



DETERMINAÇÕES SOCIETÁRIAS DO MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA NA VIOLÊNCIA: UMA ANÁLISE DO CRESCIMENTO DA VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA DE UM MUNICÍPIO DO RIO GRANDE DO NORTE

SOCIETARY DETERMINATIONS OF THE CAPITALIST MODE OF PRODUCTION IN VIOLENCE: AN ANALYSIS OF THE GROWTH IN SELF-HARM IN A MUNICIPALITY IN RIO GRANDE DO NORTE

Aline Costa Viana Neves Cocentino¹
Edla Hoffmann²

Resumo: Estudos apontam que sofrimentos e adoecimentos psicossociais existem há tempos remotos e intimamente relacionados ao modo de produção capitalista. Na contemporaneidade, com as transformações no âmbito do trabalho e da reconfiguração do Estado neoliberal, as condições de vida da classe trabalhadora tornaram-se mais precarizadas, com profundos rebatimentos em sua saúde mental e situações de violência autoprovocada. A partir do golpe de 2016, intensificou-se a banalização da vida humana e da natureza, em razão do caráter destrutivo do capital. Este artigo objetiva discutir a relação existente entre o sofrimento psicossocial e o crescimento da violência autoprovocada no modo de produção capitalista e suas determinações. Tem seus fundamentos no método dialético-crítico, através da revisão bibliográfica e pesquisa documental e de campo. Os resultados apontam que há relação entre o modo de produção capitalista contemporâneo e o crescimento das situações de violência autoprovocada no Brasil e no município de Parnamirim/RN.

Palavras-chave: Modo de Produção Capitalista; Saúde Mental; Violência Autoprovocada.

Abstract: Studies show that psychosocial suffering and illness have existed for a long time and are closely related to the capitalist mode of production. In contemporary times, with transformations in the workplace and the reconfiguration of the neoliberal state, the living conditions of the working class have become more precarious, with profound repercussions on their mental health and situations of self-inflicted violence. Since the 2016 coup, the trivialization of human life and nature has intensified, due to the destructive nature of capital. This article aims to discuss the relationship between psychosocial suffering and the growth of self-inflicted violence in the capitalist mode of production and its determinants.

¹ Assistente Social. Mestre em Serviço Social (PPGSS/UFRN). Assistente Social na Secretaria Municipal de Saúde de Parnamirim/RN e na Secretaria Municipal do Trabalho e Assistência Social de Natal/RN. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Questão Social, Política Social e Serviço Social (GEP-QPSOCIAL). E-mail: aline.viana.051@ufrn.br. Orcid- <https://orcid.org/0009-0008-3617-6653>

² Assistente Social. Doutora em Serviço Social (PPGSS/PUC/RS). Professora Associada do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Questão Social, Política Social e Serviço Social (GEP-QPSOCIAL). E-mail: edla.hoffmann@ufrn.br. Orcid- <https://orcid.org/0000-0003-3431-9688>

It is based on the dialectical-critical method, through a literature review, documentary and field research. The results show that there is a relationship between the contemporary capitalist mode of production and the growth in situations of self-inflicted violence in Brazil and in the municipality of Parnamirim/RN.

Keywords: Capitalist Mode of Production; Mental Health; Self-harm.

INTRODUÇÃO

Intrinseca ao desenvolvimento do capitalismo mundial, encontra-se sem precedentes a crise estrutural do capital³, que emergiu em 1970, espreado-se por todas as dimensões da vida social, com rebatimentos até a contemporaneidade. Como "resposta" a essa crise do capital, ocorreu uma série de transformações no âmbito do trabalho e do Estado, fundamentadas na superexploração da classe trabalhadora e no processo de financeirização e reconfiguração do Estado, visando a retomada da lucratividade do capital (Brettas, 2020).

A partir dos anos de 1990, sob a dominação burguesa nacional e internacional, fundamentada na hegemonia do capital financeiro, ocorre a implementação do neoliberalismo no Brasil. Essa etapa resultou em transformações no processo produtivo, em um cenário de crescente desenvolvimento tecnológico e informatização, a partir da propagação da reestruturação produtiva, na reconfiguração do Estado e na realização de contrarreformas que promovem a usurpação do fundo público, pelo capital nacional e estrangeiro, para pagamento dos serviços da dívida pública em expansão no Brasil. Tais transformações promoveram a precarização das condições de vida e trabalho da classe Trabalhadora e aprofundaram as desigualdades, o desemprego estrutural, a superexploração do trabalho, a precarização e a flexibilização das relações trabalhistas. Ao mesmo tempo, provocaram ausência e/ou regressão da proteção social, que se traduz na frágil cobertura assistencial aos direitos sociais, acesso precário às políticas sociais, sobretudo, à saúde, o que, unindo-se aos aspectos biológicos e psicológicos dos sujeitos, repercute diretamente no seu processo saúde-doença.

³ Mészáros (2011) aponta que a crise estrutural do capital é expressão do desenvolvimento do próprio sistema do capital desde os anos de 1970 e se difere das demais crises cíclicas do capital, pois apresenta caráter universal, de alcance global, de traços rastejantes, de processualidade contínua e incontável, permanente, extensa, cada vez maior e mais destrutiva.

Nesse âmbito, as medidas neoliberais e de ajuste fiscal que se intensificam a partir do golpe parlamentar, jurídico e midiático de 2016 contribuíram para a barbarização da vida social, uma vez que as expressões da questão social foram agudizadas e complexificadas. As determinações econômicas, sociais e culturais da crise e suas implicações promoveram o recrudescimento do sofrimento e/ou o adoecimento psicossocial⁴ na contemporaneidade e conseqüente crescimento da violência autoprovocada, diante da banalização da vida humana e da natureza.

Diante do exposto, este artigo objetiva analisar a relação existente entre o sofrimento psicossocial e o crescimento da violência autoprovocada no modo de produção capitalista e suas determinações. Para tanto, buscou-se apreender as determinações societárias do capitalismo e os rebatimentos na contemporaneidade e analisar o crescimento da violência autoprovocada na contemporaneidade, tomando como base o município de Parnamirim. Apresenta fragmentos de resultados de uma dissertação de mestrado⁵ do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

A pesquisa fundamenta-se no método dialético-crítico⁶ e foi desenvolvida a partir de ampla revisão bibliográfica e estudo de enfoque misto, por meio de uma abordagem quali-quantitativa (Prates, 2012); pesquisa documental em banco de dados das notificações de violência autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e análise dos prontuários dos/as usuários/as em situação de violência autoprovocada recorrente; pesquisa de campo realizada através de entrevistas coletivas semiestruturadas, direcionadas a profissionais que atuam na política de saúde mental do município estudado, contemplando uma amostra de 9 pessoas, definidas por sorteio simples. Os dados foram submetidos à técnica de Análise de Conteúdo (Bardin, 2004).

⁴ Os termos sofrimento e/ou adoecimento psicossocial remetem-se “àqueles que sofrem intensamente, permitindo que a experiência-sofrimento não seja reduzida a uma desordem e/ou periculosidade [...] a produção do sofrimento e adoecimento é constituída pelas relações de gênero, raça e classe, inclusive as formas de abordagem e intervenção se diferenciam a partir disso” (CFESS, 2022, p. 13).

⁵ Desenvolvida em conformidade com as normativas destinadas às pesquisas com seres humanos, com base na Resolução n. 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), devidamente submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da UFRN/HUOL e aprovada por meio do Parecer n. 5.739.754.

⁶ O método possibilita enxergar os fenômenos com profundidade e, sobretudo, “mais do que contribuir para o processo de análise, o método aporta elementos que nos auxiliam a intervir, exatamente porque suas categorias fundamentais emanam da realidade” (Prates, 2012, p. 127).

Este artigo se organiza em três seções, sendo a primeira esta introdução. A segunda debate sobre o sofrimento psicossocial e a violência autoprovocada no modo de produção capitalista contemporâneo e suas determinações. A terceira seção problematiza resultados sobre o crescimento da violência autoprovocada do município estudado. Por fim, as considerações finais trazem o fechamento e as proposições do estudo.

SOFRIMENTO PSICOSSOCIAL E VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA NO MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA CONTEMPORÂNEO

As transformações societárias oriundas do modo de produção capitalista reverberam na precarização das condições de vida da classe trabalhadora, afetando a saúde mental dos indivíduos, diante da impotência crescente em prover suas necessidades básicas e as de suas famílias frente às exigências do mundo do trabalho. É possível afirmar que “o sofrimento psíquico tem intrínseca relação com as determinações econômicas, sociais e culturais que são amplificadas no contexto contemporâneo de acirramento da crise estrutural capitalista” (Albuquerque; Matos, 2020, p. 222).

Nesse sentido, a compreensão do sofrimento psíquico perpassa o reconhecimento da determinação social da saúde, produto da organização social de um país. Por esse motivo, faz-se necessário apreender as relações sociais de produção e reprodução social, a história, a cultura em que as pessoas estão imersas, bem como as conexões que estabelecem com os aspectos psicológicos e biológicos. Breilh (2011) assevera que a produção de doenças se manifesta coletivamente, visto que o caráter social do processo saúde-doença é determinado e desenvolvido a partir das relações sociais de produção. Dessa forma, não se pode desvincular o estudo desse processo do contexto social individual e coletivo em que os sujeitos se inserem.

É fundamental ressaltar que, a partir do lugar que cada um ocupa na esfera produtiva, suas condições de trabalho e de vida vão determinar formas de viver, adoecer e morrer, pois os indicadores de saúde são produtos de fatores econômicos, políticos,

culturais, ambientais, sendo a doença um fenômeno concreto de uma sociedade de classes (Barata, 2007).

Decorre desse processo a centralidade do trabalho para a humanidade, pois é indispensável para satisfação das necessidades materiais, como também fonte de identificação, autoestima, realização, desenvolvimento das potencialidades humanas e pertencimento na sociedade. Assim, o trabalho apresenta enorme representatividade na dimensão psíquica dos sujeitos, visto que ele é a "atividade principal do gênero humano, engendra processos de formação da consciência, da personalidade, desperta emoções e sentimentos, elementos estes envolvidos com o sofrimento e com o adoecimento psíquico" (Viapiana *et al.*, 2018, p. 177).

Entretanto, no contexto da crise estrutural do capital, o cenário de barbarização da vida social é agudizado a partir da combinação do trinômio - neoliberalismo, financeirização das políticas sociais e reestruturação produtiva -, com graves rebatimentos na contemporaneidade. Destacam-se os ataques ao trabalho que comprometem a garantia das condições de sobrevivência e a retração dos investimentos públicos no campo social, colocando em xeque as políticas sociais e o acesso aos direitos conquistados, subordinando-os cada vez mais aos interesses do capital financeiro.

Soma-se aos efeitos nefastos da lógica destrutiva do capital na vida social a transformação do sofrimento psicossocial em mercadoria, sendo este gerenciado por meio da individualização, patologização e medicalização da vida. Desse modo, ao invés de minimizar o sofrimento coletivo produzido socialmente, o neoliberalismo tem alimentado a indústria da loucura⁷, disseminando diagnósticos de adoecimentos psicossociais e favorecendo o lucro de indústrias farmacêuticas, os serviços ambulatoriais e hospitalares, bem como os serviços extra-hospitalares, sobretudo no âmbito da saúde mental etc.

Diante do exposto, a compreensão do sofrimento, do adoecimento psicossocial e da violência autoprovocada na contemporaneidade está relacionada à apreensão das

⁷ A construção histórica do estigma da loucura, com sua institucionalização e medicalização, gerou a chamada "indústria da loucura" e para aqueles que dela se beneficiam, a manutenção da estigmatização e dos mitos em relação ao louco e a loucura são indispensáveis. Manter a loucura sob tutela dos grandes hospitais e dos medicamentos é uma estratégia política visto que, com o avanço neoliberal, se fortalece também a lógica manicomial (Silva, 2019, p. 15).

múltiplas determinações da crise do capital, que, sob a hegemonia do capital financeiro, mobiliza uma série de estratégias para retomada da taxa de juros, culminando no neoliberalismo e expressando-se num “complexo ideológico, que organiza profundamente a estruturação da vida cotidiana no Brasil e no mundo” (Casulo *et al.*, 2018, p. 58).

Cabe destacar que no Brasil o neoliberalismo apresenta particularidades, pois foi implementado a partir do caráter autocrático de base escravista, que traz repercussões na subjetividade da classe trabalhadora brasileira. Sendo um país de capitalismo dependente, com traços coloniais, racista e patriarcal, historicamente expressa um conjunto de “desigualdades e opressões sociais que influenciam, diretamente, nas condições objetivas e subjetivas das pessoas, contribuindo para a elevação das situações de sofrimento psíquico” (Albuquerque; Matos, 2020, p. 223).

Desse modo, considerando o processo de produção e reprodução social de dominação burguesa, bem como os papéis sociais dos sujeitos em decorrência da acumulação capitalista, é possível asseverar que as configurações contemporâneas do trabalho superexplorado, precarizado e alienado implicam desrealização pessoal e, conseqüentemente, perda do sentido da vida (Albuquerque; Matos, 2020).

A reestruturação produtiva, fundamentada na acumulação flexível, reordena os modos de produção, as relações e as condições de trabalho, saúde e vida, provocando a intensificação das jornadas de trabalho, bem como o aumento da produtividade do trabalho com vistas à ampliação das margens de lucratividade. Dessa forma, o âmbito do trabalho contemporâneo, caracterizado pela busca incessante por produtividade, em meio a extensas e intensas jornadas de trabalho, polivalência, competitividade, redução de empregos formais, além de novas modalidades de trabalho informal - intermitente, precarizado e flexível -, diante da flexibilização das leis trabalhistas, tem contribuído com o aumento do número de acidentes de trabalho, doenças laborais e desgaste mental.

Antunes (2018) destaca que tem se acentuado a precarização das condições e relações de trabalho nos últimos anos, sobretudo com a implementação das Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs). Esse cenário imprime inúmeras exigências, como a necessidade de maiores qualificações e competências da força de trabalho, exacerbando a devastação do trabalho, a regressão de direitos e a superexploração da classe trabalhadora.

Essa perversa configuração do “trabalho” voltada integralmente para a busca por resultados não respeita o corpo, a mente e a alma humana. Em busca de extrair a máxima produtividade da classe trabalhadora, a lógica do mercado coloca em segundo plano vocações, vínculos, histórias, valores do sujeito, almejando robotizar as pessoas (Casulo *et al.*, 2018).

Corroborando Antunes (2018), os impactos promovidos pelo capital sobre os/as trabalhadores/as não se resumem aos seus corpos físicos, posto que também são materializados enquanto sofrimento e adoecimento psíquico inerentes ao desgaste pelo trabalho. Relacionado a esse processo, materializa-se o sentimento de ser descartável, inútil, de acordo com o relato de um/a trabalhador/a na obra de Antunes: “o trabalho é importante. O trabalho é tudo. Me sinto um lixo. A empresa me usou por 25 anos e depois jogou fora um bagaço. Sempre fui um bom trabalhador” (Antunes, 2018, p. 143).

Para além do conjunto de alterações que perpassam a reestruturação produtiva, o consumo e a organização do trabalho, enquanto parte de um projeto de dominação de classe, o neoliberalismo impõe mudanças na reconfiguração do Estado e financeirização como expressão do projeto de dominação burguesa que possibilitou a retomada da rentabilidade, via taxa de juros (Brettas, 2020). Para dar sustentação ao capital financeiro, através do fundo público, o Estado burguês mobiliza recursos e estratégias que direcionam a política fiscal para garantir o pagamento dos serviços da dívida pública.

Nessa perspectiva, Behring (2021) assegura que o Brasil vivencia o ajuste fiscal permanente, desde o final da ditadura civil-militar após os anos de 1964, intensificando-se com a “crise da dívida” (1980-1982), que atingiu também diversos países da América Latina. Contudo, ganha forças no Brasil logo após a promulgação da Constituição Federal de 1988, a partir do Plano Real; acentua-se no governo de Fernando Henrique Cardoso, com a contrarreforma do Estado (Behring, 2021), expressando uma série de medidas regressivas de direitos; tem continuidade nos governos Lula e Dilma, com avanços importantes no campo das conquistas sociais, mas limitados pela implementação de políticas macroeconômicas do Real e do FMI. Porém, foi após o golpe de 2016, com os governos Temer (2016-2018) e Bolsonaro (2019-2022), que o ajuste fiscal ganhou contornos mais dramáticos, combinando neofascismo e ultraliberalismo (Behring, 2021), a partir do aprofundamento das contrarreformas trabalhistas e previdenciárias, das

privatizações e da intensificação das medidas para assegurar o *superávit* primário e o pagamento dos serviços da dívida pública como: ampliação da DRU de 20% para 30%; Lei de Responsabilidade Fiscal; Novo Regime Fiscal (NRF), que congelou os gastos primários por 20 anos, instituído pela EC 95/2016, dentre outros. Destaca-se que o “teto dos gastos” foi destituído pelo governo Lula, em 2023, através da implementação do Novo Arcabouço Fiscal, que descongelou os gastos, mas manteve limites com despesas primárias ao teto de crescimento, sem limitar os serviços da dívida pública.

O SUS entrou em vigor em meio às estratégias da racionalidade burguesa, que impõe a refuncionalização de seus princípios e diretrizes, diante das contradições dos projetos em disputa na saúde: da Reforma Sanitária e do Projeto Privatista. Assim, no contexto da contrarreforma na saúde, materializam-se as tendências que sucateiam o setor público, pois suas ações e serviços se tornam fontes de investimento e rentabilidade, através da utilização de tecnologias de alto custo, em detrimento de ações de promoção e prevenção da saúde. Nesse âmbito, o SUS se expande de forma focalizada, fragmentada e precarizada, pois a privatização e a mercantilização da saúde pública tornam-se funcionais ao capital (Soares, 2020).

Nesse direcionamento, situa-se a Contrarreforma Psiquiátrica (CP), que, para além do enxugamento orçamentário, foi configurada pela remanicomialização, com a institucionalização dos hospitais psiquiátricos na RAPS, aumento no repasse para essas instituições e conseqüente diminuição de recursos para ações e serviços extra-hospitalares, pelo estímulo à mercantilização do cuidado, via serviços privados, como as comunidades terapêuticas. Assim, ao reduzido recurso público privatizado é somada a retomada do modelo manicomial caracterizado pelo moralismo, higienismo, isolamento e exclusão social, embasado pelo ultraneoliberalismo, ultraconservadorismo e acirramento do ajuste fiscal no país (Costa; Mendes, 2020).

Nessa seara, os sintomas sociais da crise brasileira, no contexto pós-golpe, assumem drásticas proporções (Albuquerque; Matos, 2020), pois, além do acesso precário aos serviços públicos de proteção social, ocorre o aprofundamento das desigualdades sociais, raciais e singulares em um país de capitalismo periférico dependente, com marcas coloniais, tendo em vista o somatório da superexploração da classe trabalhadora, da precarização das condições de vida e trabalho, além da perda de direitos sociais.

Os governos Temer e Bolsonaro configuraram no Brasil a cultura autoritária, antissocial, antimoderna e fascizante, em virtude da aliança de diferentes estratos da burguesia, em meio à devastação do trabalho, da crise da organização sindical e do novo perfil da classe trabalhadora, das terceirizações, da uberização e do empreendedorismo (Mota; Rodrigues, 2020).

Os estragos econômicos da crise se manifestam também na política e na cultura, no campo da sociabilidade, com nítidos retrocessos no âmbito dos direitos humanos, dentre eles: democracia posta a risco e ataques à liberdade de expressão e de pensamento, à diversidade humana, às conquistas das mulheres, que se traduzem em cenas de feminicídio, misoginia, LGBTfobia, racismo e destruição da vida dos povos tradicionais e tantas outras intervenções ultraconservadoras utilizadas como estratégia de enfrentamento ao conflito de classes e à extrema desigualdade social posta na realidade brasileira.

Esses elementos dialogam intimamente com o conservadorismo arraigado ao processo de formação sócio-histórico brasileiro, mas potencializam a degradação da vida, repercutindo na subjetividade e nas condições de saúde mental dos sujeitos. Intensificam-se, assim, processos de "insegurança, medo, desorientação, sofrimento, adoecimentos físicos e mentais dos/as trabalhadores/as, contribuindo para situações extremas, como o suicídio" (Albuquerque; Matos, 2020, p. 222).

Em suma, os espaços de vida contemporâneos vão se tornando espaços da precariedade, com a perda concreta da saúde, trabalho, *status* social, que fragilizam o núcleo familiar e os vínculos familiares, sociais, afetivos. Além disso, está presente a possibilidade de perda e/ou medo de "ficar sem trabalho, medo de não ser reconhecido, de se tornar inválido socialmente. Esta perda vai, aos poucos, dando sinais das dificuldades de viver, sinais de impedimento de viver" (Mendes; Werlang, 2013, p. 766).

Esses dados sobre a realidade da violência autoprovocada no município investigado serão mais bem detalhados e analisados na seção a seguir.

O CRESCIMENTO DA VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA A PARTIR DA REALIDADE DO MUNICÍPIO DE PARNAMIRIM-RN

O município estudado está inscrito na região metropolitana de Natal e possui uma área de 124 km² e população estimada no ano de 2022 de 252.716 habitantes. É considerado o terceiro município mais populoso do estado do Rio Grande do Norte e desenvolve atividades econômicas no setor de serviços, indústria e agropecuária, conforme o Instituto de Desenvolvimento Sustentável e Meio Ambiente do Rio Grande do Norte (IDEMA/RN). Segundo informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2021, o salário médio mensal dos/as trabalhadores/as formais do município correspondeu a 1,7% do salário mínimo, de modo que a proporção entre a população ocupada e a população total foi de 19,2%.

O cuidado em saúde mental ofertado pelo referido município, através da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), é configurado por vinte e nove Unidades Básicas de Saúde, duas Equipes Multiprofissionais - e-Mult -, um Consultório na Rua, um CAPS II, um CAPS Infantil, um CAPS ad III, uma UPA 24 horas e uma Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil (desativada). Contudo, não contempla todos os pontos de atenção estabelecidos pela legislação, conforme os preceitos da RP e luta antimanicomial. Além disso, os serviços que compõem a rede estão hipodimensionados e precarizados, diante da demanda crescente, especialmente após o golpe de 2016.

Destaca-se para efeitos da pesquisa realizada que a violência autoprovocada compreende situações de autoagressões, tentativas de suicídio e suicídio, de notificação obrigatória pelos serviços de saúde, através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), fundamentado na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências do Ministério da Saúde, de 2001.

Importante ressaltar que são diversos os elementos concernentes à violência autoprovocada em sua face mais profunda, o suicídio, dentre os quais tentativas de suicídio e adoecimentos psicossociais. Estudos comprovam que a violência autoprovocada encontra-se estritamente relacionada ao sofrimento ou adoecimento psicossocial, considerando que em 80% dos casos os indivíduos em comportamento suicida encontram-se acometidos por algum adoecimento, sendo o mais comum a depressão,

além de quadros associados ao abuso e dependência de substâncias psicoativas e à esquizofrenia (Brasil, 2021).

Além disso, as condições de vida e trabalho incidem diretamente no processo saúde-doença da população, como discutido na seção anterior e comprovado nas análises das notificações de violência autoprovocada no sistema de informação de agravos de notificação (SINAN) e nos prontuários dos/as usuários/as em situação de violência autoprovocada recorrente, do município estudado, entre 2016 e 2022.

As análises revelaram que as motivações apontadas pelos/as usuários/as em situação de violência autoprovocada configuram: adoecimentos por depressão, ansiedade, bipolaridade, esquizofrenia; tratamento de saúde mental interrompido e/ou com longos intervalos em virtude da falta de psiquiatras nos serviços; questões socioeconômicas, como desemprego e problemas financeiros; além de situações de violências, vínculos familiares fragilizados, conflitos familiares, conjugais, separações, traições, abandono, morte de entes queridos; condição de apenado/a, condição de acolhimento para adolescentes; e culturais, como relacionadas aos estigmas, preconceitos, constrangimentos (Parnamirim, 2023).

De acordo com informações extraídas da Plataforma Integrada de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (PIVIS/MS), a qual armazena os registros das notificações SINAN realizadas em todo o Brasil, esses dados revelam que no período de 2010 a 2022 ocorreram 155.795 mortes por suicídio no Brasil. Comparando-se o volume dos suicídios entre 2010 (9.448) e 2022 (14.295), observa-se um crescimento de 51%, com uma taxa geral de mortalidade de 4,9/100 mil habitantes e 7,0/100 mil habitantes, respectivamente, conforme quadro 1 a seguir:

QUADRO 1 - Mortes por suicídio no Brasil. PIVS/MS, 2010-2022.

LOCALIDADE/ ANO	BRASIL	NORTE	NORDESTE	SUDESTE	SUL	CENTRO OESTE	RN	MUNICÍPIO DORN
2010	9.448	624	2.123	3.735	2.154	812	137	2
2011	9.852	692	2.297	3.900	2.156	807	177	8
2012	10.321	694	2.336	4.002	2.357	932	171	9
2013	10.533	759	2.494	3.959	2.365	956	157	7
2014	10.653	708	2.393	4.283	2.319	950	169	10
2015	11.178	881	2.540	4.323	2.494	940	156	7
2016	11.433	826	2.722	4.249	2.602	1.034	181	8
2017	12.495	896	2.981	4.635	2.862	1.121	180	13
2018	12.733	991	2.996	4.675	2.891	1.180	196	11
2019	13.520	1.058	3.082	4.930	3.167	1.283	204	10
2020	13.835	1.119	3.239	5.046	3.132	1.299	235	10
2021	15.499	1.209	3.792	5.607	3.479	1.412	254	23
2022	14.295	1.208	3.410	4.974	3.327	1.376	196	20
TOTAL	155.795	11.665	36.405	58.318	35.305	14.102	2.413	138

Fonte: Elaboração própria, 2023.

A população brasileira, em 2010, contava com 190.755.799 habitantes e, em 2022, com 203.062.512, o que evidencia o crescimento populacional de 6,5% no período, no entanto, as mortes por suicídio apresentaram aumento superior a 50% no mesmo intervalo. Além disso, é necessário destacar que a soma dos suicídios ocorridos entre 2016 e 2022 corresponde a 60% (93.810) das mortes de 2010 a 2022. Os dados também mostram o cenário crescente de suicídios nos últimos 12 anos no país, contudo, 2021 computou o maior registro (15.499) em nível nacional, região Nordeste (3.792), estado do Rio Grande do Norte (254), bem como no município de Parnamirim (23).

O número de suicídios ocorridos no Brasil tem apresentado profundo crescimento, especialmente a partir de 2016, merecendo destaque o ano de 2021, quando o país esteve imerso na Crise Sanitária, instalada no período da pandemia da COVID-19 (2020-2022), quando foram complexificadas as expressões da questão social e acirradas as necessidades sociais, fruto da atual fase de desenvolvimento capitalista em que o caráter destrutivo do capital reverberou na barbárie vida social. Por sua vez, "a pandemia intensificou o adoecimento mental, houve um aumento muito grande de usuários/as e o município não ampliou os serviços, [...] tiveram algumas restrições nos serviços, no entanto, os grupos e oficinas ainda não foram retomados por falta de recursos (Entrevista coletiva, 2, 2023).

Além disso, durante os anos do governo Bolsonaro e pandemia, a racionalidade instrumental burguesa se intensifica na “perspectiva ultraneoliberal do Estado, aliada ao irracionalismo negacionista, neoconservador e de cunho neofascista, com [...] todos os elementos necessários para a ordenação e a gestão de uma política de saúde de cunho genocida (Soares, 2020, p. 291). Com isso, tem potência a continuidade da contrarreforma na saúde, que ganha contornos mais dramáticos, visto que subordina ainda mais o SUS ao setor privado, via desfinanciamento dos gastos públicos e precarização da saúde em detrimento da lucratividade do mercado. Realidade de um serviço do município estudado, que pode ser comprovada a seguir,

Não tem a estrutura física necessária, quantidade de salas, macas, não garante o sigilo profissional, a privacidade, o manejo dos/as profissionais. A falta de privacidade, sigilo também implica na propagação das informações pelos demais profissionais, inclusive de limpeza. Os/as usuários/as de Saúde Mental ficam expostos/as nos corredores ou muitas vezes na sala de sutura, consultório e os profissionais não conseguem dar o devido suporte, trata-se muitas vezes de usuários/as com vínculos familiares fragilizados, ou até famílias adoecidas, consequentemente ficam desacompanhados, tudo isso impacta. Não temos as condições mínimas para os acompanhantes ficarem, cadeiras duras, faltam medicamentos, recursos humanos, transporte (o que impacta diretamente nos/as usuários/as de Saúde Mental que ficam dias aguardando vaga, e quando sai a vaga a ambulância muitas vezes demora), ou perde a vaga por não ter como realizar o transporte. A UPA não tem condições de atender situações de violência, que dirá autoprovocada (Entrevista Coletiva 1, 2023).

O sucateamento dos serviços amplia os vazios assistenciais que podem contribuir com o agravamento da saúde mental da população, que tem no suicídio a face extrema da violência autoprovocada. Contudo, os estudos mostram que automutilações e tentativas de suicídio também são desencadeadas por aspectos multifatoriais, dentre os quais diversas situações de adoecimento psicossocial, com grande representatividade. Esse fato foi ratificado por meio da análise dos prontuários dos/as usuários/as em situação de violência autoprovocada acompanhados/as pelos CAPS do município do Rio Grande do Norte. Desse modo, os registros analisados (19 casos) evidenciaram que 100% dos/as usuários/as apresentam algum adoecimento psicossocial, sendo 36,4% (7) depressão, 26% (5) depressão e ansiedade, 15,6% (3) bipolaridade e dependência química, 10,4% (2) depressão e bipolaridade, 5,2 % (1) depressão e transtorno de comportamento, 5,2% (1) ansiedade.

Visando apreender a realidade das violências autoprovocadas no país, e no município estudado, são apresentados dados e análises inerentes aos casos ocorridos entre 2016 e 2022. O recorte temporal adotado se deve ao período pós-golpe e ainda ao fato de que as notificações de violências do município do Rio Grande do Norte foram ínfimas nos anos anteriores.

A análise dos dados das notificações de violência autoprovocada do país, extraídos do SINAN/MS referente ao período de 2016 a 2022, revelou a totalidade de 699.545 casos notificados. Contudo, é importante considerar que esse número tende a ser maior, visto a não realização de notificações de violência interpessoal/autoprovocada por alguns municípios, como também o fato de que a cada três pessoas que tentam suicídio apenas uma é atendida por um serviço médico de urgência (Brasil, 2017).

Além disso, o declínio no volume de notificações, entre os anos de 2020 e 2021, se deu diante do enfraquecimento das ações de vigilância em todo o país, em virtude das mudanças ocorridas nos serviços de saúde devido à pandemia da COVID-19, como a reestruturação dos serviços de saúde, a interrupção e/ou diminuição dos transportes coletivos, o fechamento das escolas etc.

QUADRO 2 - Violência autoprovocada no Brasil. SINAN/MS, 2016-2022.

LOCALIDADE/ ANO	BRASIL	NORTE	NORDESTE	SUDESTE	SUL	CENTRO OESTE	RN	MUNICÍPIO DO RN
2016	45.489	1.935	5.555	23.301	11.562	3.136	441	22
2017	68.201	2.819	8.623	33.624	18.766	4.369	728	64
2018	89.272	3.114	12.105	43.096	24.264	6.693	1.065	92
2019	126.678	5.133	20.017	56.482	33.163	11.883	1.836	155
2020	97.290	3.620	15.110	44.509	23.731	10.320	1.222	42
2021	119.948	5.188	21.492	55.939	24.914	12.415	1.705	174
2022	152.667	6.725	26.355	74.100	29.211	16.276	2.082	200
TOTAL	699.545	28.534	109.257	331.051	165.611	65.092	9.079	749

Fonte: Elaboração própria, 2023.

As informações do quadro 2 demonstram crescimento gradativo da violência autoprovocada no Brasil a partir de 2016. Comparando-se o número de notificações entre 2016 (45.489) e 2022 (152.667), constata-se aumento exacerbado das situações, com percentual de 335%. A frequência crescente no volume das notificações de violência autoprovocada se estendeu por todas as regiões do país, no estado do Rio

Grande do Norte e no município estudado. As regiões Nordeste, Sul e Sudeste representam juntas aproximadamente 85% das notificações realizadas.

Considerando o histórico de subnotificações, o cenário brasileiro da violência autoprovocada pode ser ainda mais preocupante, através das notificações de violência e ainda, tendo em vista que:

No Brasil, 51% dos casos de suicídio acontecem dentro de casa. Estima-se que apenas um em cada três casos de tentativa de suicídio chegue aos serviços de saúde, de forma que os dados sobre o comportamento suicida são bastante incipientes. Uma tentativa anterior aumenta o risco de concretização do suicídio cerca de cem vezes em relação a quem nunca tentou; este é o principal fator de risco para a efetivação do intento, sendo um alerta fundamental para a existência de fenômenos psicossociais complexos. Os transtornos mentais mais comumente associados ao comportamento suicida são: depressão, transtorno de humor bipolar, dependência de álcool e de outras drogas psicoativas, esquizofrenia e certos transtornos de personalidade. A coexistência destas condições agrava a situação de risco (Fiocruz, 2020, p. 2).

Outro aspecto a ser ressaltado no tocante aos registros de violência autoprovocada, representados através do quadro 2, corresponde ao preenchimento inadequado da Ficha de Notificação Individual, pelo/a profissional responsável pela notificação. Ao serem analisadas as notificações SINAN, realizadas pelo município estudado, de 2016 a 2022, apenas 80% dos casos estavam com o campo nº 54 (A lesão foi autoprovocada?) marcado como "sim". Contudo, é com base no referido campo que são quantificadas as ocorrências desse tipo de violência pelo SINAN.

A realidade das notificações de violência autoprovocada brasileira apresentou grande expressividade no sexo feminino, 486.744 (69%), o que também se aplicou aos casos registrados pelo município estudado 529 (70%). Santos (2009) ratifica os dados analisados e ressalta que as mulheres utilizam métodos como a intoxicação por medicamentos e/ou venenos, exprimindo maiores chances de salvamento, entretanto, são elas que mais tentam suicídio. Os resultados também apontam que os/as usuários/as fruto das notificações de violência autoprovocada encontram-se distribuídos/as em idades variadas, no entanto, a faixa etária dos 15 aos 39 anos é sobressalente em comparação às demais, configurando 68% (477.943) do volume total de notificações no Brasil e 72% (542) no município estudado.

A raça/cor branca foi atribuída com maior frequência 321.355 (46%) nas notificações no país, seguida da negra com 305.674 (43,7%) - resultado da soma da preta (6,4%; 44.869) e parda (37,3%; 260.805). No município estudado, a maior representatividade de notificações relaciona-se a indivíduos negros 388,8 (45,8%), 311 (41,5%) pardos e 32 (4,3%) pretos, seguidos de 180 (24%) brancos. Importante destacar que, para além dos aspectos relacionados ao racismo estrutural na autodeclaração da raça/cor, na região nordeste, onde está situado o município em pauta, a raça/cor preta e parda representam 74,6% da população, e numa perspectiva nacional esse percentual figura em 56,1% de negros (IBGE, 2021).

Quanto ao indicador da escolaridade dos/as usuários/as em situação de violência autoprovocada no Brasil, o ensino médio completo corresponde a 119.065 (17%) e o ensino fundamental incompleto a 112.075 (16%) dos casos, ou seja, foram os níveis de escolaridade que prevaleceram em nível nacional e também local, considerando o município estudado, com a ressalva de que no município a maior representatividade deu-se pelo ensino fundamental incompleto 149 (20%). Desse modo, evidencia-se que os/as usuárias/as em situação de violência autoprovocada possuem baixa escolaridade, aspecto diretamente relacionado à condição socioeconômica destes.

É necessário evidenciar o elevado número de notificações de violência autoprovocada com respostas em branco e ignoradas, referente às características raça/cor e escolaridade, no Brasil e no município estudado, o que se estende a ocupação, situação conjugal, orientação sexual, identidade de gênero, presença de deficiência ou adoecimento psicossocial, violência de repetição. Esse fato interfere na correta classificação dos eventos, na qualidade do preenchimento da ficha, repercutindo na produção de um diagnóstico mais fidedigno, bem como em medidas de prevenção e monitoramento mais eficazes (Brasil, 2017).

No que tange as características sociodemográficas e características de saúde a serem apresentadas e analisadas a seguir, dizem respeito ao município estudado e foram extraídas do banco de dados de notificações de violência autoprovocada do referido município entre 2016 e 2022, visto que esses indicadores (ocupação, situação conjugal, orientação sexual, identidade de gênero, presença de deficiência ou adoecimento psicossocial) não foram localizados para consulta pública pelo DataSUS.

Em 75% (464) das notificações de violência autoprovocada, o indicador ocupação não foi registrado, analisando os demais dados, a categoria estudante figurou em segundo lugar com 12% (79) dos casos. Em relação à situação conjugal, a prevalência da violência autoprovocada se deu entre pessoas solteiras, com 40% (255) das situações. Quanto à orientação sexual, os registros analisados revelam 39% (250) como heterossexuais e 54% (341) dos casos registrados como "ignorados" ou "não registrados".

A ausência de indicadores como os analisados acima traz graves implicações para parcelas específicas da população, como o público LGBTQIAP+, que inclusive é sinalizado pela literatura como indivíduos com maiores riscos para a violência autoprovocada, em relação aos heterossexuais. Além disso, analisando o indicador "identidade de gênero", os dados sobre os indivíduos LGBTQIAP+ são praticamente inexistentes, aparecendo apenas quatro situações; em contrapartida, 627 (99,3%) dos registros somam "não se aplica", "ignorado" e "não registrado".

Os registros inerentes às características de saúde dos/as usuários/as em situação de violência autoprovocada, por sua vez, sinalizam que, dos 631 (100%) casos, 164 (26%) apresentaram algum adoecimento psicossocial ou deficiência. Contudo, é importante mencionar que o registro que se refere à definição do transtorno superou o item anteriormente mencionado, o que remete novamente ao preenchimento inadequado da notificação e ao fato de que o resultado do indicador que objetiva verificar a presença de transtornos mentais relacionados aos/as usuários/as notificados pode ser ainda maior, ratificando que as situações de violência autoprovocada relacionam-se a fatores multifatoriais, dentre os quais encontram-se os transtornos mentais.

Em relação à caracterização das situações de violência autoprovocada, os dados nacionais revelam que 40% (282.224) dos casos registrados foram reincidentes, portanto, ocorreram episódios anteriores à notificação; comparando-se aos dados do município estudado, o percentual registrado foi de 58% (432). A residência foi indicada como local de maior incidência das situações acontecidas no Brasil - 82% (575.893) e 86% (645) no município estudado. Quanto aos meios de agressão utilizados, envenenamento/intoxicação apresentaram maior representatividade, com 60% (420.102)

dos casos do Brasil e 69% (513) dos casos do município estudado, seguido por objeto perfurocortante, com 17% (119.106) e 20% (153), respectivamente.

Um número elevado de casos apresentou caráter repetitivo de violência autoprovocada, o que denota a urgência por medidas que previnam novos episódios, inclusive por considerar que o uso abusivo de álcool e outras drogas, sofrimento e/ou adoecimento psicossocial, somados a situação de pobreza e devastação do trabalho, atuam como importantes fatores desencadeadores da violência autoprovocada no cenário brasileiro, contudo, é a tentativa de suicídio anterior o fator de risco mais relevante para o suicídio (Fiocruz, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na sociedade capitalista contemporânea, na qual se aprofundam a precariedade e a precarização das condições de vida e trabalho da classe trabalhadora, intensificase o cenário de exploração, dominação, desigualdades sociais e diversas formas de devastação do trabalho que têm incidido sobre a saúde mental da classe trabalhadora. A partir do golpe de 2016, o ajuste fiscal permanente assumiu novas proporções, as contrarreformas e retração do Estado na garantia dos direitos sociais passaram a ser a regra, como também a banalização da vida e a barbárie social. Nesse contexto, têm ocorrido a agudização do sofrimento e o adoecimento psicossocial, bem como o crescimento da violência autoprovocada.

O SUS e a Política de Saúde Mental foram fortemente atacados e conduzidos para a privatização, com vistas a atender aos interesses do capital financeiro. A contrarreforma psiquiátrica foi consolidada nos governos Temer e Bolsonaro, numa perspectiva de remanicomialização, e tornou os serviços extra-hospitalares complementares no cuidado, privilegiando hospitais e comunidades terapêuticas por meio de consideráveis aumentos de recursos financeiros e orçamentários.

Os resultados apresentados sinalizam e situam o crescimento da violência autoprovocada no país e no município do Rio Grande do Norte estudado, mediante o contexto social, econômico e político dos pós golpe. Eles ratificam que sofrimentos e adoecimentos psicossociais são produzidos no movimento inerente ao modo de produção

capitalista e figuram como elementos determinantes para as situações de violência autoprovocada, como evidenciado nas motivações dos/as usuários/as para essa realidade: ausência de condições mínimas de sobrevivência, como emprego, renda, moradia, alimentação, acesso à saúde, estigmas, preconceitos, como também o direcionamento do cuidado em saúde mental, sobretudo pelo agravamento das expressões da questão social e pela desproteção social da classe trabalhadora.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, C. S.; MATOS, R. A. Produção social do suicídio e “questão social” na realidade de Iguatu (CE). *Argumentum*, Vitória, v. 12, n. 2, p. 220–237, maio/ago. 2020.

ANTUNES, R. *O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital*. São Paulo: Boitempo, 2018.

BARATA, Rita Barradas. Desigualdades Sociais em Saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa *et al.* *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BEHRING, Elaine Rossetti. *Fundo Público, Valor e Política Social*. São Paulo: Cortez, 2021.

BEHRING, Elaine Rossetti. Neoliberalismo, Ajuste Fiscal Permanente e Contrarreformas no Brasil da Redemocratização. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL (ENPESS), 16. Associação Brasileira de Pesquisa e Ensino em Serviço Social (ABEPSS). *Anais...* Vitória (ES): ENPESS/ABEPSS, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil, 2010 a 2019. *Boletim Epidemiológico*, v. 52, n. 33, p. 1–10, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. *Boletim Epidemiológico*, v. 48, n. 30, p. 2–15, 2017.

BRETTAS, Tatiana. *Capitalismo dependente, neoliberalismo e financeirização das políticas sociais no Brasil*. Rio de Janeiro: Consequência, 2020.

CASULO, A. C.; ALVES, G. *Precarização do trabalho e saúde mental: o Brasil da Era Neoliberal*. Bauru: Projeto Editorial Práxis, 2018.

CFESS. *Discriminação contra a população usuária de saúde mental*. Série: assistente social no combate ao preconceito. Brasília (DF), 2022.

COSTA, P. H. A.; MENDES, K. T. Contribuição à Crítica da Economia Política da Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira. *Argum.*, Vitória, v. 12, n. 2, p. 44-59, maio/ago. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Cidades e Estados*. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rn/natal.html> Acesso em: 25 jul. 2023.

MENDES, S. M. R.; WERLANG, R. Sofrimento Social. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 116, p. 743-768, out/dez. 2013.

MÉSZÁROS, I. *A Crise Estrutural do Capital*. Tradução de Paulo Cezar Castanheira e Sérgio Lessa. rev. São Paulo: Boitempo, 2011.

MOTA, A. E.; RODRIGUES, M. Legado do Congresso da Virada em tempos de conservadorismo reacionário. *Revista Katálysis*, v. 23, n. 2, p. 199-212, maio/ago. 2020. Doi 10.1590/1982-02592020.

PRATES, Jane Cruz. A Pesquisa Social a partir do Paradigma Dialético-crítico: do Projeto à Análise do Dado. In: FERNANDES, Idília; PRATES, Jane Cruz. *Diversidade e Estética em Marx e Engels*. São Paulo: Papel Social, 2016.

PRATES, Jane Cruz. O método marxiano de investigação e o enfoque misto na pesquisa social: uma relação necessária. *Textos & Contextos*, Porto Alegre, v. 11, n. 1, p. 116-128, jan./jul. 2012.

SANTOS, M. A. F. *Patologia da solidão: o suicídio de bancários no contexto da nova organização do trabalho*. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade de Brasília, Brasília (DF), 2009.

SOARES, R. C. *Contrarreforma no SUS e o serviço social* [recurso eletrônico]. Recife: Ed. UFPE, 2020.

VIAPIANA, V. N.; GOMES, R. M.; ALBUQUERQUE, G. S. C. Adoecimento psíquico na sociedade contemporânea: notas conceituais da teoria da determinação social do processo saúde-doença. *Saúde em Debate*, Curitiba, p. 175-186, 2018.