação de sofrimento emocional. Os profissionais responsáveis pelo CAPS serão contatados, caso haja necessidade de atendimento individual das pessoas entrevistadas. Vale ressaltar que o CAPS funciona com agenda aberta para atendimento de usuários em situação de risco de sofrimento e o participante terá acesso ao atendimento nessa instituição.

Benefícios:

Os benefícios esperados neste estudo envolvem a qualificação dos profissionais, o empoderamento dos usuários e a produção de ferramentas para a organização da gestão e do processo de cuidado. A pesquisa irá construir processos de capacitação/formativos com os

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS			
Bairro: ASA NORTE		CEP: 70.710-904	
UF: DF	Município: BRASILIA		
Telefone: (61)3325-4955	Fax: (63)3254-9551	E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com	



Continuação do Parecer: 2.270.086

gestores, trabalhadores e usuários e familiares da Rede de Atenção Psicossocial, em especial os CAPS/RAPS, na perspectiva de melhorar o acesso e a qualidade do cuidado em saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial. Finalmente, a pesquisa produzirá um “Guia físico dos serviços de saúde mental disponíveis no

DF” e uma “Página web interativa georreferenciada dos serviços de saúde mental disponíveis no DF”.

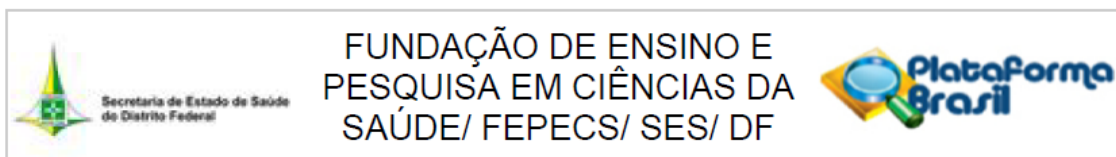
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Metodologia de Análise de Dados:

4.2.1. A pesquisa bibliográfica utilizará o método de revisão integrativa de literatura (MENDES et al, 2008), a partir da seguinte pergunta: “Quais são as abordagens temáticas e lacunas na produção acadêmica relacionada às tecnologias de cuidado da pessoa com transtorno mental, sofrimento social e em dependência química, no período 2000-2020?” Serão utilizados os seguintes descritores “Saúde mental”, “Serviços de Saúde Mental”, “Cuidado”, “Desinstitucionalização”, “Sofrimento mental” e “Usuários de drogas” nas bases de dado da SCIELO, BIREME e MEDLINE, nos idiomas Português, Espanhol e Inglês.

4.2.2. A pesquisa qualitativa será desenvolvida por intermédio de entrevistas em profundidade do tipo face-a-face individuais e grupais, com utilização de instrumentos de coleta de dados semiestruturados criados para a pesquisa, bem como, instrumentos previamente padronizados, apresentados na seção dos anexos. Os participantes dessa etapa serão gestores, profissionais, usuários, familiares de usuários e comunidade em geral relacionados aos CAPS/RAPS, de maneira a dar voz a esses atores na produção de narrativas sobre suas experiências de atendimento, tratamento e inclusão social, e analisar as redes sociais estabelecidas internamente e externamente na RAPS. As atividades grupais com utilização da técnica de grupos focais apoiarão a contextualização e análise da Rede de Atenção Psicossocial quanto a organização do cuidado numa perspectiva ecológica em sua dimensão individual, familiar, comunitária e societária. Será subsidiada por roteiro com questões norteadoras desenvolvidas pela equipe de pesquisa. A análise qualitativa dos conteúdos/relatos verbais seguirá os procedimentos apresentados por Minayo para a análise compreensiva de conteúdo obtido nas entrevistas e grupos focais (MINAYO, 2012).O trabalho de campo será apoiado pela técnica de observação simples, desenvolvida de forma espontânea e não sistemática (GIL, 2012) com registro das percepções e subjetividades identificadas pela equipe de entrevistadores. Os entrevistadores

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (63)3254-9551 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.270.086

receberão uma capacitação para alinhamento da abordagem metodológica e da operacionalização do trabalho de campo. As observações informais dos momentos formativos e das intervenções serão constitutivas do diário de campo. 4.2.3. A pesquisa documental será realizada a partir da análise dos eixos das políticas: Política Nacional de Atenção à Saúde Mental, Política Nacional de Humanização, Políticas de Atenção aos Usuários de álcool e outras drogas, Política Nacional de Atenção Básica e outras. Serão analisados também os Cadernos de formação para organização dos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial da saúde mental e do trabalho dos profissionais. O método selecionado para a pesquisa documental será o de análise temática de conteúdo (BARDIN, 2004) e um instrumento de coleta de dados será produzido à posteriori, baseado nos eixos identificados nos resultados da revisão de literatura.

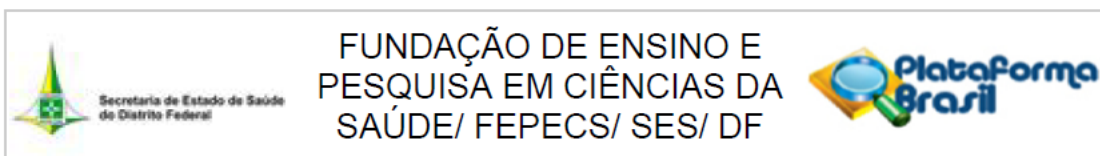
4.2.4. A pesquisa quantitativa será realizada em bases de dados secundários utilizando microdados públicos e publicizados pelo Ministério da Saúde e IBGE (DATASUS, PNAD 2015, PNS 2013, dados do Sistema de Informação Geográfica – SIG). O método de análise será da estatística descritiva com apresentação de distribuição, frequência e análise de correlação entre as variáveis selecionadas nas bases de dados, a fim de identificar o perfil epidemiológico dos moradores do Distrito Federal. Os resultados dos mapas de redes produzidos pelo software UCINET (2002) serão analisados pela técnica de análise gráfica visual, quanto às conectividades, a dinâmica relacional/instituições e os seus movimentos, densidade e impactos produzidos e orientar novos caminhos de investigação e intervenção na comunidade.”

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados adequadamente os termos:

- Folha de Rosto - instituição proponente - assinado pela Diretora da Faculdade de Ciências da Saúde / Universidade de Brasília.
- Termo de Anuência - assinado pela Coordenação CORIS/SAIS/SES-DF.
- Projeto de Pesquisa completo - apresentou brochura, cronograma e planilha de orçamento.
- Currícula vitae de 15 pesquisadores.
- Termo de autorização para divulgação de imagens.
- TCLE_entrevista Gestor Prof Saude.
- TCLE_grupo focal Gestor Prof Saude.
- TCLE_entrevista Usuário e Familiar.
- TCLE_grupo focal Usuário e Familiar.
- TCLE Pai Responsável.
- Termo de Compromisso do pesquisador.

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (63)3254-9551 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.270.086

- Carta de Resposta às pendências ao CEP/UNB Ceilândia.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado. Relembramos a necessidade de entregar os relatórios ao CEP/FEPECS e executar a pesquisa conforme foi apresentado e aprovado pelo CEP/FEPECS.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_832755.pdf	27/07/2017 16:25:40		Aceito
Outros	CartaRespPendencias.doc	27/07/2017 16:19:33	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Carta_Resp_Pendencias.pdf	27/07/2017 16:10:01	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_Aut_Utiliz_Imagem_SomVoz_Pais.pdf	27/07/2017 16:05:56	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Pai_Responsavel_Legal.pdf	27/07/2017 16:05:40	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_grupofocal_Usuário_Familiar.pdf	27/07/2017 16:05:22	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_grupofocal_Gestor_Prof_Saude.pdf	27/07/2017 16:05:02	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_entrevista_Usuário_Familiar.pdf	27/07/2017 16:04:39	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_entrevista_Gestor_Prof_Saude.pdf	27/07/2017 16:04:28	Maria da Glória Lima	Aceito

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

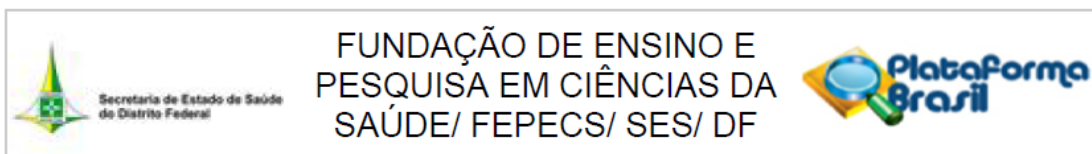
UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (63)3254-9551

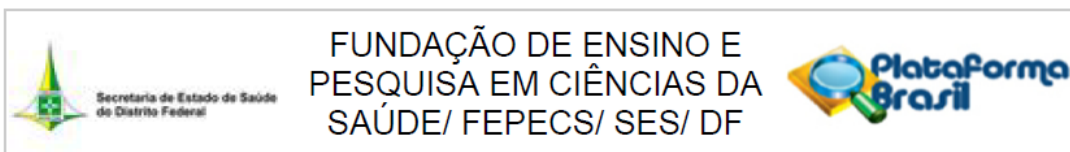
E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.270.086

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_14a17_anos.pdf	27/07/2017 16:04:21	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_10a13_anos.pdf	27/07/2017 16:04:09	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_Aut_Utiliz_Imagem_SomVoz_Pais.docx	27/07/2017 16:00:25	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Pai_Responsavel_Legal.docx	27/07/2017 16:00:15	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_grupofocal_Usuario_Familiar.docx	27/07/2017 15:59:31	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_grupofocal_Gestor_Prof_Saude.docx	27/07/2017 15:58:57	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_entrevista_Usuario_Familiar.docx	27/07/2017 15:58:30	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_entrevista_Gestor_Prof_Saude.docx	27/07/2017 15:57:36	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_14a17_anos.docx	27/07/2017 15:57:20	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_10a13_anos.docx	27/07/2017 15:57:00	Maria da Glória Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_resposta_pend_CEPFS.docx	27/07/2017 15:56:22	Maria da Glória Lima	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_832755.pdf	20/04/2017 15:32:31		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	20/04/2017 14:57:49	Maria da Glória Lima	Aceito

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (63)3254-9551 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.270.086

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLes2.docx	20/04/2017 14:50:26	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Term_Ass_Crianca_Adoles2.docx	20/04/2017 14:50:01	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	TermoCompr_Gloria.doc	19/04/2017 11:23:57	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	CartEncamProj.doc	19/04/2017 11:22:22	Maria da Glória Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	10/04/2017 17:51:55	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Term_Aut_Imag_Som.doc	10/04/2017 17:51:00	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Vilmara_Macedo.pdf	10/04/2017 17:37:38	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Vanessa_Carnevale.pdf	10/04/2017 17:36:51	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Tania_Resende.pdf	10/04/2017 17:35:59	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Renata_Cavalcante.pdf	10/04/2017 17:35:18	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Otavio_Ramalho.pdf	10/04/2017 17:34:47	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Maria_Gloria.pdf	10/04/2017 17:34:18	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Maria_Gussi.pdf	10/04/2017 17:33:52	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Maira_Gussi.pdf	10/04/2017 17:33:19	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Luana_Paz.pdf	10/04/2017 17:32:48	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Karime_Porto.pdf	10/04/2017 17:32:09	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Ione_Barros.pdf	10/04/2017 17:31:42	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Hugo_Vitor.pdf	10/04/2017 17:31:05	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Cibele_Sousa.pdf	10/04/2017 17:30:20	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Aurelio_Andrade.pdf	10/04/2017 17:29:45	Maria da Glória Lima	Aceito

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

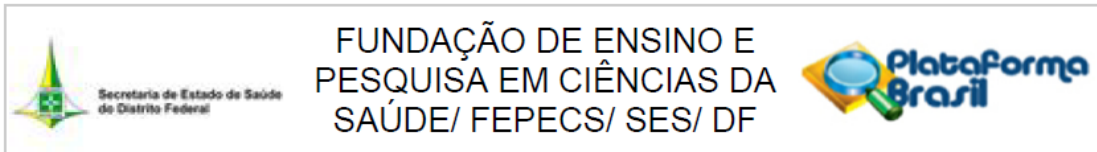
UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (63)3254-9551

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.270.086

Outros	Curriculo_Adriana_Carvalho.pdf	10/04/2017 17:28:01	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	TermoConcFS.doc	10/04/2017 17:17:11	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	TermoConcFepecs.doc	10/04/2017 17:16:39	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	TermConcFepecs.PDF	10/04/2017 17:03:41	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	TermoConcFS.PDF	10/04/2017 17:02:25	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	TermCompr_Gloria.PDF	10/04/2017 16:58:47	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	CartEncamProj.PDF	10/04/2017 16:57:49	Maria da Glória Lima	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 12 de Setembro de 2017

Assinado por:
Geisa Sant Ana
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (63)3254-9551 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com

ANEXO D: COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO

Cadernos Saúde Coletiva

Cadernos Saúde Coletiva

**ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA VIOLÊNCIA
AUTOPROVOCADA NO DISTRITO FEDERAL: UM RECORTE DE
2016 A 2019**

Journal:	<i>Cadernos Saúde Coletiva</i>
Manuscript ID	CADSC-2021-0054
Manuscript Type:	Original articles
Keyword – Go to DeCS to find your keywords.:	violência, sistema de informação em saúde, saúde mental, suicídio

SCHOLARONE™
Manuscripts

<https://mc04.manuscriptcentral.com/cadsc-scielo>