



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

THAYSE DE PAULA PINHEIRO

**TENTATIVA DE SUICÍDIO E AUTOMUTILAÇÃO DE ADOLESCENTES E
ADULTOS EM SANTA CATARINA**

FLORIANÓPOLIS

2020

Thayse de Paula Pinheiro

**TENTATIVA DE SUICÍDIO E AUTOMUTILAÇÃO DE ADOLESCENTES E
ADULTOS EM SANTA CATARINA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Elza Berger Salema
Coelho

**FLORIANÓPOLIS
2020**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Pinheiro, Thayse de Paula

Tentativa de suicídio e automutilação de adolescentes e adultos em Santa Catarina / Thayse de Paula Pinheiro ; orientador, Elza Berger Salema Coelho, 2020.
90 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Saúde Pública, Florianópolis, 2020.

Inclui referências.

1. Saúde Pública. 2. Tentativa de suicídio. 3. Automutilação. 4. Violência autoprovocada. 5. Adolescentes e adultos. I. Coelho, Elza Berger Salema. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. III. Título.

Thayse de Paula Pinheiro

Tentativa de suicídio e automutilação de adolescentes e adultos em Santa Catarina

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa. Sheila Rubia Lindner, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Carolina Carvalho Bolsoni, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina.

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

Profa. Marta Inez Machado Verdi.
Dra. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação

Prof(a). Dr(a). Elza Berger Salema Coelho
Orientadora

Florianópolis, 2020.

RESUMO

A violência é considerada um grave problema de saúde pública. Há diversos tipos de violência, entretanto, observa-se que as violências autoprovocadas vêm ganhando mais relevância no cenário nacional. Neste estudo serão analisadas as tentativas de suicídio e as automutilações, as primeiras são conduzidas com a intenção de morte, enquanto as segundas não têm esse propósito. O objetivo deste estudo é caracterizar as tentativas de suicídio e automutilações, cometidas por adolescentes e adultos, de 2014 a 2018. Trata-se de estudo descritivo e retrospectivo, com dados secundários, de violência autoprovocada cadastrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do estado de Santa Catarina, situado na região Sul do Brasil. Foram analisadas 1.925 notificações de violência autoprovocada por adolescentes, dessas 1.788 (92,8%) foram tentativas de suicídio e 137 (7,2%) automutilações. Por adultos, foram 6.934 notificações, 6.879 (99,2%) tentativas de suicídio e 55 (0,8%) automutilações. As tentativas de suicídio e as automutilações predominaram em adolescentes e adultos do sexo feminino, brancos, com transtorno mental e a residência o principal local de ocorrência. A maior parte dos adolescentes que tentou suicídio era solteira (92,4%) e dos adultos casada (49,7%); a automutilação apresentou importante frequência nas repetições, para adolescentes (83,3%) e adultos (69,6%). O uso de álcool foi identificado em 22,7% dos adultos que cometeram automutilação. Demonstrou-se o necessário aprofundamento de estudos sobre esta temática para contribuir nas discussões sobre prevenção e enfrentamento das tentativas de suicídio e automutilações.

Palavras-chave: Tentativa de suicídio; Automutilação; Adolescentes; Adultos; Violência Autoprovocada.

ABSTRACT

Violence is considered a serious public health problem. There are several types of violence, however, it is observed that self-inflicted violence has been gaining more relevance on the national scene. In this study, suicide attempts and self-harm will be analyzed, the former are conducted with the intention of death, while the latter do not have this purpose. The objective of this study is to characterize suicide attempts and self-harm, carried out by adolescents and adults, from 2014 to 2018. This is a descriptive and retrospective study, with secondary data, of self-inflicted violence registered in the Notifiable Diseases Information System (SINAN) in the state of Santa Catarina, located in the southern region of Brazil. 1,925 notifications of self-inflicted violence by adolescents were analyzed, of which 1,788 (92.8%) were suicide attempts and 137 (7.2%) self-harm. For adults, there were 6,934 notifications, 6,879 (99.2%) suicide attempts and 55 (0.8%) self-harm. Suicide attempts and self-harm predominated in white adolescents and adults, white women, with mental disorders and the residence the main place of occurrence. Most adolescents who attempted suicide were single (92.4%) and married adults (49.7%); self-mutilation showed an important frequency in repetitions, for adolescents (83.3%) and adults (69.6%). Alcohol use was identified in 22.7% of adults who committed self-harm. The necessary deepening of studies on this topic was demonstrated to contribute to discussions on prevention and coping with suicide attempts and self-harm.

Keywords: Suicide attempt; Self-mutilation; Adolescents; Adults; Self-harmed violence.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição dos artigos segundo tipologia da violência autoprovocada, faixa etária e sexo prevalente da violência autoprovocada.

LISTRA DE QUADROS

Quadro 1 - Variáveis relacionadas à pessoa em situação de violência autoprovocada.

Quadro 2 - Variáveis relacionadas à violência.

Quadro 3 - Variáveis relacionadas ao provável autor da violência.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS - *Acquired Immune Deficiency Syndrome*

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infato-Juvenil

CVV - Centro de Valorização da Vida

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

EFS - Equipe de Saúde da família

HIV - *Human Immunodeficiency Virus*

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas

LGBT - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleo Ampliado de Saúde da Família

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONG - Organização Não Governamentais

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PNAISH - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

PNRMAV - Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Emergência.

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS - Unidades Básicas de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

VIVA - Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVOS	11
2.1 Objetivo Geral.....	11
2.1.1. Objetivos Específicos.....	11
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	12
3.1. Definições e tipologias da violência	12
3.1.1. Violência Autoprovocada.....	15
3.2. Prevalência e fatores associados à violência autoprovocada.....	15
3.2.1 Prevalência de violência autoprovocada em adolescentes e adultos	17
3.2.2 Fatores associados à violência autoprovocada em adolescentes e adultos.....	23
3.3. Políticas Públicas de Saúde	32
3.3.1 Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).....	39
4 MÉTODOS	42
4.1 Tipo de pesquisa.....	42
4.2 Cenário de estudo.....	42
4.3 População do estudo	43
4.4 Critérios de inclusão e exclusão	43
4.5 Instrumento	43
4.6 Variáveis	43
4.7 Considerações éticas	44
5 RESULTADOS	46
5.1. ARTIGO - CARACTERIZAÇÃO DAS TENTATIVAS DE SUICÍDIO E AUTOMUTILAÇÕES COMETIDAS POR ADOLESCENTES E ADULTOS A PARTIR DAS NOTIFICAÇÕES EM SANTA CATARINA - BRASIL	46
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
REFERÊNCIAS	67
APÊNDICES	74

Apêndice 1. Protocolo de Revisão Sistemática: Violência autoprovocada por adolescentes e adultos.	74
Apêndice 2. Fluxograma de seleção de artigos para revisão sistemática.....	76
Apêndice 3. Fluxograma de seleção das notificações de violência autoprovocada por adolescentes	77
Apêndice 4. Fluxograma de seleção das notificações de violência autoprovocada por adultos	78
ANEXOS	79
Anexo A. Instruções para colaboradores - Revista Ciência & Saúde Coletiva.....	79

1 INTRODUÇÃO

A violência é considerada um grave problema de saúde pública. Minayo (2013) destaca a violência não como um problema médico típico, mas um problema social que acompanha toda a história e as transformações da humanidade. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) é considerada violência o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, empregado contra si, contra outra pessoa ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG et al., 2002).

A violência é dividida em três grandes categorias, conforme as características de quem comete o ato, sendo elas a violência interpessoal, a violência coletiva e a violência dirigida a si mesmo (auto-infligida). A violência auto-infligida é subdividida em comportamento suicida e auto-abuso. O primeiro inclui pensamentos suicidas, tentativas de suicídio e suicídios. O auto-abuso, por outro lado, inclui atos como a automutilação. (Krug et al., 2002). Bahia (2017, p. 2842) completa que a violência autoprovocada “engloba atos de automutilação, incluindo desde as formas mais leves, como arranhaduras, cortes e mordidas até as mais severas, como amputação de membros”.

Vale destacar que, por definição, a automutilação é conduzida sem a intenção de morrer, enquanto a tentativa de suicídio é conduzida com uma clara intenção suicida. (You, Lin, 2015). Em 2016, ocorreram quase 800 mil mortes por suicídio no mundo. Os homens são 75% mais propensos do que as mulheres a morrer como resultado de suicídio. As mortes por suicídio ocorrem principalmente em adolescentes e adultos. (WORLD HEALTH STATISTICS, 2018)

No Brasil, conforme o ‘Mapa da Violência: os Jovens do Brasil’, entre 1980 e 2012 as taxas de suicídio cresceram 62,5%, aumentando o ritmo a partir da virada de século, tanto para o conjunto da população quanto para a faixa jovem. Aponta que, no ano de 2012, as taxas de suicídio foram: 0,7 tentativas de suicídio por 100 mil adolescentes de 10 a 14 anos, a taxa aumentou para 3,9 na faixa etária de 15 a 19 e, progressivamente, para 6,4 nos adultos entre 20 a 29 anos e 7,6 naqueles com idade entre 30 a 39 anos.

No que se refere às tentativas de suicídio, estudos internacionais apontam que aproximadamente 5,6% das adolescentes coreanas do sexo feminino e 4,2% dos adolescentes do sexo masculino fizeram uma tentativa. (CHIN, CHOI, 2015). A prevalência de tentativa de suicídio em jovens canadense foi de 3% (SAMPASA-KANYINGA, et al., 2015) As tentativas de suicídio apresentaram prevalência 1,53% em estudantes no Taiwan. (HUANG, et al., 2016)

As tentativas de suicídio em adultos canadenses apresentaram prevalência de 14%. (CHARTRAND, et al., 2015). Em adultos coreanos a prevalência tentativa de suicídio foi de 3,9%. (KIM, et al., 2016). Aproximadamente 6,5% de estadunidenses apresentaram pelo menos uma tentativa de suicídio ao longo de suas vidas. (BURKE, et al., 2016)

A automutilação entre adolescentes jordanos apresentou uma considerável prevalência de 22,6%. Os jovens indicaram que se machucaram propositalmente, sem intenção suicida, pelo menos uma vez na vida. (HANANIA, et al., 2015). Constatou-se uma taxa de incidência de automutilação de 4,0% em estudantes no Taiwan. (HUANG, et al., 2016).

A automutilação foi responsável por 4,3% das apresentações de adultos nos serviços de pronto-socorro ou nos serviços de psiquiatria canadenses. (CHARTRAND, et al., 2015). 33,8% adultos estadunidenses relataram pelo menos um incidente de automutilação. (BURKE, et al., 2016)

No Brasil, de 2014 a 2016, foram realizadas 26.776 notificações de violência autoprovocada por adolescentes, sendo 72% do sexo feminino e 28% do sexo masculino, em relação a adultos esse número foi de 81.043 notificações, sendo 66% do sexo feminino e 34% do sexo masculino. (SINAN/Ministério da Saúde, 2019)

No estado de Santa Catarina, no mesmo período, ficou em 5º lugar, entre os estados do Brasil, no que se refere à notificação de violência autoprovocada por adultos e adolescentes. Foram realizadas 1.572 notificações de violência autoprovocada por adolescentes, sendo 69% do sexo feminino e 31% do sexo masculino, em relação a adultos esse número foi de 6.340 notificações, sendo 65% do sexo feminino e 35% do sexo masculino. (BRASIL, 2019).

A violência autoprovocada constitui 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, optando pelas tentativas de tirar a própria vida, como resposta.” Tanto em relação ao tamanho da população como em números absolutos, as tentativas de suicídio são mais frequentes entre jovens. (MONTEIRO, et al., 2015, p. 693).

A literatura aponta que a tentativa de suicídio é um dos principais fatores de risco para o suicídio. Além disso, alerta que automutilação pode ser um fator de risco importante para futuras tentativas de suicídio, principalmente entre adolescentes do sexo feminino. Isso pode ocorrer porque o engajamento frequente na automutilação aumenta a capacidade de tentativa de suicídio. (ZANUS, et al., 2017).

Embora os suicídios de adolescentes possam seguir uma sequência de ideação suicida, plano de suicídio e tentativa de suicídio, os adolescentes têm maior probabilidade de se

envolver em tentativas de suicídio não planejadas em comparação aos adultos (CHIN, CHOI, 2015).

Alguns fatores podem estar associados à automutilação em adolescentes como problemas com a família e na escola. (GARCÍA-NIETO, et al. 2014). E entre os adultos o abuso na infância, transtornos de ansiedade, transtorno depressivo maior, agressividade e impulsividade. (CHARTRAND, et al. 2015). Os métodos mais comuns de automutilação incluem cortar, entalhar e arranhar. (BENJET, et al., 2017).

A violência, no âmbito da saúde, é um agravo¹ de notificação compulsória, conforme Portaria MS/GM 264/2020, assim todo(a) profissional de saúde que suspeitar ou identificar situações de violência deve preencher a Ficha de Notificação/Investigação de Violência Interpessoal/Autoprovocada que, posteriormente, é inserida no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

São objetos de notificação compulsória as violências interpessoais (física, psicológica/moral, tortura, sexual, tráfico de seres humanos, financeira/econômica, negligência/abandono, trabalho infantil, intervenção legal e outros) e as violências autoprovocadas (tentativas de suicídio e automutilação).

Para fins de notificação considera-se violência autoprovocada os “casos em que a pessoa atendida/vítima provocou agressão contra si mesma ou tentou o suicídio. Defini-se como tentativa de suicídio o ato de tentar cessar a própria vida, porém, sem consumação.” (BRASIL, 2015). Os casos de ideação requerem ações de atenção integral em saúde, mas não são objeto de notificação. Os óbitos por suicídio são registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), a partir das Declarações de Óbito, e não devem ser inseridas no SINAN. (BRASIL, 2019).

A Portaria MS/GM 264/2020 estabelece a tentativa de suicídio como um agravo de notificação imediata, ou seja, deve ser “realizada em até 24 (vinte e quatro) horas, a partir do conhecimento da ocorrência de doença, agravo ou evento de saúde pública, pelo meio de comunicação mais rápido disponível” (BRASIL, 2016).

A identificação e o encaminhamento da violência autoprovocada nos serviços de saúde também é um desafio, pois se trata de um fenômeno complexo. Freitas e Borges (2014, p. 561-562) alertam que “é comum o uso de crenças pessoais, por parte de membros da equipe

¹ Agravo: qualquer dano à integridade física ou mental do indivíduo, provocado por circunstâncias nocivas, tais como acidentes, intoxicações por substâncias químicas, abuso de drogas ou lesões decorrentes de violências interpessoais, como agressões e maus tratos, e lesão autoprovocada. (Portaria 204 de 17 de fevereiro de 2016)

de saúde, na tentativa de ajudar os pacientes”. As mesmas autoras referem ainda que essas crenças “podem gerar sentimentos ambivalentes nos profissionais, que, de um lado, buscam estar atentos à escuta das demandas dos pacientes – que nem sempre é a de viver – mas, por outro, precisam tomar todas as medidas necessárias a fim de que a pessoa não concretize o ato”.

Diante disso, mostra-se como primordial a compreensão da magnitude da violência autoprovocada, ou seja, com que frequência ocorre, quais os tipos mais frequentes, as características do autor da violência, entre outros. Os conhecimentos dessas informações servem de base para as ações de vigilância da violência, pesquisas e políticas públicas.

Assim, esta pesquisa justifica-se pela relevância da temática e, também, pela escassez de estudos a nível nacional e estadual, no contexto da violência autoprovocada, estratificadas por tipos (tentativa de suicídio e automutilação), por adolescentes e adultos, notificadas no SINAN. Os resultados obtidos contribuirão para aprofundar o conhecimento sobre esse fenômeno e poderá servir como base para o aperfeiçoamento de ações de prevenção e tratamento das pessoas em situação de violência autoprovocada. Além disso, poderá contribuir para o aprimoramento das informações sobre violência autoprovocada no SINAN em Santa Catarina e no Brasil.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Descrever as características da violência autoprovoçada, segundo tipologia (automutilação e tentativa de suicídio), por adolescentes (10 a 19 anos) e adultos (20 a 59 anos) notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), de 2014 a 2018, em Santa Catarina.

2.1.1. Objetivos Específicos

- Identificar a proporção de automutilação e tentativa de suicídio notificadas em adolescentes e adultos.
- Descrever as características dos adolescentes e adultos em situação de violência autoprovoçada segundo tipologia de violência (automutilação e tentativa de suicídio).
- Descrever as características da violência autoprovoçada por tipos, meios de agressão, local da ocorrência, violência de repetição e suspeita de uso de álcool.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Apresentaremos o suporte teórico para o tema central da dissertação, tentativas de suicídio e automutilação por adolescentes e adultos. Esta revisão de literatura foi elaborada a partir da consulta de artigos indexados em bases de dados científicas, além de livros, publicações acadêmicas e da literatura normativa, composta por legislações e políticas públicas relacionadas à temática.

Está organizada em três itens centrais: o primeiro apresenta as definições e tipologias das violências, assim como os conceitos de violência autoprovocada, tentativa de suicídio e automutilação; o segundo aborda a prevalência e os fatores associados à violência autoprovocada por adolescentes e adultos e o terceiro expõe as políticas públicas, com ênfase nas políticas públicas para o enfrentamento à violência autoprovocada na atenção à saúde mental e no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

3.1. Definições e tipologias da violência

A tipologia da violência foi estabelecida pela OMS, em 2002, no documento intitulado '*World Report and Violence and Health*', como o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, empregado contra si, contra outra pessoa ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. Essa definição relaciona a intencionalidade com a prática do ato propriamente dito, independentemente do resultado produzido. (KRUG et al., 2002).

Neste sentido, a violência é dividida em três grandes categorias, conforme as características de quem comete o ato de violência, sendo elas a violência interpessoal, a violência coletiva e a violência dirigida a si mesmo (auto-infligida). A violência interpessoal é aquela cometida na família ou por parceiro(a) íntimo(a) ou a que ocorre entre pessoas sem laços de parentesco, consanguíneo ou não, também chamada de violência comunitária. (KRUG et al., 2002).

A violência coletiva é subdividida em violência social, política e econômica. É cometida para seguir uma determinada agenda social inclui, por exemplo, crimes de ódio cometidos por grupos organizados, atos terroristas e violência de multidões. Inclui guerras e conflitos de violência pertinentes, violência do Estado e atos semelhantes realizados por grupos maiores e economicamente inclui ataques de grupos maiores motivados pelo ganho

econômico, tais como ataques realizados visando a interromper a atividade econômica ou negar acesso a serviços essenciais. (KRUG et al., 2002).

A violência auto-infligida é subdividida em comportamento suicida e auto-abuso. O primeiro inclui pensamentos suicidas, tentativas de suicídio e suicídios. O auto-abuso, por outro lado, inclui atos como a automutilação (KRUG et al., 2002). Bahia (2017, p. 2842) completa que a violência autoprovocada “engloba atos de automutilação, incluindo desde as formas mais leves, como arranhaduras, cortes e mordidas até as mais severas, como amputação de membros”.

A OMS estabelece distinções sobre as naturezas da violência, sendo elas: violência física; violência psicológica/moral; tortura; violência sexual; tráfico de seres humanos; violência financeira/econômica; negligência/abandono; trabalho infantil e intervenção legal. (WORLD HEALTH STATISTICS, 2018).

A violência física pode ser caracterizada como “atos violentos, nos quais se fez uso da força física de forma intencional, não-acidental, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando, ou não, marcas evidentes no seu corpo”. Em relação às formas de manifestações deste tipo de violência pode-se citar “tapas, beliscões, chutes, torções, empurrões, arremesso de objetos, estrangulamentos, queimaduras, perfurações, mutilações, dentre outras”. A violência física pode ocorrer, ainda, por ferimentos por arma de fogo (incluindo as situações de bala perdida) ou ferimentos por arma branca. (BRASIL, 2015, p. 40).

A violência psicológica muitas vezes está associada a outros tipos de violência, porém é importante que se tenha conhecimento do conceito para que não haja a naturalização dos comportamentos relacionados a este tipo de violência. Assim, a violência psicológica “é toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da pessoa para atender às necessidades psíquicas de outrem”. Além disso, “é toda ação que coloque em risco ou cause dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa.” (BRASIL, 2015, p.41).

A violência sexual é caracterizada como “qualquer ação na qual uma pessoa, obriga outra pessoa, de qualquer sexo e idade, a ter, presenciar, ou participar de alguma maneira de interações sexuais ou a utilizar, de qualquer modo a sua sexualidade, com fins de lucro, vingança ou outra intenção”. (BRASIL, 2015, p.41).

Vale destacar ainda que se identificam como violência sexual situações de estupro, abuso incestuoso, assédio sexual, sexo forçado no casamento, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas, impostas, pornografia infantil, pedofilia, voyeurismo; manuseio, penetração

oral, anal ou genital, com pênis ou objetos, de forma forçada. Inclui também exposição coercitiva/constrangedora a atos libidinosos, exibicionismo, masturbação, linguagem erótica, interações sexuais de qualquer tipo e material pornográfico. Igualmente caracterizam a violência sexual os atos que, mediante coerção, chantagem, suborno ou aliciamento impeçam o uso de qualquer método contraceptivo ou forcem a matrimônio, à gravidez, ao aborto, à prostituição; ou que limitem ou anulem em qualquer pessoa a autonomia e o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos. A violência sexual é crime, mesmo se exercida por um familiar, seja ele, pai, mãe, padrasto, madrasta, companheiro(a), esposo(a). (BRASIL, 2015).

A violência financeira/econômica que ocorre, sobretudo, no âmbito familiar é o ato que “implica dano, perda, subtração, destruição ou retenção de objetos, documentos pessoais, instrumentos de trabalho, bens e valores da pessoa atendida/vítima”. Vale destacar que “consiste na exploração imprópria ou ilegal, ou no uso não consentido de seus recursos financeiros e patrimoniais.” (BRASIL, 2015, p.42).

A negligência que é definida como “a omissão pela qual se deixou de prover as necessidades e cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da pessoa atendida/vítima.” Em relação a este tipo de violência pode-se citar alguns exemplos como: “privação de medicamentos; falta de cuidados necessários com a saúde; descuido com a higiene; ausência de proteção contra as inclemências do meio, como o frio e o calor; ausência de estímulo e de condições para a frequência à escola.” O abandono é uma forma extrema de negligência. (BRASIL, 2015. p.42).

O trabalho infantil também é elencado como um tipo de violência e refere-se a qualquer tipo de atividade, remunerada ou não, realizada por crianças e adolescentes de modo “obrigatório, regular, rotineiro e em condições por vezes desqualificadas e que põem em risco o seu bem-estar físico, psíquico, social e moral, limitando suas condições para um crescimento e desenvolvimento saudável e seguro”. (BRASIL, 2015. p.43).

A violência por intervenção legal é aquela perpetrada por agente legal público, ou seja, “representante do Estado, polícia ou de outro agente da lei no exercício da sua função.” Este tipo de violência “pode ocorrer com o uso de armas de fogo, explosivos, uso de gás, objetos contundentes, empurrão, golpe, murro, podendo resultar em ferimento, agressão, constrangimento e morte.” (BRASIL, 2015. p.43).

Vale ressaltar que os tipos de violência interpessoal apresentados anteriormente são os definidos pelo Ministério da Saúde como objetos de notificação compulsória. A violência autoprovocada também é de notificação compulsória e temática central deste estudo, assim, a seguir serão abordados os conceitos e fatores importantes sobre a violência autoprovocada.

3.1.1. Violência Autoprovocada

A violência autoprovocada é a violência que uma pessoa inflige a si mesma, podendo ser subdividida em comportamento suicida e em autoagressão. “O comportamento suicida é caracterizado por pensamentos suicidas, tentativas de suicídio e o suicídio propriamente dito; enquanto que a autoagressão engloba atos de automutilação, incluindo desde as formas mais leves, como arranhaduras, cortes e mordidas até as mais severas, como amputação de membros” (MONTEIRO, 2014, p.690).

A tentativa de suicídio envolve condutas voltadas a se ferir, em que há a intenção de se matar, podendo resultar em ferimento ou morte. (BAHIA, 2017). As tentativas de suicídio têm grandes repercussões pessoais, familiares, sociais e econômicas. A identificação de uma tentativa de suicídio é complexa, dificultando a coleta de dados, devido às dificuldades em estabelecer sua verdadeira intenção. (MEJÍAS-MARTÍN, et al., 2018).

A automutilação é um tipo de violência autoprovocada e pode ser conceituada, segundo Posner (2007) com um “comportamento autolesivo associado a nenhuma intenção de morrer”. O autor refere, ainda, que “o comportamento é intencional puramente por outras razões, seja para aliviar a aflição ou para efetuar mudanças em outras pessoas ou no ambiente.” (POSNER, 2007, p. 1037 APUD CHARTRAND, 2015 p.278).

A automutilação “pode ser um fator de risco importante para uma futura tentativa de suicídio, especialmente entre adolescentes do sexo feminino. Isso pode ocorrer porque o engajamento frequente na automutilação aumenta a capacidade de tentativa de suicídio”, (YOU, LIN, 2015, p.523).

3.2. Prevalência e fatores associados à violência autoprovocada

Com a finalidade de buscar aporte teórico na literatura científica sobre a prevalência e fatores associados à violência autoprovocada por adolescentes e adultos, realizou-se pesquisa bibliográfica nas bases de dados: *Pubmed*, *PsycInfo* e *LILACS*. A busca de artigos nessas bases buscou responder a seguinte questão: ‘Quais as características da violência autoprovocada (tentativa de suicídio e automutilação) por adolescentes e adultos?’. Para a localização de estudos que respondessem essa pergunta, foi elaborado o protocolo de revisão sistemática, o qual foi seguido criteriosamente (Apêndice 1).

O processo de seleção e inclusão de artigos é descrito no fluxograma apresentado no Apêndice 2. Foram selecionados 46 artigos, nacionais (n=7) e internacionais (n= 39), com o

objetivo de analisar a prevalência e os fatores associados à violência autoprovocada por adolescentes e adultos, sendo classificados em estudos que abordam somente violência autoprovocada por adolescentes, somente por adultos e aqueles que incluem adolescentes e adultos concomitantemente em sua pesquisa.

Em relação à tipologia da violência autoprovocada, 67% (n=31) trataram somente sobre tentativa de suicídio, 20% (n=9) sobre tentativa de suicídio e automutilação e 13% (n=6) somente automutilação. Ao analisar a tipologia da violência autoprovocada por faixa etária, observa-se que aqueles artigos que tratavam somente de tentativa de suicídio predominaram entre adolescentes e adultos, os que abordavam a automutilação foram em maior parte de adultos e os que apresentavam ambas as tipologias (tentativa de suicídio e automutilação) foram de adolescentes (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos artigos segundo tipologia da violência autoprovocada por faixa etária e sexo.

Tipologia por faixa etária	N	%	Feminino	Masculino
Tentativa de Suicídio	31	67	24*	4
Adolescentes	7	23	5	-
Adolescentes e Adultos	15	48	12	3
Adultos	9	29	7	1
Automutilação	6	13	4	2
Adolescentes	2	33	-	2
Adolescentes e Adultos	1	17	1	-
Adultos	3	50	3	-
Tentativa de Suicídio e Automutilação	9	20	7	-
Adolescentes	7	78	6	-
Adolescentes e Adultos	1	11	1	-
Adultos	1	11	-	-

Fonte: Própria autora

* Alguns artigos analisados não identificavam o sexo.

Nos estudos que apresentaram a prevalência de automutilação e tentativa de suicídio por sexo observou-se predominância do sexo feminino. Os artigos que abordam, concomitantemente, automutilação e tentativa de suicídio apresentaram prevalência absoluta no sexo feminino.

3.2.1 Prevalência de violência autoprovocada em adolescentes e adultos

Com a finalidade de analisar a prevalência da violência autoprovocada em adolescentes e adultos os artigos foram classificados, assim inicialmente serão apresentadas as prevalências dos estudos que abordam somente violência autoprovocada por adolescentes, somente por adultos e aqueles que incluem adolescentes e adultos concomitantemente em sua pesquisa.

Prevalência de violência autoprovocada por adolescentes

Em metade dos artigos analisados (n=8) sobre violência autoprovocada por adolescentes os estudos foram realizados em escolas, em âmbito internacional. As prevalências dos referidos estudos serão apresentadas a seguir. Em uma amostra de quase 75 mil estudantes coreanos, constatou-se que aproximadamente 5,6% das adolescentes do sexo feminino e 4,2% dos adolescentes do sexo masculino já haviam feito uma tentativa de suicídio (CHIN, CHOI, 2015).

Duas pesquisas chinesas apontaram a prevalência de tentativas de suicídio e automutilação em escolas: a primeira com uma amostra de quase 12 mil adolescentes concluiu que a prevalência, ao longo da vida de automutilação foi 26%, enquanto a automutilação e tentativas de suicídio foram 3,8% e as tentativas de suicídio 2,3% (LIU, et al., 2017). A segunda verificou que entre todos os participantes disponíveis, em três ondas da pesquisa, uma média de 2,6% relatou uma tentativa de suicídio. Em relação à ideação suicida a média aumentou para 14,6% e à automutilação apresentou uma média de 13,5% entre os adolescentes. (YOU, LIN, 2015).

No Canadá, estudo com 1922 adolescentes, identificou que 3% já haviam tentado suicídio. As meninas foram mais propensas a relatar ideação e tentativas de suicídio do que os meninos. (SAMPASA-KANYINGA, et al., 2015). Na Jordânia, com amostra de 952 estudantes constatou-se que 22,6% dos adolescentes indicaram que se machucaram de propósito, sem intenção suicida, pelo menos uma vez na vida, caracterizando automutilação. (HANANIA, et al., 2015). No Taiwan, pesquisa com 4.331 estudantes, constatou a taxa de incidência de automutilação foi de 4,04% e de 1,53% para as tentativas de suicídio. (HUANG, et al., 2016).

Estudo de caso-controle, com estudantes dinamarqueses, mostrou que 46,5% dos adolescentes afirmaram que o objetivo de sua tentativa de suicídio foi “morrer”, 28,5%

queriam “obter alívio dos pensamentos” e 18,5% queriam “mostrar o quanto estavam se sentindo mal” Não houve diferença com base no sexo. (HEDELAND, et al., 2016). No Chile, usando uma amostra de 195 estudantes, foi observado que 25,6% dos adolescentes tentaram suicídio pelo menos uma vez na vida. (VALDIVIA, et al., 2015).

Nos Estados Unidos, três pesquisas, realizadas em serviços de saúde, apresentaram a prevalência de adolescentes que cometeram violência autoprovocada. Gulbas, et al., (2015) mostrou que, do total de 73 participantes, foi identificada tentativas de suicídio em 39,7% das entrevistas; automutilação em 24,6% e com uma combinação de automutilação e tentativa de suicídio 10,9% das entrevistas. Entre as 29 meninas que tentaram o suicídio, 44,8% ingeriram pílulas, 27,5% se cortaram e 10,3% se engajaram em outros métodos de tentativa de suicídio que incluíam sufocamento ou ingestão de produtos de limpeza doméstica. (GULBAS, et al., 2015).

Rosenbaum Asarnow, et al. (2016) identificou em uma amostra de 181 adolescentes que 18% já haviam tentado suicídio. Sheridan, et al. (2016) em pesquisa realizada no Sistema Nacional de Informações Toxicológicas, identificou que, entre 2004 e 2013, foram recebidas 390.560 chamadas de centros de envenenamento por autoagressão intencional em adolescentes entre 13 e 19 anos para centros de envenenamento nos EUA, representando 80,3% de todas as chamadas de ingestão “intencional” de adolescentes. Quando analisadas por gênero, a maioria das chamadas foi para adolescentes do sexo feminino (73,6%), mas as ingestões em homens mais comumente resultaram em “morte” ou “efeito clínico principal” do que em mulheres.

Pesquisas realizadas na Europa mostraram dados relevantes. Com uma considerável amostra de 53.198 adolescentes italianos observou-se, durante dois anos de estudo, que 135 apresentaram pensamentos e comportamentos auto-prejudiciais, esses casos representaram 0,2% do total (ZANUS, et al., 2017). Um estudo na Turquia, com 64 adolescentes que tentaram suicídio, atendidos em um hospital infantil, concluiu que 60,9% eram do sexo feminino e 39,1% dos adolescentes do sexo masculino. (FOTO-ÖZDEMIR, et al., 2016) Na Inglaterra, um estudo de coorte apontou que, dos 4799 adolescentes pesquisados, 569 cometeram automutilação sem intenção suicida (12%) e 325 praticaram automutilação com intenção suicida (7%). (MARS, et al., 2014).

No Brasil, pesquisa documental, com o objetivo de verificar o registro e o número de casos de tentativa de suicídio entre crianças e adolescentes, foi realizada meio de fichas ambulatoriais de pronto-atendimento. Foram lidas aproximadamente 73.000 fichas. Considerando-se os dados por ano, encontram-se 27 casos de adolescentes em 2008; em 2009,

35 casos; e em 2010, os registros mostraram 31 casos de adolescentes que possivelmente tentaram suicídio. (ALVES, CADETE, 2015).

Complementando, Minayo et al, (2017) refere que entre os adolescentes, diferença de gênero nos tipos de tentativas de suicídio: 85% das meninas e 61,6% dos meninos se intoxicaram por substância, principalmente analgésicos. Os jovens do sexo masculino usam mais objetos cortantes e armas de fogo que as do sexo feminino, porém elas têm três vezes mais internações por tentativas de suicídio que eles.

Embora em 67% (n=11) dos artigos identificados nesta revisão, tanto as tentativas de suicídio quanto as automutilações em adolescentes, predominaram no sexo feminino, dois estudos apresentaram frequência maior no sexo masculino. García-Nieto, et al., (2014), em estudo realizado em um ambulatório de atendimento a crianças e adolescentes na Espanha, observou que 65,3% dos adolescentes que cometeram automutilação eram do sexo masculino. Assim como adolescentes do sexo masculino eram mais propensos a se envolverem em automutilação aos 10 anos de idade, em escolas da Jordânia. (HANANIA, et al., 2015).

Prevalência de violência autoprovocada por adolescentes e adultos

Dentre os artigos selecionados para esta pesquisa, 37% (n=17) abordavam o tema violência autoprovocada, concomitantemente, por adolescentes e adultos. Duas pesquisas realizadas na Espanha mostram um panorama importante. A primeira constatou que as tentativas de suicídio representaram 0,3% de todas as emergências que se apresentaram a um hospital durante o período do estudo e 14,4% das emergências psiquiátricas. As mulheres representaram 62,4% da nossa amostra e a idade média foi de 40,8. (PARRA-URIBE, et al., 2017).

A segunda, um estudo observacional retrospectivos de chamadas telefônicas de emergência, identificou que a menor taxa de chamada para tentativas de suicídio foi em 2007 (32,4 por 100.000 habitantes) e a mais alta em 2013 (40,4 por 100.000 habitantes), embora não tenha havido aumento linear ao longo do período do estudo. Pouco mais da metade das chamadas relacionadas a tentativas de suicídio na região foram para mulheres (50,98%), com uma taxa de 36,3 por 100.000 habitantes versus 33,1 por 100.000 habitantes para homens. (MEJÍAS-MARTÍN, et al., 2018).

Em relação ao sexo estudos mostram que as tentativas de suicídio ainda predominam entre as mulheres. A maioria dos indivíduos que tentaram o suicídio investigados eram do

sexo feminino, ou seja, 81,6% e 18,4% do sexo masculino concluiu pesquisa realizada na Turquia. (AKKAYA-KALAYCI, et al., 2017). Amostra de 367 coreanos, que tentaram suicídio, identificou que havia mais mulheres, correspondendo a 60,2% do total, que homens 39,8%. (LIM, et al., 2014).

Resultados também encontrados por duas pesquisas no México que afirmam maior prevalência de tentativas de suicídio por mulheres. Reyes-Tovilla, et al., (2015), em uma amostra de 144 mexicanos(as), identificou que 63,9% indivíduos que tentaram suicídio eram do sexo feminino e 36,1% do sexo masculino. Fresán, et al., (2015), com um total de 140 indivíduos que tentaram suicídio, constatou que a maioria dos sujeitos era do sexo feminino correspondendo a 63,6% do total. Em relação à automutilação as mulheres relataram uma taxa significativamente maior de automutilação (4,1% vs 1,9%) do que os homens. (PLENER, et al., 2016).

Plener, et al. (2016) e Jekins, et al (2014) aprofundaram-se um pouco mais nas questões relacionada à automutilação de adolescente e adultos. Plener, et al. (2016), em pesquisas em domicílio na Alemanha, identificou que dos 2509 participantes, 78 (3,1%) afirmaram ter cometido automutilação pelo menos uma vez na vida, com taxas decrescentes em categorias etárias mais altas. Os adultos apresentam uma prevalência de automutilação mais baixa ao longo da vida do que os adolescentes.

Jekins, et al (2014), em unidades de atenção primária dos Estados Unidos, verificou que dos 203 jovens que cometeram automutilação, 34,5% relataram automutilação sem ideação ou tentativa suicida, 37,9% relataram automutilação com ideação suicida e 27,8% relataram automutilação e tentativa de suicídio.

Somente um dos estudos, com adolescentes e adultos, foi realizado em escolas e constatou que a prevalência de tentativas de suicídio ao longo da vida foi de 6,1%. Em uma amostra de 1.259 adolescentes e adultos foi identificado que 3,1%, dos que relataram tentativas de suicídio ao longo da vida, eram do sexo masculino e 9,2% do sexo feminino. (SPRINGE, et al., 2016).

No Brasil, pesquisa realizada com 461 adolescentes e adultos apontou que as tentativas de suicídio predominaram no sexo feminino 66,6% (n=307) em relação ao sexo masculino 33,4% (n=154). O estudo revelou que a maioria das mulheres que tentaram o suicídio era mais jovem do que os homens. Em relação à faixa etária 26% (n=120) dos casos de tentativa de suicídio atendidos estavam na faixa etária de 10-19 anos, 38,6% (n= 178) tinham entre 20 e 29 anos e 18% (n=83) entre 30 e 39 anos. (ALVES, et al., 2014).

A taxa de internação por lesões autoprovocadas, de 2002 a 2013 no Brasil, foi de 5,6 por 100 mil habitantes, maiores taxas na faixa etária de 30 a 39 anos e maiores proporções na Região Sudeste. O principal meio utilizado para a violência autoprovocada, que levaram à internação, foi a autointoxicação por medicamentos e substâncias biológicas. “As tentativas de suicídio apresentam maior probabilidade de resultar em óbito entre os homens do que entre as mulheres”. (MONTEIRO, et al., 2015, p. 697).

Ainda no Brasil, pesquisa realizada em serviços de saúde, com amostra de 360 indivíduos mostrou que aqueles que não estudavam mais, comparados aos que ainda estudavam, praticaram mais tentativas de suicídio. Além disso, concluiu que os indivíduos que não possuíam convívio com amigos apresentaram maior ocorrência de tentativas de suicídio do que aqueles que os possuíam. (OLIVEIRA, et al., 2014).

Observa-se que as tentativas de suicídio e automutilações, em adolescentes e adultos, são mais frequentes em pessoas do sexo feminino. Entretanto, Rosa, et al. (2016) em seu estudo aponta que 66,4% dos adolescentes e adultos que tentaram suicídio eram do sexo masculino. Monteiro, et al. (2015, p. 691) descreveu as internações hospitalares decorrentes de lesões autoprovocadas intencionalmente, atendidas no Sistema Único Saúde, no período de 2002 a 2013 e constatou que, no referido período, “ocorreram no Brasil 105.097 internações no SUS decorrentes de lesões autoprovocadas intencionalmente sendo 60,4% por pessoas do sexo masculino”. Além das pesquisas brasileiras, um estudo realizado no Taiwan constatou-se que 56% das tentativas de suicídio, por adolescentes e adultos, foram realizadas por homens (CHEN, et al., 2014).

A vulnerabilidade feminina se revela como uma importante questão no perfil das pessoas que cometem violência autoprovocada, inclusive na comparação com outras formas de violência. “Sabe-se que as mulheres tendem mais às tentativas de suicídio, enquanto os homens têm mais êxito para acabar com a própria vida”. (BAHIA, et al., 2017, p. 2847).

Prevalência de violência autoprovocada por adultos

Os artigos que abordam as tentativas de suicídio e automutilações por adultos corresponderam a 28% (n=13) dos artigos analisados. Em uma amostra considerável de 220.245 coreanos constatou-se que aqueles que responderam a perguntas sobre ideação suicida, 0,4% tentaram o suicídio. A prevalência de tentativas de suicídio entre aqueles com ideação suicida nos últimos 12 meses foi de 3,9%. Aqueles com ideação suicida mostraram-se

significativamente maiores taxas de tentativas de suicídio do que aqueles sem ideação suicida. (KIM, et al., 2016).

Estudo em uma universidade dos Estados Unidos apontou que, aproximadamente 6,5% de uma amostra de 231, tentaram suicídio pelo menos uma vez ao longo de suas vidas. A prevalência da automutilação também foi considerada, assim 33,8% da amostra relataram pelo menos um incidente de automutilação. Não houve diferenças significativas entre as categorias de sexo ou idade. (BURKE, et al., 2016).

Pesquisa com canadenses, de 2009 a 2011, identificou 5.336 atendimentos em serviços de pronto atendimento e em serviço de psiquiatria. Entre estes, 44,6% (n = 2380) tiveram apresentações que não apresentavam ideação suicida ou autoagressão. A automutilação foi responsável por 4,3% (n = 230) das apresentações nos serviços de pronto-socorro ou no serviço de psiquiatria. A tentativa de suicídio foi destaque em 14% (n = 749) das apresentações. (CHARTRAND, et al., 2015). No mesmo país, em 2012, pesquisa apontou que 2,96% relataram uma história de tentativa de suicídio. A média de idade da amostra foi de 47 (DP = 17,5), 51,02% eram mulheres e a maioria foi identificada racialmente como branca (FULLER-THOMSON, et al., 2016).

Os artigos utilizados para este estudo apresentaram maior relação entre as tentativas de suicídio e automutilação. Duas pesquisas canadenses, a primeira realizada em hospital psiquiátrico identificou, em uma amostra de 5.336, que 4,3% adultos fizeram automutilação, entre eles, 83,7% apresentaram-se apenas uma vez no atendimento hospitalar psiquiátrico e entre aquelas que se apresentaram várias vezes, apenas 18,2% reapresentaram automutilação. (CHARTRAND, et al., 2015). A segunda, realizada em uma universidade, identificou que, de 940 participantes, 32,3% relataram uma história de automutilação. Entre aqueles que se envolveram em automutilação, no início do estudo 23% relataram ter experimentado ideação suicida no ano anterior e 3,9% relataram uma história de tentativas de suicídio. (HAMZA, WILLOUGHBY, 2016).

No México, a taxa de prevalência de automutilação ao longo da vida, para uma amostra de 1.071 adultos, foi de 18,56%. Sendo taxa maior para as mulheres (22,70%) do que para os homens (14,41%). (BENJET, et al., 2017). Um estudo com 51 participantes, em hospital do Taiwan identificou houve mais tentativas de suicídio por indivíduos do sexo feminino (n= 35) do que no masculino (n=16). (PIEN, et al., 2015).

De encontro à maioria dos resultados de pesquisas, que apresentam indivíduos do sexo feminino com maior frequência de tentativas de suicídio, foram analisadas 152 pessoas que

cometeram esse tipo de violência em hospital da Índia entre 2013 e 2014 e, entre eles 56,6% eram do sexo masculino e 43,4% do sexo feminino (MENON, et al., 2015).

No Brasil, pesquisa realizada, em 2011, identificou que foram realizados 80 atendimentos por tentativas de suicídio, por um serviço de atenção pré-hospitalar em um município de Alagoas, o que correspondeu a uma média de um atendimento por tentativa a cada 4,6 dias. Entre as vítimas atendidas, 55% (n=44) eram do sexo feminino e 45% (n=36), do masculino. (MAGALHÃES, et al., 2014). Em 2015, estudo realizado em hospital identificou que de 122 pacientes avaliados por tentativas de suicídio, a média de idade apresentada foi de 36,8 anos e 60,6% (n=74) eram pacientes do sexo feminino. Observou-se que a forma de tentativa de suicídio mais frequente ocorreu por ingestão de medicamentos (BRIXNER, et al., 2016).

3.2.2 Fatores associados à violência autoprovocada em adolescentes e adultos

Com a finalidade de analisar os fatores associados da violência autoprovocada em adolescentes e adultos os artigos foram classificados, assim inicialmente serão apresentados os fatores associados dos estudos que abordam somente violência autoprovocada por adolescentes, somente por adultos e aqueles que incluem adolescentes e adultos concomitantemente em sua pesquisa.

Fatores associados à violência autoprovocada por adolescentes

As tentativas de suicídio podem se associar positivamente com categorias de sexo feminino, ausência dos pais, família funcionando em níveis disfuncionais e com necessidade de apoio imediato, uso de drogas e consumo de tabaco, baixa autoestima, desespero em níveis leves e moderados, depressão em níveis moderados; ideação suicida moderada-severa e severa, e grave recente e antiga, e leve quando era antiga (VALDIVIA, et al., 2015).

A automutilação apresenta como principais fatores associados: ser do sexo feminino, idade avançada, problemas de saúde física, eventos negativos na vida, amigos com menos de 3 anos, status econômico familiar ruim, alto nível de educação dos pais, divorciados ou pais viúvos e história familiar de suicídio foram todos significativamente associados a tipos de violência autoprovocada. Esse mesmo estudo, realizado com adolescentes, apresentou resultados interessantes ao concluir que: um em cada quatro adolescentes chineses relata ter se envolvido com automutilação e 3,8% tentaram suicídio. (LIU et al., 2017).

A ideação suicida também apresenta associação com a violência autoprovocada. Adolescentes que relatam períodos prolongados de ideação suicida têm um risco maior de tentativas futuras de suicídio e suicídios consumados em comparação com adolescentes cujas tentativas foram mais impulsivas. Na automutilação, os adolescentes também apresentam comportamentos mais impulsivos, estudos mostram que a automutilação é planejada com menos de uma hora de antecedência. (GARCÍA-NIETO, et al., 2014). Além disso, quando a ideação suicida ocorre durante o final da infância ou no início da adolescência, aumenta significativamente o risco de futuras tentativas de suicídio. (HEDELAND, et al., 2016).

As tentativas prévias de suicídio também podem influenciar novas tentativas de suicídio. Estudo realizado em escolas do Taiwan, de 2008 a 2010, mostrou que os adolescentes que fizeram tentativas de suicídio anteriores apresentam um alto grau de intenção de cometer suicídio, apresentam alto risco para futuras tentativas de suicídio e exigem intervenção em longo prazo. Alerta ainda que uma declaração de intenção suicida é um forte indicativo de futuras tentativas de suicídio e suicídio consumado, que deve sempre ser levado a sério por pais e profissionais. (HUANG, et al., 2016).

Problemas de saúde mental apresentam-se com importantes fatores associados às tentativas de suicídio em adolescentes, a maioria dos jovens que cometem suicídio ou fazem uma tentativa séria tem um distúrbio psiquiátrico reconhecível no momento de sua tentativa (HUANG, et al., 2016). Estudo, realizado em um hospital infantil na Turquia constatou que, dos adolescentes com comportamento suicida estudados, 47% tinha pelo menos um distúrbio psiquiátrico. Os transtornos psiquiátricos mais frequentes foram os transtornos do comportamento disruptivo, depressão maior e abuso de álcool/substância. (FOTO-ÖZDEMİR, et al., 2016).

Sheridan, et al. (2016) refere que os problemas de saúde mental dos adolescentes estão aumentando, acarretando frequentes atendimentos em serviços de saúde por ingestão de medicação em tentativas de suicídio. Sugere que importante entender o risco potencial que eles representam e aconselhar os pais a limitar o acesso dos adolescentes a quantidades medicação. Embora se possa presumir que os adolescentes ingeriram seus próprios medicamentos, pode haver vários medicamentos psicotrópicos que estavam disponíveis em casa, mas não prescritos para o adolescente que tentava se suicidar.

A automutilação, em adolescentes, apresenta-se como um fator associado as tentativas de suicídio e, também, aos transtornos psiquiátricos. A automutilação é percebida como uma maneira de liberar estados emocionais avassaladores, que incluíam experiências de tristeza, depressão, cansaço, estresse, frustração e inutilidade. (GULBAS et al., 2015). Vale destacar

que os problemas de saúde mental são mais graves em adolescentes que tentam suicídio do que naqueles que fazem automutilação. (LIU et al., 2017).

Além disso, o aumento na frequência de automutilação está associado a uma maior probabilidade de tentativa de suicídio no futuro. A relação longitudinal significativa entre automutilação e tentativa de suicídio estava além das contribuições de outros fatores de risco compartilhados, incluindo sintomas depressivos e autocríticos. Desse modo, é possível que a automutilação repetida possa se tornar uma resposta habitual em relação à angústia intrapessoal e interpessoal, e a tentativa de suicídio possa gradualmente se tornar um método no repertório de estratégias de enfrentamento entre indivíduos que cometem, repetidamente, violência autoprovocada. (YOU, LIN, 2015).

Apesar de aspectos relacionados à saúde mental, como a depressão, serem importantes fatores associados a tentativas de suicídio e automutilação em adolescentes é importante que se mantenha um olhar atento, pois mesmo adolescentes sem sinais de depressão recente, mas que também tenham uma doença ou que usam substâncias ilícitas, representam um grupo particularmente de alto risco em termos de comportamentos suicida. (WEEKS, COLMAN, 2016).

Estudo coreano identificou que os adolescentes do sexo masculino apresentaram maior probabilidade de relatar experiências de tabagismo, bebida e abuso de drogas, assim como eram mais propensos a relatar um humor deprimido ou infeliz que são fatores de risco associados às tentativas de suicídio (CHIN, 2015). Mars, et al. (2014) refere que o tabagismo foi associado a um risco substancialmente maior de auto-agressão com intenção suicida para mulheres do que para homens. Para as meninas, o tabagismo foi associado a um aumento de seis vezes nas chances de automutilação suicida.

O uso de álcool e maconha foi associado à ideação suicida e que apenas o uso de tabaco está associado às tentativas de suicídio. Essas associações podem ser explicadas por uma combinação de vários fatores, incluindo os efeitos de intoxicação aguda, automedicação e fatores de risco compartilhados pelo comportamento suicida e uso de substâncias. No entanto, o uso crônico (dependência da nicotina) tem sido implicado na exacerbação dos sintomas depressivos, aumentando o risco de suicídio (SAMPASA-KANYINGA, et al., 2015).

Foto-Özdemir, et al. (2016) sugere que a confusão de identidade pode ser um importante fator de risco para tentativa de suicídio em ambos os sexos. Refere que a confusão de identidade dificulta o enfrentamento funcional do estresse e provavelmente contribui para o desenvolvimento de psicopatologias, principalmente a depressão em adolescentes. As

diferenças culturais também podem se apresentar como fatores associados à ocorrência e expressão automutilação. A automutilação ocorre em contextos amplamente divergentes; no entanto, as características do comportamento não são homogêneas. Assim, os médicos devem estar cientes da potencial variação cultural da automutilação e não assumir uma uniformidade de apresentação e função. (HANANIA, et al., 2015).

Entre os adolescentes, as experiências de violência doméstica, incluindo episódios de abuso físico, abuso sexual e testemunho de violência doméstica também apresentam-se como fatores associados as tentativas de suicídio. Adolescentes que relataram uma tentativa de suicídio, com ou sem automutilação, eram mais propensos a recontar essas experiências e atribuir tais experiências a sentimentos de solidão. Além da violência doméstica, a violência na escola, como as experiências de bullying e vitimização pelos pares, apresentam associação com tentativas de suicídio e automutilação em adolescentes (GULBAS et al., 2015). O envolvimento no bullying tem sido associado a um maior risco de suicídio em comparação com estudantes não envolvidos (ou seja, nem agressores nem vítimas). (SAMPASKANYINGA, et al., 2015).

Conflitos familiares também podem ser importantes preditivos de tentativas de suicídio e automutilação na adolescência. Gulbas et al. (2015) refere que conflitos com os pais foram interpretados por muitos adolescentes como simbolizando uma divisão cultural ou geracional que poderia dificultar a conexão entre pais e filhos. Além disso, as dificuldades de relação interpessoal, inclusive com seus pares, pode influenciar os comportamentos de automutilação entre adolescentes, assim como a baixa autoestima e sentimentos disfóricos. (GARCÍA-NIETO, et al., 2014). Mars, et al. (2014) sugere que a posição socioeconômica (menor renda e classe social), crueldade com crianças no domicílio, tentativa de suicídio dos pais e automutilação paterna parecem ser fatores de risco específicos para automutilação com intenção suicida.

Observa-se que ainda são escassas as pesquisas, principalmente em âmbito nacional, que abordam temas relacionados à violência autoprovocada por adolescentes. Nos estudos utilizados para a elaboração desta pesquisa verificou-se que tentativas de suicídio e automutilações, em adolescentes, acontecem predominantemente no sexo feminino. Foram observados importantes fatores associados à violência autoprovocada como: ideação suicida, tentativas de suicídio prévias, automutilação, problemas de saúde mental, tabagismo, abuso álcool e outras de drogas, violência, bullying, confusão de identidade, diferença culturais, conflitos familiares, dificuldade de relação interpessoal e posição socioeconômica.

Fatores associados à violência autoprovocada por adolescentes e adultos

Uma série de fatores de ordem social, emocional, médica e ambiental está associada à violência autoprovocada incluindo doenças físicas incapacitantes, transtornos mentais em particular a depressão, enfermidades mentais, abuso de álcool e outras drogas e problemas de ordem familiar, comunitária, institucional, emocional e socioeconômica. Um dos principais fatores de risco para o suicídio, além dos transtornos mentais, são as histórias prévias de ideações e as tentativas de provocar a própria morte. As tentativas de suicídio apresentam maior probabilidade de resultar em óbito entre os homens do que entre as mulheres e conforme aumenta a idade cresce também a gravidade das lesões decorrentes. (MONTEIRO, et al., 2015).

A saúde mental é considerada um importante fator associado à violência autoprovocada por adolescentes e adultos. Alves, et al. (2014) refere que o registro em relação à presença de um distúrbio mental e o uso e tipo de medicamentos psicotrópicos utilizados podem subestimar a realidade das intenções; de fato, a literatura indica que a presença de um transtorno mental é um dos principais fatores de risco para o comportamento suicida.

A história pregressa de transtornos mentais foi consistentemente associada a uma chance de suicídio de 2 a 4 vezes maior, em pesquisa realizada com adolescentes e adultos no Taiwan. Ter recebido cuidados de saúde subseqüentes para transtornos depressivos, transtornos de ansiedade e outros transtornos mentais possam estar associados a uma redução significativa no risco de repetidas tentativas de suicídio, tal estimativa de risco só foi significativa para “outros transtornos mentais” (CHEN, et al., 2014).

A idade mais jovem e a presença de um transtorno de personalidade ou de uso de álcool são fatores associados a novas tentativas de suicídio. Fresán, et al. (2015) refere o álcool pode facilitar todo o processo de suicídio (por exemplo, ideação, método selecionado, etc.). Assim, Parra-Urbe, et al. (2017) sugere que, até que se possa detectar a maioria dos indivíduos em risco e tendo sempre em mente que a previsão de suicídio é impossível, provavelmente as intervenções mais inteligentes para diminuir a assustadora taxa de suicídio precisam estar associadas à prevenção da depressão na população em geral, usando diferentes medidas em diferentes níveis do sistema de saúde.

Observou-se, em pesquisa em hospital iraniano, que 95% das pessoas que tentaram suicídio sofriam de transtornos depressivos ou de ansiedade. Destacou ainda que eventos estressantes da vida estejam relacionados à tentativa de suicídio. Em relação aos fatores de

proteção, em adolescentes e adultos, o estudo apontou o apoio social, além da importância de encaminhamentos para tratamentos (AKBARI, et al., 2015). O estresse também é citado como causa de tentativa de suicídio. Com base na avaliação objetiva, uma proporção significativa de pessoas que tentaram o suicídio foi levada a tentar o suicídio por sintomas psiquiátricos, mas desconhecia isso. (LIM, et al., 2014).

A saúde mental como fator associado às tentativas de suicídio também é citada em estudos brasileiros. Oliveira, et al. (2014) identificou relação entre problemas de saúde mental e tentativas de suicídio, pois os indivíduos que faziam tratamento para o problema de saúde, apresentavam um risco de quase duas vezes para mais de uma tentativa de suicídio quando comparados aos que não realizavam.

Rosa, et al. (2016) refere que, no Brasil, possíveis fatores agravantes para a ocorrência das tentativas de suicídio e suicídio são distúrbios neurológicos e psicológicos em 48,9% e hábito etílico/uso de drogas ilícitas em 41,9% das ocorrências. A presença de distúrbios neurológicos/psicológicos foi o fator agravante com maior percentual de ocorrência entre as mulheres (64,3%) e o hábito etílico/uso de drogas ilícitas, o mais encontrado no sexo masculino (61,8%).

Alves, et al. (2014) observou-se que as mulheres ingerem medicamentos com maior frequência. Tentativas de suicídio em gestantes levantam a suspeita da presença de um transtorno mental. Alterações hormonais também podem ser fatores que afetam a predisposição as tentativas de suicídio em gestante. O suicídio materno está associado a um risco aumentado de tentativa de hospitalização na prole que ultrapassa o risco associado à morte acidental materna.

Akkaya-Kalayci, et al (2017) reforça que, em sua pesquisa, predominantemente jovens solteiros foram afetados, e conflitos intra-familiares foram a principal razão para a tentativa de suicídio. A interação positiva nas relações pessoais pode ser útil para manter o bem-estar emocional e obstruir o efeito dos estressores e pode ter um efeito positivo na saúde mental independente dos estressores. Por outro lado, a ausência de relações de confiança pode aumentar o risco de tentativas de suicídio. Reyes-Tovilla, et al. (2015) identificou que os homens predominaram como tentativas de suicídio premeditado, enquanto as mulheres foram mais impulsivas ao tentar o suicídio.

Vale destacar que a automutilação também se apresenta associada às tentativas de suicídio em adolescentes e adultos. Jekins, et al., (2014) observa que uma grande proporção de jovens (aproximadamente 35%) envolvidos com automutilação nunca havia considerado suicídio e a maioria (72%) nunca havia tentado suicídio. Isso não quer dizer, no entanto, que

jovens que se envolvem em automutilação sem ideação ou tentativa suicida estejam livres de distúrbios psiquiátricos. Tomados em conjunto, esses achados sugerem que nem todos os jovens envolvidos na automutilação correm risco iminente de suicídio. Isso não quer dizer que os jovens que se envolvem na automutilação e não tenham pensado ou tentado suicídio não o façam no futuro, mas os profissionais devem ter em mente que um alto nível de atendimento emergente nem sempre é apropriado quando um indivíduo relata em comportamentos auto-prejudiciais.

Mesmo sendo amplamente distribuída na população adolescente em geral, menos adultos relatam uma história de automutilação. Plener, et al. (2016) sugere que esse achado pode embasar intervenções preventivas e de tratamento, que devem ser adaptadas primeiro às necessidades de uma população adolescente. Além disso, os tratamentos específicos devem se concentrar na regulação emocional, uma vez que a redução de emoções negativas foi altamente classificada em todos os participantes com automutilação, e especialmente naqueles que cometem com mais frequência.

A violência, mesmo tendo poucas ocorrências nos artigos de adolescentes e adultos, apresenta-se também como um fator associado às tentativas de suicídio. Springe, et al. (2016) identificou maiores chances de tentativas de suicídio em indivíduos que sofreram negligência emocional e violência física.

Estudos brasileiros apontam a escolaridade como fator associado à violência autoprovocada. Bahia, et al., (2017) refere que a maior escolaridade (9 a 11 anos) foi observada em indivíduos que cometeram violência autoprovocada (41,2%), em comparação com o grupo que foi atendido por outras violências (32,6%). Verificou, também, que houve predomínio dos indivíduos de cor da pele preta/parda para ambos os sexos, perfazendo mais de 60% dos casos atendidos. Oliveira, et al. (2014) concluiu que não estudar mais predominou como risco, razão de chances de três vezes para mais de uma tentativa de suicídio quando comparados com quem ainda estuda.

Além disso, associa mais de uma tentativa de suicídio com a falta de amigos. Pontua um aspecto relevante ao dizer que 60% dos que tentaram suicídio referirem sentimento de rejeição por alguém próximo, com risco de quase duas vezes mais para mais de uma tentativa de suicídio. Outra variável significativa foi utilização de internet, assim, dentre os 315 que não utilizavam, havia risco superior a duas vezes para mais de uma tentativa de suicídio Não seguir recomendações religiosas foi significativo como risco. (OLIVEIRA, et al., 2014).

Nos estudos utilizados para a elaboração desta pesquisa verificou-se que somente dois artigos apresentavam dados sobre automutilação de adolescentes e adultos, o restante usava

como foco as tentativas de suicídio. Verificou-se que tentativas de suicídio e automutilações, em adolescentes e adultos, acontecem predominantemente no sexo feminino. Foram observados importantes fatores associados à violência autoprovocada como: transtornos mentais, uso álcool, violência, escolaridade, falta de amigos e utilização da internet.

Fatores associados à violência autoprovocada por adultos

Uma série de fatores está associada à violência autoprovocada por adultos. Pesquisa com 5.293 coreanos mostrou que, entre os homens, a tentativa de suicídio foi significativamente correlacionada com as nove variáveis: altura, peso, renda familiar, status de emprego, educação, segurança básica nacional, limitação de atividade diária e transtorno depressivo e, entre as mulheres, significativamente correlacionada com as nove variáveis: idade, renda familiar, segurança básica nacional de subsistência, limitação de atividade diária, transtorno depressivo, estresse, bebida, tabagismo e exercício físico regular. (CHOI, et al., 2017).

A ideação suicida apresenta-se com importante fator associado às tentativas de suicídio. Estudo realizado também com coreanos, identificou que adultos com ideação suicida apresentaram taxas mais altas de tentativas de suicídio, assim como aqueles que apresentavam sintomas depressivos. (KIM, et al., 2016).

Os problemas de saúde mental também aparecem como importantes fatores associados às tentativas de suicídio de adultos. A prevalência de tentativas de suicídio é maior, em adultos, com depressão, ansiedade, abuso de substâncias e aqueles com dor crônica atual, além disso, as experiências adversas na infância podem influenciar os comportamentos suicidas quando adultos. (FULLER-THOMSON, et al., 2016). Han, et al. (2014) identificou que em adultos que tentaram suicídio, 56,3% receberam tratamento de saúde mental, mas metade dos que receberam tratamento percebeu necessidades de tratamento não atendidas e dos 43,0% que não receberam tratamento de saúde mental, um quarto percebeu necessidades de tratamento não atendidas. De 2008 a 2012, a taxa de tratamento de saúde mental entre os que tentaram suicídio permaneceu inalterada.

Reafirmando essa perspectiva, estudo realizado em hospital da Suécia constatou que 95% das tentativas de suicídio preencheram os critérios para pelo menos um diagnóstico relacionado à saúde mental. Esses pacientes relataram um número significativamente maior de violência interpessoal em adultos em comparação com os que tentam suicídio sem qualquer diagnóstico de saúde mental. (MOBERG, et al., 2014).

A automutilação também apresenta associações a problemas de saúde mental como: transtornos de ansiedade, transtorno depressivo maior (MDD), agressividade e impulsividade e transtornos relacionados ao uso de substâncias. Além disso, pode estar associada à adversidade no início da vida e à comorbidade psiquiátrica. Estudo canadense concluiu que as tentativas de suicídio parecem ter o perfil mais preocupante, em comparação com a automutilação. Essas descobertas enfatizam que o tipo de dano pessoal em que as pessoas se envolvem não é fixo e que as mesmas pessoas podem se envolver em tentativas de suicídio e automutilação. Embora pareça que as pessoas que se envolvem em tentativa de suicídio têm mais probabilidade de ter correlatos negativos do que aquelas que se envolvem em automutilação. (CHARTRAND, et al., 2015).

A automutilação pode ser um importante marcador de risco de suicídio, pois, diferentemente da maioria dos outros fatores associados (por exemplo, sintomas depressivos), a automutilação aumenta o risco de desejo e habilidade suicida. A automutilação pode ocorrer em resposta ao aumento do sofrimento psicológico, que, quando associado à falta de esperança, resulta em aumento da ideação suicida. Ao mesmo tempo, a repetição da automutilação também pode habituar os indivíduos ao medo e à dor associados ao envolvimento em tentativas de suicídio. (HAMZA, WILLOUGHBY, 2016).

O comportamento violento na infância e o abuso de substâncias são importantes fatores de risco para o comportamento violento interpessoal quando adulto em tentativas de suicídio. (MOBERG, et al., 2014). Estudos que avaliaram associações específicas entre gêneros entre correlatos psicológicos de risco e violência suicida relataram que o sexo masculino é um fator de risco para violência e não para risco suicida, indicando caminhos comportamentais distintos entre os gêneros. Curiosamente, observamos que os índices de hostilidade e impulsividade não planejada foram preditores significativos de intenção de suicídio em homens, mas não em mulheres. (MENON, et al., 2015).

Indivíduos com rendas mais baixas, baixa escolaridade e desempregados apresentaram taxas significativamente mais altas de tentativas de suicídio. (KIM, et al., 2016). Choi, et al. (2017) identificou que o baixo nível de escolaridade foi associado ao aumento do risco de suicídio e sugere que se dê mais atenção aos homens e mulheres com ideação suicida que possuem baixos níveis de escolaridade.

A qualidade do sono mostrou-se, em estudo realizado em hospital no Taiwan, como um fator associado às tentativas de suicídio. Foi observado que o grupo de nova tentativa teve uma qualidade de sono significativamente pior do que o grupo sem nova tentativa. (PIEN, et al., 2015).

No Brasil, pesquisa com pacientes atendidos por tentativa de suicídio em um serviço de emergência, observou a predominância de indivíduos do sexo feminino, com destaque para a faixa etária entre 21 e 39 anos, moradores da zona urbana. A forma mais utilizada para a tentativa de suicídio foi a ingestão de medicamentos, seguida pela de agrotóxicos. Na maioria dos casos não constava no prontuário eletrônico o encaminhamento realizado para outro serviço de saúde, salientando desta forma, a importância de reavaliar a rotina de registro dos encaminhamentos efetuados nos prontuários eletrônicos do serviço estudado. (BRIXNER, et al., 2016).

São escassos os artigos que abordam o tema automutilação exclusivamente em adultos. Pesquisa realizada no México, com jovens adultos, mostrou que apesar da alta prevalência ao longo da vida de comportamentos de automutilação, dois terços podem ser considerados experimentais, tendo apenas participado no comportamento em uma a quatro ocasiões, enquanto um terço praticavam automutilações recorrentes. O estudo refere ainda que essa alta prevalência de automutilação experimental pode ser explicada por motivos interpessoais de autolesão, como vínculo entre pares e busca de sensação, em vez de motivações intrapessoais, já que foi demonstrado que os motivos interpessoais são motivos mais frequentes para iniciar a automutilação em vez de repeti-la. (BENJET, et al. (2017).

No que se refere à violência autoprovocada por adultos, verificou-se que tentativas de suicídio e automutilações acontecem predominantemente no sexo feminino. Foram observados importantes fatores associados à violência autoprovocada como: ideação suicida, problemas de saúde mental, qualidade do sono, comportamento violento na infância e o abuso de substâncias.

3.3. Políticas Públicas de Saúde

As políticas públicas no Brasil têm sido fundamentais para a constituição e a estabilização da ordem sociopolítica brasileira. “Elas reforçam vários traços estruturais dessa ordem, tais como a concentração do poder e a restrita participação nos circuitos de decisão econômica, política e cultural do país”. (MEDEIROS e GUARESCHI, 2009, p.43).

No que tange às políticas públicas voltadas a adolescentes e adultos observa-se um movimento de evolução, principalmente no âmbito da saúde.

Adolescentes

É importante destacar que, segundo projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) a população brasileira, em 2019, é de 210.147.125, sendo 15% destes adolescentes (n=31.089.140). Em relação ao sexo, a população de adolescentes é composta por 51% sexo masculino (n= 15.851.102) e 49% do feminino (n= 15.238.038). No que se refere às políticas públicas voltadas aos adolescentes, historicamente, estiveram vinculadas aos significados sociais desta parcela da população, ou seja, associada a problemas sociais e delinquência. (JAGER, 2014).

No Brasil, o movimento de defesa dos direitos de crianças e adolescentes surge na década de 1920, “culminando na primeira legislação sobre o tema da assistência e proteção a crianças e adolescentes, que reconhecia a situação de pobreza como geradora de “crianças abandonadas” e “jovens delinquentes””. (BRASIL, 2014, p.9). Os primeiros serviços voltados especificamente aos adolescentes surgiram na década de 1970, entretanto, apresentavam caráter assistencial e estavam associados às universidades. A partir da década de 1980, surgiram comitês, vinculados às Sociedades de Pediatria Regionais, que se preocupavam com a saúde do adolescente. Essa década foi marcada por um grande número de organizações não governamentais (ONGs) e movimentos civis que “buscavam sensibilizar a sociedade e o governo para incluir o adolescente e o jovem nas políticas públicas e desmistificar sua concepção vinculada à criminalização e violência”. (JAGER, 2014, p.214).

As primeiras ações de programas aos adolescentes e jovens, na área da saúde, caracterizaram-se pelo foco nas doenças sexualmente transmissíveis, HIV e AIDS, drogadição, acidentes de trânsito e gravidez precoce. No que se refere à violência contra adolescentes, a entrada na agenda da saúde contou com engajamento de profissionais que lidavam com esse grupo etário como pediatras, psiquiatras e outros profissionais de saúde e de assistência social. Segundo Minayo et al. (2018) “Esse conjunto de atores, chamaram atenção para os prejuízos ao crescimento, ao desenvolvimento e à saúde física e mental que a violência proporciona, podendo levar até ao comportamento suicida.” (MINAYO et al., 2018, p. 2008).

Minayo et al., (2018, p. 2008) destaca que “as iniciativas brasileiras sempre estiveram em sintonia com o movimento internacional”. Nos marcos legais de proteção a crianças e adolescentes destacam-se: a Lei 8.069/1990 que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que destaca em seu “Art. 5º Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão,

punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais.” (BRASIL, 1990).

Em 2007, foi criado, pelo Ministério da Saúde, um manual intitulado “Saúde Integral de Adolescentes e Jovens” como “objetivo fornecer orientações básicas para nortear a implantação e/ou a implementação de ações e serviços de saúde que atendam os adolescentes e jovens de forma integral, resolutiva e participativa”. (BRASIL, 2007, p.5). Em 2009 um marco que merece destaque foi a criação da Lei 12.015/2009 que dispõe sobre os crimes hediondos e corrupção de crianças e adolescentes e define estupro e crimes sexuais contra vulneráveis.

Em 2010 destaca-se a instituição da Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em situação de violências que busca alertar os profissionais para vulnerabilidades, riscos e possibilidades de prevenção, cuidados e proteção. O documento destaca que “a rede de serviços do SUS constitui-se num espaço privilegiado para a identificação, acolhimento, atendimento, notificação, cuidados e proteção de crianças e adolescentes em situação de violência”. (BRASIL, 2010, p.11).

O ministério da Saúde lançou em 2011 a Portaria/MS nº 3.088/2011 que 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). Cria, assim, o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) com o objetivo de atender crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Trata-se de um serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes. (BRASIL, 2011).

Em 2014 o Ministério da Saúde divulga o documento “Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos” elaborado com o “objetivo de estabelecer linguagem e entendimentos comuns que possam fazer avançar o acesso e a qualificação das ações voltadas à população de crianças e adolescentes nos âmbitos jurídicos e de atenção à saúde, com ênfase na atenção psicossocial”. (BRASIL, 2014, p.5). Outro marco importante do mesmo ano foi a criação da Lei nº 13.010/2014 (Lei “Menino Bernardo”) que estabelece o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante.

Adultos

Segundo projeções do IBGE, em 2019, 57% (n= 120.622.446) da população brasileira é formada por adultos (20 a 59 anos) sendo 51% do sexo feminino (n= 61.557.722) e 49% do masculino (n= 59.064.724). Apesar da população de mulheres ser apenas 2% maior que a de homens, no âmbito da saúde observa-se que grande parte das políticas públicas ainda é voltada para a população feminina.

Até a década de 1970, “a saúde da mulher era tomada como objeto das políticas públicas de saúde apenas em sua dimensão procriativa, especialmente no que se refere aos cuidados voltados ao ciclo gravídico-puerperal, enfatizando-se a visão da mulher como mãe”. Em 1983 é criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) “resultado da convergência de interesses e concepções do movimento sanitário e do movimento feminista, irradiando-se dentro da rede de serviços de saúde como um novo pensar e agir sobre a questão da saúde da mulher”. (MEDEIROS e GUARESCHI, 2009, p.39).

Em 1996 é criada a Lei 9.263/1996 que regulamenta o planejamento familiar e atribuiu ao SUS as responsabilidades pela execução de ações de regulação da fecundidade voltadas à garantia de direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal. A partir de 1998 o Ministério da Saúde “passou a priorizar a saúde da mulher, mas, ainda assim, adotando estratégias para reforçar apenas ações relacionadas ao pré-natal, assistência ao parto e à anticoncepção, limitando assim a atenção integral da saúde da mulher à dimensão reprodutiva”. (COSTA, 2009, p.1079).

Nos anos 2000 às políticas públicas de saúde das mulheres passaram a ter enfoque também na violência. Destaca-se como um importante avanço a Lei 10.778/2003 que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Em 2004 é publicada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, trazendo como uma de suas prioridades a assistência a mulheres expostas à violência. A Lei 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha promoveu importantes avanços do ponto de vista legal, sendo “um marco político de mudança de paradigma no enfrentamento à violência contra as mulheres” (MINAYO et al., 2018, p. 2009).

Em relação à saúde do homem pode-se considerar como marco a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), lançada em 2009 pelo Ministério da Saúde como foco na faixa etária de 20 a 59 anos, “formulada para promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus

diversos contextos socioculturais e político-econômicos”. (BRASIL, 2009, p.8). A PNAISH expõe que

A integralidade na atenção à saúde do homem implica na visão sistêmica sobre o processo da violência, requerendo a des-essencialização de seu papel de agressor, por meio da consideração crítica dos fatores que vulnerabilizam o homem à autoria da violência, a fim de intervir preventivamente sobre as suas causas, e não apenas em sua reparação. (BRASIL, 2009, p.23).

No que tange a violência autoprovocada, objeto deste estudo, cabe destacar a evolução das políticas públicas de saúde no que se refere ao tema. Para Minayo et al. (2018) a violência foi tomada como pauta do setor saúde, no Brasil, a partir da promulgação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV), em 2001, pelo Ministério da Saúde.

Em 2006 é lançada a Portaria MS/GM nº 1.876/2006 que institui as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Prevê em seu art. 2º

Estabelecer que as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio sejam organizadas de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde, as Secretarias Municipais de Saúde, as instituições acadêmicas, as organizações da sociedade civil, os organismos governamentais e os não-governamentais, nacionais e internacionais. (BRASIL, 2006).

A referida portaria permite, entre outros, desenvolver estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido; organizar linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas; identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como os fatores protetores e o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública, sem excluir a responsabilidade de toda a sociedade; fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio; contribuir para o desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados, permitindo a qualificação da gestão, a disseminação das informações e dos conhecimentos e promover a educação permanente dos profissionais de saúde das unidades de atenção

básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização. (BRASIL, 2006).

Ainda em 2006, é divulgado o material intitulado Prevenção do Suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. “Sua principal finalidade é a transmissão de informações básicas que possam orientar a detecção precoce de certas condições mentais associadas ao comportamento suicida, bem como o manejo inicial de pessoas que se encontrem sob risco suicida e medidas de prevenção.” (BRASIL, 2006).

Em 2011, por meio da Portaria MS nº 3088/2011, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo ofertado o cuidado em saúde mental por todos os pontos da RAPS, que prevê a articulação desde Atenção Básica: Equipe de Saúde da família (ESF), Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centro de Convivência, Consultório na Rua, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) até a Atenção Hospitalar e serviços de urgência e emergência (UPA 24h, SAMU 192), sob a coordenação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). (BRASIL, 2011).

Os objetivos gerais da RAPS são: ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; promover o acesso das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das Redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. (BRASIL, 2011).

Em 2014, por meio da Portaria MS/GM nº 1.271/2014, as tentativas de suicídio passaram a ser objetos de notificação imediata, ou seja, “devem ser realizadas pelo profissional de saúde ou responsável pelo serviço assistencial que prestar o primeiro atendimento ao paciente, em até 24 (vinte e quatro) horas desse atendimento, pelo meio mais rápido disponível.” (BRASIL, 2014)

O Ministério da Saúde, desde 2015, mantém parceria com o Centro de Valorização da Vida (CVV), instituição voltada ao apoio emocional por meio de ligação telefônica para prevenção de suicídios. Martins (2016, p. 21) refere que o serviço define-se como “uma sociedade civil sem fins lucrativos, de caráter filantrópico, tendo sido reconhecida como de Utilidade Pública Federal pelo Decreto de lei nº 73.348, de 20/12/1973. O Programa de Prevenção do Suicídio foi criado em 1962, em São Paulo”. Em 2017, a parceria foi

ampliada, tendo sido assinado um novo Acordo de Cooperação Técnica, que prevê a gratuidade das ligações ao CVV em todo o território nacional por meio do número 188.

Ainda em 2017 é lançada a Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil 2017-2020 que tem como objetivo ampliar e fortalecer as ações de promoção da saúde, vigilância, prevenção e atenção integral relacionadas ao suicídio, com vistas à redução de tentativas e mortes por suicídio, considerando os determinantes sociais da saúde e as especificidades de populações e grupos sociais em situação de maior vulnerabilidade a esse fenômeno e os municípios e grupos de municípios com alta concentração de suicídio, no período de 2017 a 2020. (BRASIL, 2017).

Outras duas importantes portarias foram criadas, sendo elas: a Portaria MS/GM nº 3479/2017 que instituiu o Comitê Gestor para elaboração de um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil em consonância com as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio e com as Diretrizes Organizacionais das Redes de Atenção à Saúde e a Portaria Nº 3.491/2017 que institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento de projetos de promoção da saúde, vigilância e atenção integral à saúde direcionados para prevenção do suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Lei nº 13.819/2019 instituiu a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio que tem como objetivos: promover a saúde mental; prevenir a violência autoprovocada; controlar os fatores determinantes e condicionantes da saúde mental; garantir o acesso à atenção psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico agudo ou crônico, especialmente daquelas com histórico de ideação suicida, automutilações e tentativa de suicídio; abordar adequadamente os familiares e as pessoas próximas das vítimas de suicídio e garantir-lhes assistência psicossocial; informar e sensibilizar a sociedade sobre a importância e a relevância das lesões autoprovocadas como problemas de saúde pública passíveis de prevenção; promover a articulação intersetorial para a prevenção do suicídio, envolvendo entidades de saúde, educação, comunicação, imprensa, polícia, entre outras; promover a notificação de eventos, o desenvolvimento e o aprimoramento de métodos de coleta e análise de dados sobre automutilações, tentativas de suicídio e suicídios consumados, envolvendo a União, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios e os estabelecimentos de saúde e de medicina legal, para subsidiar a formulação de políticas e tomadas de decisão; e promover a educação permanente de gestores e de profissionais de saúde em todos os níveis de atenção quanto ao sofrimento psíquico e às lesões autoprovocadas.

Observa-se que as políticas públicas direcionadas à violência autoprovocada ainda são recentes no Brasil, porém nos últimos anos vem sendo ampliadas. Possivelmente pelo fato desse tipo de violência apresentar um crescimento considerável.

3.3.1 Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)

Em 2001 é lançada a Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, por meio da Portaria MS/GM nº 737/2001, justificando que os acidentes e as violências, no Brasil, configuraram um problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência, que vinham provocando forte impacto na morbidade e na mortalidade da população. A Política estabelece “diretrizes e responsabilidades institucionais, nas quais estão contempladas e valorizadas medidas inerentes à promoção da saúde e à prevenção desses eventos, mediante o estabelecimento de processos de articulação com diferentes segmentos sociais”. (BRASIL, 2002, p.7).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069/1990, estabeleceu obrigatoriedade de comunicação de violências praticadas contra crianças e adolescentes e, em 2001, é publicada a Portaria MS/GM nº 1.968/2001 que estabeleceu a notificação, às autoridades-competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do SUS. (BRASIL, 2015). Em 2010 é lançada a Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas famílias em Situação de Violência que reconhece a notificação como uma dimensão do cuidado e “prevê também o acolhimento, o atendimento, os cuidados profiláticos, o tratamento, o seguimento na rede de cuidado e a proteção social, além das ações de vigilância, prevenção das violências e promoção da saúde e da cultura da paz”. (BRASIL, 2015, p.8).

Em 2003, o Ministério da Saúde estabeleceu a notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher nos serviços de saúde públicos ou privados, conforme Lei nº 10.778/2003. No ano seguinte publicou o Decreto nº 5.099/2004, que regulamenta a Lei nº 10.778/2003 e institui os serviços de referência sentinela, atribuindo ao Ministério da Saúde a coordenação do plano estratégico de ação para a instalação dos serviços de referência sentinela. Ainda neste ano foi aprovada a Portaria MS/GM nº 2.406 que instituiu o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher e aprovou instrumento, protocolos e fluxo para notificação nos serviços de saúde públicos e privados. (BRASIL, 2015).

O Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741/2003, determinou a comunicação obrigatória pelos profissionais de saúde aos órgãos competentes, dos casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra os(as) idosos(as). Em 2011, o artigo 19 do Estatuto do Idoso foi alterado pela Lei 12.461/2011, que estabeleceu a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde. (BRASIL, 2015).

A Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios foi instituída por meio da Portaria MS/GM nº 936/2004. Em setembro de 2005, foi aprovada a Agenda Nacional de Vigilância, Prevenção e Controle dos Acidentes e Violências, que contemplou as ações de aprimoramento e expansão da vigilância e do sistema de informação de violências e acidentes, com treinamento e capacitação de profissionais para gerenciamento e avaliação das intervenções propostas, a partir das informações coletadas. (BRASIL, 2015).

Em 2006 foi implantado o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela (VIVA), por meio da Portaria MS/GM nº 1.356/2006, com a finalidade de conhecer a magnitude dos casos de acidentes e violências no País que não levam ao óbito ou à internação. Estruturou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), o qual se constitui por dois componentes: (1) vigilância de violência doméstica, sexual, e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas (VIVA Contínuo), módulo incorporado ao Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN NET); e (2) vigilância de violências e acidentes em emergências hospitalares (VIVA Sentinela), realizada por meio de pesquisa a cada dois anos. Esses componentes possibilitam a obtenção de informações que permitem o planejamento das ações de prevenção a esses agravos e a atenção integral às vítimas de acidentes e violências em todo o território nacional. (BRASIL, 2010).

Foram realizadas cinco edições do VIVA Inquérito em 2006, 2007, 2009, 2011 e 2014. O VIVA Contínuo, em 2009, foi agregado à notificação compulsória de violências registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), passando a ser denominado VIVA Sinan Net. “O objeto de notificação compulsória de violência foi sendo ampliado, incorporando situações não previstas na legislação em função da necessidade de intervenções individuais e de acompanhamento dos casos”. (MINAYO et al., 2018, p. 2010).

Ainda em 2006, foi publicada a Portaria MS/GM nº 1.876/ 2006 que instituiu as diretrizes nacionais para a prevenção do suicídio, apontando para a necessidade da notificação dos casos de tentativas de suicídio, promovendo maior visibilidade para essas situações nos

serviços de saúde e assim, buscando formas de intervenção e prevenção de novas ocorrências. (BRASIL, 2015).

Em 2011 houve a universalização da notificação compulsória de violência para todas as unidades de saúde, utilizava-se o instrumento chamado Notificação/ Investigação de Violência Doméstica, Sexual e outras Violências. Em 2014 foi publicada a Portaria GM/MS nº 1.271/2014, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos em saúde pública e torna imediata (em até 24 horas) a notificação dos casos de violência sexual e de tentativas de suicídio na esfera municipal, com o propósito de garantir a intervenção oportuna nos casos. (BRASIL, 2015).

Ainda em 2014 houve modificação na Ficha de Notificação/Investigação de Violências passando por uma atualização que resultou em exclusão de alguns campos, e inclusão de outros, passando a denominar-se Ficha de Notificação/Investigação de Violência Interpessoal/Autoprovocada. Em 2016 foi publicada a Portaria GM/MS nº 204/2016 que em 2020 foi revogada pela Portaria GM/MS nº 264/2020.

Observa-se um processo continuado de aperfeiçoamento dos mecanismos, que influenciam direta ou indiretamente, na vigilância das violências. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) existem evidências de que apenas 25% das pessoas que tentam suicídio entram em contato com hospitais, ou seja, estima-se que, em geral, há subnotificação desses casos menos em países com bons sistemas de informação. (BAHIA, 2017).

É importante, também, instrumentalizar os profissionais de saúde para trabalhar com uma demanda tão complexa como a violência, pois a falta de compreensão pode provocar a naturalização das situações ou ocultação do conhecimento das ocorrências. Essas atitudes podem acarretar impactos negativos no que diz respeito ao direito de acesso às políticas públicas das pessoas em situação de violência, assim como comprometer a geração de informações que possibilitam o desenvolvimento de estratégias de intervenção de forma mais abrangente.

4 MÉTODOS

4.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de estudo descritivo e retrospectivo, com dados secundários, de violência autoprovocada cadastrados no SINAN de Santa Catarina.

4.2 Cenário de estudo

O estudo foi realizado com base nas Fichas de Notificação/ Investigação de Violência Interpessoal/Autoprovocada registrados no SINAN. Serão considerados os casos suspeitos ou confirmados de violência autoprovocada por adolescentes e adultos, de 2014 a 2018, residentes em Santa Catarina.

O Estado de Santa Catarina está localizado na Região Sul do Brasil, composto por 295 municípios, com uma população estimada, para o ano de 2018, de 7.075.494, sendo 870.738 (12,3%) adolescentes e 4.211.439 (59,5%) adultos. É um dos Estados brasileiros com melhor qualidade de vida e menor índice de desigualdade, apresentando a segunda menor taxa de mortalidade infantil (9,49/1.000 nascidos vivos) e a maior expectativa de vida (78,7 anos para o ano de 2015) (IBGE, 2019).

O período de estudo foi definido, iniciando em 2014, pois foi o ano que houve mudança no instrumento de coleta de dados, a partir daquele ano, passou a chamar-se Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada. Nessa atualização da ficha, o Instrutivo de Preenchimento orienta claramente sobre a necessidade de especificar o tipo de violência autoprovocada.

A definição da faixa etária utilizou como critério os grupos mais expostos a situações de violência autoprovocada que são os adolescentes (10 a 19 anos) e adultos (20 a 59 anos). Embora o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) define criança na faixa etária de zero a 11 anos e adolescente na faixa etária de 12 a 18 anos, o Ministério da Saúde adota a faixa etária definida pela OMS, sendo criança a faixa de zero a 9 anos e adolescentes, de 10 a 19 anos. (BRASIL, 2015)

4.3 População do estudo

Casos suspeitos ou confirmados de violência autoprovoçada, cometidas por adolescentes e adultos, ambos os sexos, residentes em Santa Catarina notificados no SINAN, de 2014 a 2018.

4.4 Critérios de inclusão e exclusão

Para o estudo foram incluídas as notificações de violência autoprovoçada que apresentam o campo 56, quadrículo “outros”, devidamente preenchido. O preenchimento desse campo permite definir o tipo de violência autoprovoçada, classificada em tentativa de suicídio ou automutilação. O Instrutivo de Preenchimento orienta que quando o campo 54 for preenchido “1- Sim” para violência autoprovoçada, o campo 56 deve ser preenchido com “1- Sim” no quadrículo “Outros” e especificar se a violência autoprovoçada refere-se a automutilação ou tentativa de suicídio. (BRASIL, 2015). Serão excluídas as notificações que, mesmo com o campo 56 preenchido no quadrículo “outros”, não referem os tipos de violência autoprovoçada. Elaborou-se fluxograma de seleção das notificações de violência autoprovoçada por adolescentes (Apêndice 3) e adultos (Apêndice 4).

4.5 Instrumento

A Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovoçada é um instrumento de coleta de dados para registro no SINAN. A referida ficha deve ser utilizada para notificação de qualquer caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovoçada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra as mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT. (BRASIL, 2015)

4.6 Variáveis

As variáveis incluídas no estudo constam na Ficha de Notificação/Investigação de Violência Interpessoal/Autoprovoçada. São dados relacionados ao tipo de violência

autoprovocada e ao autor da agressão. Abaixo segue as variáveis independentes analisadas neste estudo.

Quadro 1 - Variáveis relacionadas à pessoa em situação de violência autoprovocada.

VARIÁVEIS	NATUREZA	DESCRIÇÃO
Idade (faixa etária)	Qualitativa ordinal	10 a 19 anos e 20 a 59 anos
Sexo	Qualitativa nominal	Feminino e masculino
Raça/Cor	Qualitativa nominal	Branca; preta/parda ou amarela/índigena.
Possui deficiência ou transtorno	Qualitativa nominal	Sim; não.
Qual tipo de deficiência ou transtorno	Qualitativa nominal	Deficiência Física; Deficiência Intelectual; Deficiência auditiva; Deficiência visual; Transtorno mental; Transtorno de Comportamento.
Situação conjugal	Qualitativa nominal	Solteiro(a); casado(a)/união consensual; viúvo (a) ou separado(a).
Escolaridade	Qualitativa ordinal	Sem escolaridade; ensino fundamental incompleto; ensino fundamental completo; ensino médio completo ou ensino superior completo

Quadro 2 - Variáveis relacionadas à violência autoprovocada

VARIÁVEIS	NATUREZA	DESCRIÇÃO
Lesão autoprovocada?	Qualitativa nominal	Sim; não
Tipo de violência	Qualitativa nominal	Outros (campo aberto)
Meio de agressão	Qualitativa nominal	Envenenamento; enforcamento; objeto perfurocortante; objeto contundente e arma de fogo
Local da ocorrência	Qualitativa nominal	Residência; escola; habitação coletiva; via Pública; comércio e outros.
Violência de repetição	Qualitativa nominal	Sim; não

Quadro 3 - Variáveis relacionadas ao provável autor da violência

VARIÁVEIS	NATUREZA	DESCRIÇÃO
Suspeita do uso de álcool	Qualitativa nominal	Sim; não.

4.7 Considerações éticas

A pesquisa não foi submetida ao comitê de ética, por trata-se de dados secundários, sem identificação dos usuários, porém as questões éticas serão consideradas em todas as

etapas da pesquisa, especialmente nas relações com os dados pessoais dos sujeitos e com as instituições responsáveis pelo local de pesquisa.

5 RESULTADOS

Os resultados são apresentados no formato do Artigo: “Caracterização das tentativas de suicídio e automutilações por adolescentes e adultos a partir das notificações em Santa Catarina - Brasil”, a ser submetido ao à Revista Ciência & Saúde Coletiva classificada com a categoria A3 no Qualis/Capes. Este artigo é apresentado a seguir, conforme normas da instituição de defesa da Dissertação.

5.1. ARTIGO - CARACTERIZAÇÃO DAS TENTATIVAS DE SUICÍDIO E AUTOMUTILAÇÕES COMETIDAS POR ADOLESCENTES E ADULTOS A PARTIR DAS NOTIFICAÇÕES EM SANTA CATARINA - BRASIL

CHARACTERIZATION OF SUICIDE AND SELF-MUTILATION ATTEMPTS BY ADOLESCENTS AND ADULTS FROM THE NOTIFICATIONS IN SANTA CATARINA - BRAZIL

RESUMO As tentativas de suicídio são conduzidas com a intenção de morte, enquanto as automutilações não têm esse propósito, ambas são consideradas violências autoprovocadas. O objetivo deste estudo é caracterizar as tentativas de suicídio e automutilações, cometidas por adolescentes e adultos, de 2014 a 2018. Trata-se de estudo descritivo e retrospectivo, com dados secundários, de violência autoprovocada cadastrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do estado de Santa Catarina, situado na região Sul do Brasil. Foram analisadas 1.925 notificações de violência autoprovocada por adolescentes, dessas 1.788 (92,8%) foram tentativas de suicídio e 137 (7,2%) automutilações. Por adultos, foram 6.934 notificações, 6.879 (99,2%) tentativas de suicídio e 55 (0,8%) automutilações. As tentativas de suicídio e as automutilações predominaram em adolescentes e adultos do sexo feminino, brancos, com transtorno mental e a residência o principal local de ocorrência. A maior parte dos adolescentes que tentou suicídio era solteira (92,4%) e dos adultos casada (49,7%); a automutilação apresentou importante frequência nas repetições, para adolescentes (83,3%) e adultos (69,6%). O uso de álcool foi identificado em 22,7% dos adultos que

cometeram automutilação. Demonstrou-se o necessário aprofundamento de estudos sobre esta temática para contribuir nas discussões sobre prevenção e enfrentamento das tentativas de suicídio e automutilações.

Palavras-chave: Tentativa de suicídio; Automutilação; Adolescentes; Adultos; Violência Autoprovocada.

ABSTRACT Suicide attempts are carried out with the intention of death, while self-harm is not intended for that purpose, both are considered self-inflicted violence. The objective of this study is to characterize suicide attempts and self-harm, carried out by adolescents and adults, from 2014 to 2018. This is a descriptive and retrospective study, with secondary data, of self-inflicted violence registered in the Notifiable Diseases Information System (SINAN) in the state of Santa Catarina, located in the southern region of Brazil. 1,925 notifications of self-inflicted violence by adolescents were analyzed, of which 1,788 (92.8%) were suicide attempts and 137 (7.2%) self-harm. For adults, there were 6,934 notifications, 6,879 (99.2%) suicide attempts and 55 (0.8%) self-harm. Suicide attempts and self-harm predominated in white adolescents and adults, white women, with mental disorders and the residence the main place of occurrence. Most adolescents who attempted suicide were single (92.4%) and married adults (49.7%); self-mutilation showed an important frequency in repetitions, for adolescents (83.3%) and adults (69.6%). Alcohol use was identified in 22.7% of adults who committed self-harm. The necessary deepening of studies on this topic was demonstrated to contribute to discussions on prevention and coping with suicide attempts and self-harm.

Keywords: Suicide attempt; Self-mutilation; Adolescents; Adults; Self-harmed violence.

Introdução

A violência autoprovocada é a aquela que a pessoa inflige a si mesma, podendo ser subdividida em comportamentos suicidas (ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio) e em autoagressão. (BRASIL, 2015). A automutilação é conduzida sem a intenção de morrer, enquanto a tentativa de suicídio demonstra clara intenção suicida. (YOU e LIN, 2015).

Estudo com adolescentes coreanos, sobre tentativas de suicídio, apresentou prevalência de aproximadamente 5,6% no sexo feminino e 4,2% no sexo masculino. (CHIN; CHOI, 2015). E prevalência de 3%, em ambos os sexos, de jovens canadenses. (SAMPASA-KANYINGA et al., 2015). Em estudantes no Taiwan a prevalência foi de 1,5%. (HUANG et al., 2017).

Enquanto a automutilação entre adolescentes jordanos teve prevalência de 22,6%, onde os jovens indicaram que se machucaram propositalmente, sem intenção suicida, pelo menos uma vez na vida. (HANANIA et al., 2015). Constatou-se uma taxa de incidência de automutilação de 4,0% em estudantes no Taiwan. (HUANG et al., 2017).

Para adultos, as tentativas de suicídio apresentaram prevalência de 14% em canadenses. (SAMPASA-KANYINGA et al., 2015). Em coreanos, 3,9%. (KIM et al., 2016). E prevalência de 6,5% em estadunidenses que apresentaram pelo menos uma tentativa de suicídio ao longo de suas vidas. (BURKE et al., 2016).

A automutilação foi responsável por 4,3% das apresentações nos serviços de pronto-socorro ou nos serviços de psiquiatria canadenses. (CHARTRAND et al., 2015). Em estadunidenses, 33,8% relataram pelo menos um incidente de automutilação. (BURKE et al., 2016).

No Brasil, a taxa de internação de indivíduos, com nove anos ou mais, que tentaram suicídio foi de 5,6 para cada 100 mil habitantes de 2000 a 2013. (MONTEIRO et al., 2015). No Viva-Inquérito de 2014, 477 (9,5%) dos atendimentos registrados foram decorrentes de

lesões autoprovocadas, dos quais 18 (2,9%) envolveram crianças, 94 (18,8%) adolescentes, 348 (74,6%) adultos e 16 (3,7%) idosos. (BAHIA et al., 2017). Estudo de Vieira et al., (2016) apontou que dentre os indivíduos que apresentaram o comportamento de automutilação, 30% apresentavam idade inferior a 18 anos e 85% eram do sexo feminino, no Brasil. (VIEIRA et al., 2016).

O suicídio é a consequência mais grave das violências autoprovocadas, sendo um problema relevante em saúde pública. Em 2016, ocorreram quase 800 mil mortes por suicídio no mundo. Os homens são 75% mais propensos que as mulheres a morrer como resultado de suicídio e ocorre principalmente em adolescentes e adultos. (WORLD HEALTH STATISTICS, 2018).

A literatura aponta alguns fatores associados as tentativas de suicídio e automutilações, tanto em adolescentes como em adultos, destacam-se os problemas de saúde mental. (HUANG et al., 2017). A automutilação pode ser um importante marcador de risco de suicídio, pois aumenta o desejo e habilidade suicida. (HAMZA; WILLOUGHBY, 2016). Em adolescentes pode estar associada a fatores como problemas com a família e na escola. (GARCÍA-NIETO et al. 2014). E, entre os adultos, o abuso na infância, transtornos de ansiedade, transtorno depressivo maior, agressividade e impulsividade. (CHARTRAND et al. 2015).

A violência autoprovocada apresenta impactos do ponto de vista pessoal, familiar e social. Pessoas que fazem tentativas graves podem apresentar um estado de sobrecarga emocional. Além disso, conviver com o risco de perder alguém por suicídio impacta a família e a sociedade. (TAVARES, 2013). A automutilação impacta a vida do indivíduo com perturbação crônica de gravidade e com intensos riscos físicos, sociais e educacionais associados. (VIEIRA et al., 2016).

No Brasil, desde 2014, é compulsória a notificação dos casos de violência autoprovocada, por meio da Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada, sendo a tentativa de suicídio de notificação imediata. O objetivo é garantir a intervenção e encaminhamentos oportunos de modo a prevenir o suicídio. Os profissionais de saúde precisam estar atentos e capacitados para identificar e encaminhar os casos de violência autoprovocada, além disso, a rede de cuidados e de proteção social deve envolver tanto a saúde quanto recursos e estratégias intersetoriais. (BRASIL, 2019).

Diante do contexto apresentado este estudo se propõe a descrever as características da violência autoprovocada, segundo tipologia (automutilação e tentativa de suicídio), em adolescentes e adultos, notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), de 2014 a 2018, em Santa Catarina.

Método

Trata-se de estudo descritivo e retrospectivo, com dados secundários, de violência autoprovocada cadastrados no SINAN do estado de Santa Catarina, situado na região Sul do Brasil. O Estado é composto por 295 municípios, com uma população estimada, para o ano de 2018, de 7.075.494, sendo 870.738 (12,3%) adolescentes e 4.211.439 (59,5%) adultos. É um dos Estados brasileiros com melhor qualidade de vida e menor índice de desigualdade, apresentando a segunda menor taxa de mortalidade infantil (9,49/1.000 nascidos vivos) e a maior expectativa de vida (78,7 anos para o ano de 2015) (IBGE, 2019).

As variáveis incluídas no estudo basearam-se na Ficha de Notificação/ Investigação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada. As informações foram extraídas a partir da exportação dos bancos de dados nacionais do Sistema de Vigilância de Violência Interpessoal e Autoprovocada (VIVA/SINAN), disponibilizado pela Secretaria de Estado da

Saúde de Santa Catarina, Diretoria de Vigilância Epidemiológica, setor de Sistemas de Informação, utilizando-se o programa Tabwin.

Foram incluídas as notificações de violência autoprovocada por adolescentes e adultos, em Santa Catarina, no período de 2014 a 2018, que apresentavam o campo 56, quadrículo “outros”, devidamente preenchido. O preenchimento desse campo permite definir o tipo de violência autoprovocada, classificada em tentativa de suicídio ou automutilação. O Instrutivo de Preenchimento orienta que quando o campo 54 for preenchido “1- Sim” para violência autoprovocada, o campo 56 deve ser preenchido com “1- Sim” no quadrículo “Outros” e especificar se a violência autoprovocada refere-se a automutilação ou tentativa de suicídio. (BRASIL, 2015). Foram excluídas as notificações que, mesmo com o campo 56 preenchido no quadrículo “outros”, não referiam os tipos de violência autoprovocada.

Em relação à seleção da população total deste estudo, dentre as 45.854 notificações de violência interpessoal/autoprovocada realizadas de 2014 a 2018, em Santa Catarina, 17.387 (37,9%) referiam-se à violência autoprovocada. Dessas, 13.387 (77,0%) foram cometidas por adultos e 4.000 (23%) por adolescentes. Das notificações de adultos, 7.132 (53,3%) atenderam os critérios de inclusão e foram analisadas. Enquanto, das notificações de violência autoprovocada por adolescentes, 1.993 (48,9%) foram incluídas.

As variáveis relativas às características analisadas referente aos indivíduos que cometeram violência autoprovocada foram: sexo (feminino e masculino); raça/cor (branca, parda/preta, amarela/indígena); deficiência ou transtorno (deficiência geral e transtornos mentais); situação conjugal (solteiro, casado/união consensual, separado e viúvo) e a escolaridade (sem escolaridade; ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio completo e ensino superior completo).

No que se refere às variáveis relativas às características das tentativas de suicídio e automutilação analisaram-se: ocorreu outras vezes (sim e não); meio da agressão

(envenenamento, enforcamento, objeto perfurocortante, objeto contundente e arma de fogo) e o local da ocorrência (residência, escola, habitação coletiva, via pública, comércio e outros).

As análises foram apresentadas segundo tipo de violência autoprovocada (tentativa de suicídio e automutilação) e estratificadas de acordo com a faixa etária - adolescentes (10 a 19 anos) e adultos (20 a 59 anos).

As características dos indivíduos e da violência autoprovocada foram apresentadas por meio de estatística descritiva com frequência absoluta e relativa (%), com os respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%). Foi testada a significância estatística usando-se o teste do qui-quadrado (χ^2) e, considerado o valor de p inferior a 0,05 estatisticamente significativo para todas as variáveis incluídas no estudo. O teste qui-quadrado foi empregado para comparar duas proporções. Utilizou-se o programa estatístico Stata, versão 14.0. Este tipo de estudo dispensa a avaliação de comitê de ética em pesquisa por tratar-se de banco de dados secundário.

Resultados

Analisaram-se 1.925 notificações de violência autoprovocada por adolescentes, dessas 1.788 (92,8%) foram tentativas de suicídio e 137 (7,2%) automutilações. Por adultos, foram 6.934 notificações, sendo 6.879 (99,2%) tentativas de suicídio e 55 (0,8%) automutilações. As tentativas de suicídio predominaram entre os adolescentes e adultos. A automutilação, embora tenha ocorrido em proporções menores, foi relevante nos adolescentes.

Os adolescentes que tentaram suicídio eram, em maioria, do sexo feminino (73,4%); brancos (90,0%); solteiros (92,4%) e tinham ensino fundamental incompleto ou completo (80,8%). Daqueles que apresentaram deficiência ou transtorno, 96,8% eram transtornos mentais. Os adultos que tentaram suicídio apresentaram as seguintes características: sexo

feminino (68,1%); brancos (89,0%); casados/união consensual (49,7%) e ensino médio completo (37,9%). Os transtornos mentais apareceram em 98,5% dos casos. (Tabela 1)

Houve diferenças estatisticamente significativas ao comparar adultos e adolescentes que tentaram suicídio. Verificou-se maior proporção de adolescentes do sexo feminino, solteiros e com ensino fundamental. Enquanto os adultos apresentaram predominância de transtornos mentais.

Tabela 1 Características dos adolescentes e adultos que tentaram suicídio, notificadas no SINAN. Santa Catarina. Brasil. 2014-2018.

Características dos adolescentes e adultos	Total N (%)	Tentativa de Suicídio Adolescentes		Tentativa de Suicídio Adultos		Valor de p
		n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	
Sexo	8.464 (100)					< 0,001
Feminino	5.860 (69,2)	1.312 (73,4)	71,2-75,3	4.548 (68,1)	66,9-69,2	
Masculino	2.604 (30,8)	476 (26,6)	24,6-28,7	2.128 (31,9)	30,7-33,0	
Raça/cor	8.170 (100)					0,343
Branco	7.291 (89,2)	1.565 (90,0)	88,4-91,3	5.726 (89,0)	88,2-89,7	
Preto/Pardo	840 (10,3)	164 (9,4)	8,1-10,8	676 (10,5)	9,7-11,2	
Amarelo/Indígena	39 (0,5)	10 (0,6)	0,3-0,10	29 (0,5)	0,3-0,6	
Possui qual tipo de deficiência ou transtorno	3.208 (100)					0,005
Transtornos mentais*	3.152 (98,3)	510 (96,8)	94,8-97,9	2.642 (98,5)	98,0-98,9	
Deficiências gerais**	56 (1,7)	17 (3,2)	2,0-5,1	39 (1,5)	1,0-1,9	
Situação Conjugal	7.091 (100)					< 0,001
Solteiro	3.537 (49,9)	1.350 (92,4)	90,9-93,6	2.187 (38,8)	37,5-40,1	
Casado/União Consensual	2.905 (41,0)	104 (7,1)	5,9-8,5	2.801 (49,7)	48,4-51,0	
Separado	564 (7,8)	6 (0,4)	0,1-0,9	558 (9,9)	9,1-10,7	
Viúvo	85 (1,2)	1 (0,1)	0,0-0,4	84 (1,5)	1,2-1,8	
Escolaridade	6.098 (100)					< 0,001
Sem escolaridade	23 (0,40)	1 (0,1)	0,0-0,5	22 (0,5)	0,3-0,6	
Ensino fundamental incompleto	1.921 (31,5)	505 (38,2)	35,3-40,8	1.416 (29,6)	28,3-30,9	
Ensino fundamental completo	1.731 (28,4)	564 (42,6)	39,9-45,3	1.168 (24,5)	23,2-25,6	
Ensino médio completo	2.058 (33,7)	248 (18,8)	16,7-20,9	1.810 (37,9)	36,5-39,2	
Ensino superior completo	365 (6,0)	5 (0,3)	0,1-0,9	360 (7,5)	6,8-8,3	

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Santa Catarina 2014-2018

* Agrupados: Transtorno mental e transtorno de comportamento

**Agrupados: Deficiência física, deficiência intelectual, deficiência visual e deficiência auditiva

No que se refere às características das tentativas de suicídio, entre os adolescentes, predominaram as notificações sem violência de repetição (54,2%). O principal meio utilizado foi o envenenamento (64,0%) e o principal local de ocorrência a residência (91,9%). A

suspeita de uso de álcool ocorreu em 8,8% das tentativas de suicídio. Em relação às características das tentativas de suicídio cometidas por adultos o principal meio utilizado foi o envenenamento (64,4%) e a residência o principal local de ocorrência (92,3%). Apresentaram suspeita de uso de álcool 18,3% dos adultos que tentaram suicídio, proporção duas vezes maior que os adolescentes. (Tabela 2)

Adultos e adolescentes apresentaram diferenças estatisticamente significativas em relação às características das tentativas de suicídio. O objeto perfurocortante foi o mais utilizado por adolescentes como método. A tentativa de suicídio de repetição predominou nos adultos, assim como a suspeita de uso de álcool.

Tabela 2 Características das tentativas de suicídio, por adolescentes e adultos, notificadas no SINAN. Santa Catarina. Brasil. 2014-2018.

Características da violência	Total N (%)	Tentativa de suicídio Adolescente		Tentativa de suicídio Adulto		Valor de p
		n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	
Ocorreu outras vezes	6.867 (100)					< 0,001
Sim	3.401 (49,5)	702 (45,8)	43,2-48,2	2.699 (50,6)	49,2-51,9	
Não	3.466 (50,5)	832 (54,2)	51,7-56,7	2.634 (49,4)	48,0-50,7	
Meio da agressão						
Envenenamento	5.431 (64,2)	1.141 (64,0)	61,7-66,2	4.290 (64,4)	63,2-65,5	0.746
Enforcamento	572 (6,8)	86 (4,8)	3,9-5,9	486 (7,3)	6,7-7,9	< 0,001
Objeto perfurocortante	887 (10,5)	286 (16,0)	14,3-17,8	601 (9,0)	8,3-9,7	< 0,001
Objeto contundente	38 (0,4)	11 (0,6)	0,3-1,1	27 (0,4)	0,2-0,5	0.238
Arma de fogo	30 (0,4)	4 (0,2)	0,0-0,5	26 (0,3)	0,3-0,5	0.294
Local da ocorrência	8.331 (100)					< 0,001
Residência	7.689 (92,4)	1.619 (91,9)	90,6-93,1	6.070 (92,3)	91,7-92,9	
Escola	32 (0,3)	29 (1,6)	1,1-2,3	3 (0,0)	0,0-0,1	
Habitação coletiva	52 (0,6)	22 (1,2)	0,8-1,8	30 (0,4)	0,3-0,6	
Via Pública	274 (3,3)	39 (2,2)	1,6-3,0	235 (3,5)	3,1-4,0	
Comércio	52 (0,6)	10 (0,5)	0,3-1,0	42 (0,6)	0,4-0,8	
Outros	232 (2,8)	41 (2,3)	1,7-3,1	191 (2,9)	2,5-3,3	
Suspeita de uso de álcool	6.966 (100)					< 0,001
Sim	1.130 (16,2)	135 (8,8)	7,4-10,3	995 (18,3)	17,3-19,3	
Não	5.836 (83,8)	1.396 (91,2)	89,6-92,5	4.440 (81,7)	80,6-82,6	

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Santa Catarina 2014-2018

Ao analisar as características dos adolescentes que cometeram automutilação observou-se predominância no sexo feminino (79,6%); brancos (85,4%); solteiros (98,2%) e

com ensino fundamental incompleto e completo (96,5%). Dos que possuíam deficiência ou transtorno, 98,9% eram transtornos mentais. Os adultos que cometeram automutilação foram predominantemente do sexo feminino (68,5%) e brancos (73,1%). Dos que possuíam deficiência ou transtorno, 97,0% eram transtornos mentais. (Tabela 3).

Verificou-se maior proporção, com significância estatística, de adolescentes solteiros, brancos e com ensino fundamental incompleto. Enquanto nos adultos predominou a escolaridade referente ao ensino médio.

Tabela 3 Características dos adolescentes e adultos que realizaram automutilação, notificadas no SINAN. Santa Catarina. Brasil. 2014- 2018

Características dos adolescentes e adultos	Total	Automutilação Adolescentes		Automutilação Adultos		Valor de p
	N (%)	n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	
Sexo	191 (100)					0,105
Feminino	146 (76,4)	109 (79,6)	71,8-85,5	37 (68,5)	54,5-79,7	
Masculino	45 (23,6)	28 (20,4)	14,4-28,1	17 (31,5)	20,2-45,4	
Raça/cor	175 (100)					0,031
Branco	143 (81,8)	105 (85,4)	77,8-90,6	38 (73,1)	59,0-83,6	
Preto/Pardo	30 (17,1)	18 (14,6)	9,3-22,1	12 (23,1)	13,3-36,8	
Amarelo/Indígena	2 (1,1)	-	-	2 (3,8)	0,9-14,7	
Possui qual tipo de deficiência ou transtorno	98 (100)					0,168
Transtornos mentais	95 (99)	63 (98,9)	-	32 (97,0)	80,2-99,6	
Deficiência geral	1 (1)	-	-	1 (3,0)	0,3-19,7	
Situação Conjugal	165 (100)					< 0,001
Solteiro	138 (93,6)	112 (98,2)	93,1-99,5	26 (51,0)	37,0-64,7	
Casado/União Consensual	23(14,0)	2 (1,8)	1,2-6,8	21 (41,1)	28,2-55,4	
Separado	3 (1,8)	-	-	3 (5,9)	1,8-17,2	
Viúvo	1 (0,6)	-	-	1 (2,0)	0,2-13,4	
Escolaridade	155 (100)					< 0,001
Sem escolaridade	-	-	-	-	-	
Ensino fundamental incompleto	72 (46,5)	64 (55,6)	46,3-64,5	8 (20,0)	10,0-35,9	
Ensino fundamental completo	56 (36,1)	47 (40,9)	32,1-50,2	9 (22,5)	11,7-38,6	
Ensino médio completo	25 (16,1)	4 (3,5)	1,2-9,0	21 (52,5)	36,6-67,8	
Ensino superior completo	2 (1,3)	-	-	2 (5,0)	1,1-18,8	

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Santa Catarina 2014-2018

* Agrupados: Transtorno mental e transtorno de comportamento

**Agrupados: Deficiência física, deficiência intelectual, deficiência visual e deficiência auditiva

A automutilação de repetição, entre adolescentes, ocorreu em 83,3% dos casos, o principal meio utilizado foi o objeto perfurocortante (92,7%) e a residência o principal local

de ocorrência (91,9%). Apresentaram suspeita de uso de álcool 9,5% daqueles que se automutilaram. Entre os adultos, a automutilação ocorreu outras vezes em 69,9% dos casos, o principal meio utilizado também foi o objeto perfurocortante (72,2%) e o principal local da ocorrência a residência (92,4%). Quase ¼ dos adultos (22,7%) apresentavam suspeita de uso de álcool no momento da automutilação. (Tabela 4).

Nos adolescentes predominou a proporção da automutilação de repetição e o meio da agressão por objeto perfurocortante, enquanto a suspeita de uso de álcool teve maior proporção entre adultos, com significância estatística.

Tabela 4 Características das automutilações, por adolescentes e adultos, notificadas no SINAN. Santa Catarina. Brasil. 2014-2018.

Características da violência	Total	Automutilação Adolescentes		Automutilação Adultos		Valor de p
	N (%)	n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	
Ocorreu outras vezes	172 (100)					0,047
Sim	126 (73,3)	105 (83,3)	75,6-88,9	32 (69,6)	54,3-81,4	
Não	46 (26,7)	21 (16,6)	11,0-24,3	14 (30,4)	18,5-45,6	
Meio da agressão						
Objeto perfurocortante	166 (86,4)	127 (92,7)	86,8-96,0	39 (72,2)	58,4-82,7	< 0,001
Objeto contundente	6 (4,4)	6 (4,3)	1,9-9,4	-	-	0,118
Local da ocorrência	189 (100)					0,082
Residência	174 (93,0)	125 (91,9)	85,8-95,4	49 (92,4)	81,0-97,2	
Escola	5 (2,6)	5 (3,7)	1,5-8,6	-	-	
Habitação coletiva	6 (3,7)	5 (3,7)	1,5-8,6	1 (1,9)	0,2-12,9	
Outros	4 (0,5)	1 (0,7)	0,1-5,0	3 (5,6)	1,7-16,6	
Suspeita de uso de álcool	149 (100)					0,031
Sim	20 (10,4)	10 (9,5)	5,1-16,9	10 (22,7)	12,3-37,9	
Não	129 (67,1)	95 (90,5)	83,0-94,8	34 (77,3)	62,0-87,6	

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Santa Catarina 2014-2018

DISCUSSÃO

O presente estudo constatou que, em Santa Catarina, as tentativas de suicídio predominaram entre os adolescentes (92,8%) e adultos (99,2%) quando comparadas às automutilações. Entretanto, apesar de apresentar percentual mais baixo, a automutilação foi relevante em adolescentes (7,2%). Foram encontradas características comuns para as tentativas de suicídio e automutilações em adolescentes e adultos como: sexo feminino,

raça/cor branca, presença de transtorno mental e o principal local de ocorrência na residência. Entretanto, algumas características apresentaram-se de forma distinta como: maior parte dos adolescentes que tentaram suicídio era solteira, enquanto os adultos eram casados; a escolaridade dos adolescentes que tentaram suicídio ou cometeram automutilação era mais baixa que a dos adultos; a automutilação apresentou importante frequência nas repetições para adolescentes.

As tentativas de suicídio e as automutilações predominaram no sexo feminino tanto em adolescentes (73,4%; 79,6%) como em adultos (68,1%; 68,5%), respectivamente. No Brasil, estudo realizado em hospitais corrobora esse achado, com 55% das pessoas que tentaram suicídio do sexo feminino. (MAGALHÃES et al., 2014). Compreende-se que as mulheres são as que mais tentam suicídio, pois utilizam na maioria das vezes, métodos menos efetivos, diferentemente dos homens nos quais os casos de óbito por suicídio prevalecem. (BRIXNER et al., 2016). Elas tendem a ter maior frequência de problemas de saúde mental, apresentando maior vulnerabilidade em relação à violência autoprovocada e mantendo-se em posição de maior risco ao comportamento suicida. (BAHIA et al., 2017) .

Verificou-se a predominância da raça/cor branca nos indivíduos que tentaram suicídio (adolescentes 90,0% e adultos 89,0%) e naqueles que cometeram automutilação (adolescentes 85,4% e adultos 73,1%). Vale destacar que, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Brasil, 47,7% da população é branca enquanto em Santa Catarina esse percentual sobe para 83,9%. Outro estudo brasileiro constatou predomínio dos indivíduos de cor da pele preta/parda para ambos os sexos em tentativas de suicídio, totalizando 62,4% dos casos atendidos, contudo a diferença pode ser atribuída às características étnicas de cada local. (BAHIA et al., 2017).

As tentativas de suicídio e as automutilações predominaram em adolescentes solteiros (92,4%; 98,2%) e com ensino fundamental (80,8%; 96,5%), respectivamente. Tal resultado

pode estar relacionado à faixa etária estudada (10 a 19). É importante destacar que frequentar a escola pode apresentar-se como um fator de proteção às tentativas de suicídio e automutilações para adolescentes. Em 2019, no Brasil, foi sancionada a Lei nº 13.819 que Instituiu a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio que prevê que estabelecimentos de ensino públicos e privados deverão informar e treinar os profissionais que trabalham nessas instituições quanto aos procedimentos de notificação da violência autoprovocada.

A maior parte dos adultos que tentaram suicídio tinha ensino médio completo (37,9%). Estudos internacionais apontam que indivíduos com rendas mais baixas, baixa escolaridade e desempregados apresentaram taxas significativamente mais altas de tentativas de suicídio. (KIM et al., 2016). Identificou-se que o baixo nível de escolaridade foi associado ao aumento do risco de suicídio e sugere que se dê mais atenção aos homens e mulheres com ideação suicida que possuem baixos níveis de escolaridade. (CHOI et al., 2017).

Levando em consideração que o principal local de ocorrência das tentativas de suicídio e automutilações foi a residência, ultrapassando os 90% em todos os casos, observa-se mais uma vez a importância da rede de familiar e social, principalmente no que se refere ao apoio, monitoramento e reincidência. A interação positiva nas relações pessoais pode ser útil para manter o bem-estar emocional e obstruir o efeito dos estressores e pode ter um efeito positivo na saúde mental independente dos estressores. Por outro lado, a ausência de relações de confiança pode aumentar o risco de tentativas de suicídio. (AKKAYA-KALAYCI et al., 2017).

A violência autoprovocada de repetição requer atenção, este estudo constatou discreta diferença entre os adolescentes que tentaram suicídio outras vezes (45,8%) daqueles que tentaram uma única vez (54,2%). Entretanto, na automutilação, a proporção de repetição tem um considerável aumento entre os adolescentes (83,3%) e adultos (69,6%). Ainda, vale

destacar que muitas tentativas de suicídio podem não chegar aos serviços de saúde por serem de baixa complexidade dificultando a identificação da recorrência.

Estudos internacionais apontam que entre os adolescentes é possível que a automutilação repetida possa se tornar uma resposta habitual em relação à angústia intrapessoal e interpessoal e a tentativa de suicídio possa, gradualmente, se tornar um método no repertório de estratégias de enfrentamento às recorrentes automutilações. (YOU; LIN, 2015). Ao mesmo tempo, os repetidos episódios de automutilação também podem habituar os indivíduos ao medo e à dor associados ao envolvimento em tentativas de suicídio. (HAMZA; WILLOUGHBY, 2016). A repetição de tentativas de suicídio é um indicador de risco para a consumação do suicídio. O risco de suicídio depois de uma tentativa deliberada de autoagressão é muito maior do que na população geral. (VIDAL; GONTIJO, 2013).

Em Santa Catarina, o principal meio utilizado para as tentativas de suicídios foi o envenenamento, nos adolescentes (64,0%) e adultos (64,4%). Quando avaliado o objeto perfurocortante, como meio para tentativa de suicídio, observa-se que os adolescentes apresentam percentual quase duas vezes maior que os adultos, respectivamente 16,0% e 9,0%. Resultado importante, pois demonstra que o método utilizado pelos adolescentes para a automutilação pode ser o mesmo meio para futuras tentativas de suicídio.

No Brasil, de 2002 a 2013, o principal meio utilizado para a violência autoprovocada, que levaram à internação, foi a autointoxicação por medicamentos e substâncias biológicas. (MONTEIRO et al., 2015). A intoxicação exógena chega a ser responsável por aproximadamente 70% dos casos de tentativas de suicídio notificados no país. Evidenciou-se uma possível facilidade de acesso a esses produtos farmacêuticos, talvez contribuindo para uma maior ocorrência de tentativas de suicídio por intoxicação. (BRIXNER et al., 2016).

Neste estudo observou-se que dos adolescentes que tentaram suicídio e possuíam deficiência ou transtorno, 96,8% eram transtornos mentais, enquanto nos adultos esse

percentual é de 98,5%. A saúde mental dos indivíduos pode, também, influenciar no acesso ao meio para as tentativas de suicídio, pois aqueles que apresentam algum transtorno mental diagnosticado, geralmente, têm acesso à medicação. O Ministério da Saúde orienta, como forma de prevenção, impedir que a pessoa em risco de suicídio tenha acesso aos meios como: armas, facas, cordas e medicamentos. (BRASIL, 2006).

O principal meio utilizado para a automutilação, por adolescentes e adultos, foi objeto perfurocortante. Muitas vezes, o método apresenta-se acessível, como mostra pesquisa com adolescentes brasileiros que apontou alguns meios utilizados como: mãos, unhas, facas, estiletes, dentes, vidros, pedras, cachecol, canetas, grampos e escova de dentes. (VIEIRA et al., 2016).

Dos adolescentes que tentaram suicídio, 8,8% havia feito uso de álcool e dos os adultos, 18,3%. O álcool pode facilitar todo o processo de suicídio (por exemplo, ideação, método selecionado, etc.) (FRESÁN et al., 2015). As estimativas nacionais demonstram que a cada dez tentativas de suicídio, mais de duas têm relação com o uso do álcool. (CANTÃO; BOTTI, 2016). Apresentaram suspeita de uso de álcool 9,5% dos adolescentes que se automutilaram, entretanto, entre os adultos, esse dado chamou atenção, pois quase $\frac{1}{4}$ apresentavam suspeita de uso de álcool no momento da automutilação (22,7%). Estudo internacional aponta que pessoas que cometem automutilação também são mais propensas a ter transtornos por uso de álcool e drogas, em comparação com aqueles que não se automutilam. (CHARTRAND, et al., 2015).

Estudar os tipos de violência autoprovocada, por adolescentes e adultos, é uma forma de contribuir na elaboração de estratégias de prevenção às tentativas de suicídio e às automutilações. Reconhecer as características das pessoas e da violência pode trazer importantes avanços no enfrentamento de cada tipo de violência autoprovocada de forma mais eficiente.

Para promover a prevenção da automutilação e da tentativa de suicídio é necessário o conhecimento da magnitude do problema. Observou-se neste estudo que, apesar de uma porcentagem baixa, se comparada às tentativas de suicídio, a automutilação teve maior frequência nos adolescentes. Resultado que requer atenção, pois a automutilação, em adolescentes, apresenta-se como um fator associado às tentativas de suicídio e, também, aos transtornos psiquiátricos. (GULBAS et al., 2015).

Analisar a violência autoprovocada por tipo, com os dados do SINAN, mostrou-se como um desafio, pois o campo que define quando trata-se de tentativa de suicídio ou automutilação é aberto, ou seja, o profissional de saúde que registra a notificação deve escrever por extenso o tipo de violência autoprovocada, assim a qualidade da informação pode ficar prejudicada. Diante disso, sugere-se que, em uma nova atualização da Ficha de Notificação/Investigação de Violência Interpessoal/Autoprovocada, sejam incluídos campos fechados para os tipos de violências autoprovocadas, com opção para tentativa de suicídio e automutilação.

A completude dos dados nas Fichas de Notificação/Investigação de Violência Interpessoal/Autoprovocada é de extrema importância para analisar os fatores associados às violências. Assim, destaca-se a importância da sensibilização sobre a relevância das notificações, além da capacitação continuada dos profissionais de saúde, pois são as informações qualificadas que trazem subsídios para a construção de ações, programas e políticas públicas em saúde, contribuindo para a prevenção e o enfrentamento desta problemática.

Entre as limitações deste estudo, aponta-se a subnotificação dos casos de violência autoprovocada, a falta de informação sobre o tipo de violência autoprovocada em um percentual considerável das fichas de notificação e profissionais de saúde com dificuldade no

preenchimento dessas informações, o que não invalida os achados, porém, exige cautela com os resultados, que podem estar subestimados.

Entre os pontos fortes deste trabalho está a relevância das informações sobre a violência autoprovocada notificadas nos serviços de saúde, cometidas por adolescentes e adultos, com base no SINAN de abrangência estadual, permitindo o reconhecimento dos tipos de violência autoprovocada e as características das pessoas que a cometem. Portanto, diante das informações levantadas e da relevância do tema, compreende-se que as informações apresentadas neste estudo contribuem para a sensibilização de gestores, profissionais, acadêmicos e docentes da área da saúde para a importância da notificação como instrumento de prevenção e enfrentamento da violência autoprovocada.

Referências

- AKKAYA-KALAYCI, T. et al. **Triggers for attempted suicide in Istanbul youth, with special reference to their socio-demographic background.** International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 2017, 22(2), 95–100. doi:10.1080/13651501.2017.1376100
- 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.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2017, vol.22, n.9, pp.2841-2850. ISSN 1413-8123.
- BRASIL. **Lei nº 13.819 de 26 de abril de 2019.** Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13819.htm. Acesso em 03/11/20.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Disponível em <http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em 15/11/19.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrutivo de Preenchimento da Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada.** Brasília, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Informativa nº 7/2019-CGDANT/DANTPS/SVS/MS - Notificação de autoagressão e tentativa de suicídio na ficha de violência interpessoal/autoprovocada do SINAN (versão 5.1).** Brasília, 2019
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental.** Brasília: [s.n.], 2006. 76p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Roteiro para uso do SINAN NET, análise da qualidade da base de dados e cálculo de indicadores epidemiológicos e operacionais.** Brasília, 2019.

BRIXNER, et al. **Formas utilizadas para tentativa de suicídio e características sociodemográficas de pacientes atendidos no serviço de emergência de um hospital de ensino.** 2016 *Scientia Medica*, 26(4), 24467. doi:10.15448/1980-6108.2016.4.24467

BURKE, et al. **Identifying a physical indicator of suicide risk: Non-suicidal self-injury scars predict suicidal ideation and suicide attempts.** 2016 *Comprehensive Psychiatry*, 65, 79–87. doi:10.1016/j.comppsy.2015.10.008

CANTÃO, L., BOTTI, N.C.L. **Suicidal behavior among drug addicts.** *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016;69(2):366-73. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690224i>

CHARTRAND, H. et al. **Correlates of nonsuicidal self-injury and suicide attempts among tertiary care, emergency department patients.** *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, Canada, v. 60, n. 6, p. 276-283, 2015. ISSN 1497-0015(Electronic),0706-7437(Print).

CHOI, et al. **Risk factors of suicide attempt among people with suicidal ideation in South Korea: a cross-sectional study.** 2017 *BMC Public Health*, 17(1). doi:10.1186/s12889-017-4491-5

FRESÁN, et al. **Gender differences in socio-demographic, clinical characteristics and psychiatric diagnosis in/of suicide attempters in a Mexican population.** 2015 *Acta Neuropsychiatrica*, 27(03), 182–188. doi:10.1017/neu.2015.6

GARCIA-NIETO, R. et al. **Clinical features associated with suicide attempts versus suicide gestures in an inpatient sample.** *Arch Suicide Res*, v. 18, n. 4, p. 419-31, 2014. ISSN 1381-1118.

GULBAS, L. E. et al. **An exploratory study of nonsuicidal self-injury and suicidal behaviors in adolescent Latinas.** 2015 *American Journal of Orthopsychiatry*, 85(4), 302–314. doi:10.1037/ort0000073

HAMZA, C. A., & WILLOUGHBY, T. **Nonsuicidal Self-Injury and Suicidal Risk Among Emerging Adults.** *Journal of Adolescent Health*, (2016). 59(4), 411–415. doi:10.1016/j.jadohealth.2016.05.019

HANANIA, J. W., et al. **Non-Suicidal Self-Injury among Adolescents in Amman, Jordan.** (2014). *Archives of Suicide Research*, 19(2), 260–274. doi:10.1080/13811118.2014.915778

HUANG, Y. et al.- **Relationship Between Predictors of Incident Deliberate Self-Harm and Suicide Attempts Among Adolescents.** *Journal of Adolescent Health*, 2017 60(5), 612–618. doi:10.1016/j.jadohealth.2016.12.005

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em <https://sidra.ibge.gov.br/Tabela/3175#resultado>. Acessado em 29/07/20.

KIM, J. L., et al. **Effect of Socioeconomic Status on the Linkage Between Suicidal Ideation and Suicide Attempts**. 2016. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 46(5), 588–597. doi:10.1111/sltb.12242

KRUG, E. G. et al (Org). **World report on violence and health (Relatório Mundial sobre violência e saúde)**. Geneva, World Health Organization, 2002.

MAGALHAES, A. P.N. et al. **Atendimento a tentativas de suicídio por serviço de atenção pré-hospitalar**. *J. bras. psiquiatr.* [online]. 2014, vol.63, n.1 [cited 2019-11-02], pp.16-22. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852014000100016&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0047-2085. <http://dx.doi.org/10.1590/0047-20850000000003>.

MONTEIRO, R.A. et al. **Hospitalizações relacionadas a lesões autoprovocadas intencionalmente - Brasil, 2002 a 2013**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2015, vol.20, n.3 [cited 2019-11-02], pp.689-699. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000300689&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015203.16282014>.

SAMPASA-KANYINGA, et al. **Prevalence and correlates of suicidal ideation and attempts among children and adolescents**. *international Journal Of Adolescent Medicine And Health*, (2017). 29(2). doi:10.1515/ijamh-2015-0053

TAVARES, M. S. A. **Suicídio: O luto dos sobreviventes**– Capítulo II. In: *O Suicídio e os Desafios para a Psicologia*. 2013.

VIDAL, C. E.L. e GONTIJO, E. D. **Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta**. *Cad. saúde colet.* [online]. 2013, vol.21, n.2 pp.108-114. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2013000200002&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1414-462X. <https://doi.org/10.1590/S1414-462X2013000200002>.

VIEIRA, M. G., et al. **Automutilação: intensidade dolorosa, fatores desencadeantes e gratificantes**. *Rev. dor, São Paulo*, v. 17, n. 4, p. 257-260, Dec. 2016. <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20160084>.

World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

YOU, J.; LIN, M. P. **Predicting suicide attempts by time-varying frequency of nonsuicidal self-injury among Chinese community adolescents**. *J Consult Clin Psychol*, v. 83, n. 3, p. 524-533, Jun 2015. ISSN 0022-006x.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo mostraram que, em Santa Catarina, a prevalência de tentativas de suicídio, comparado às automutilações, foi maior em adolescentes (92,8%) e adultos (99,2%), embora a automutilação tenha ocorrido em proporções menores apresentou relevância nos adolescentes (7,2%).

Observaram-se características comuns entre os adolescentes e adultos nas tentativas de suicídio e automutilações como: sexo feminino, raça/cor branca, presença de transtorno mental e o principal local de ocorrência a residência. Entretanto, algumas características apresentaram-se de forma distinta como: maior parte dos adolescentes que tentaram suicídio era solteira, enquanto os adultos eram casados; a escolaridade dos adolescentes que tentaram suicídio ou cometeram automutilação era mais baixa que a dos adultos. Tal resultado por estar associado à faixa etária estudada, onde indivíduos com idade inferior tendem a ter menor escolaridade.

As tentativas de suicídio apresentaram características comuns entre adolescentes e adultos: o principal meio utilizado foi o envenenamento e a residência o principal local de ocorrência. Constatou-se proporção pouco maior entre os adolescentes que não repetiram a tentativa de suicídio (54,2%) daqueles que repetiram (45,8%), já entre os adultos o resultado não mostrou relevância estatística. A suspeita de uso de álcool apresentou-se numa proporção duas vezes maior nos adultos. Nas automutilações, entre adolescentes e adultos, o principal meio utilizado foi o objetivo perfurocortante e a residência foi o principal local de ocorrência. A repetição da automutilação mostrou importante frequência em adolescentes (83,3%) e adultos (69,6%). Quase $\frac{1}{4}$ (22,7%) dos adultos apresentavam suspeita de uso de álcool no momento da automutilação.

Neste estudo constatou-se que a completude dos dados nas Fichas de Notificação/Investigação de Violência Interpessoal/Autoprovocada mostra-se como desafio. Assim, destaca-se a importância da sensibilização dos profissionais de saúde sobre a relevância das notificações. A capacitação continuada pode ser uma estratégia, pois são as informações qualificadas que trazem subsídios para a construção de ações, programas e políticas públicas em saúde, contribuindo para a prevenção e o enfrentamento desta problemática.

Estudar os tipos de violência autoprovocada é uma forma de contribuir na elaboração de estratégias de prevenção às tentativas de suicídio e às automutilações. Reconhecer as

características das pessoas e da violência pode trazer importantes avanços no enfrentamento de cada tipo de violência autoprovocada de forma mais eficiente.

REFERÊNCIAS

- AKBARI, M. et al. **Risk and protective factor for suicide attempt in Iran: a matched case-control study.** Arch Iran Med. 2015, 18(11):747-52. doi: 0151811/AIM.004.
- AKKAYA-KALAYCI, T. et al. **Triggers for attempted suicide in Istanbul youth, with special reference to their socio-demographic background.** International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 2017, 22(2), 95–100. doi:10.1080/13651501.2017.1376100
- ALVES, et al. **Suicide attempts in a emergency hospital.** Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 2014, 72(2), 123–128. doi:10.1590/0004-282x20130212
- ALVES, M. A. G e CADETE, M.M.M. **Tentativa de suicídio infanto-juvenil: lesão da parte ou do todo?** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2015, vol.20, n.1 [cited 2019-11-02], pp.75-84. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000100075&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014201.22022013>.
- 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.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2017, vol.22, n.9, pp.2841-2850. ISSN 1413-8123.
- BENJET, C. et al. **Non-suicidal self-injury in Mexican young adults: Prevalence, associations with suicidal behavior and psychiatric disorders, and DSM-5 proposed diagnostic criteria.** J Affect Disord, v. 215, p. 1-8, Jun 2017. ISSN 0165-0327.
- BRASIL. **Lei nº 13.819 de 26 de abril de 2019.** Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13819.htm. Acesso em 15/11/19
- BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.** Diário Oficial da União 1990; 16 jul.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS : tecendo redes para garantir direitos.** Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 60 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências.** Brasília: MS; 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem : princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 92 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens : orientações para a organização de serviços de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007. 44 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrutivo de Preenchimento da Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada**. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Informativa nº 7/2019-CGDANT/DANTPS/SVS/MS - Notificação de autoagressão e tentativa de suicídio na ficha de violência interpessoal/autoprovocada do SINAN** (versão 5.1). Brasília, 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**: Portaria MS/GM nº 737 de 16/5/01, publicada no DOU nº 96 seção 1e, de 18/5/01 / Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM 1.271, de 06 de junho de 2014**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM 1.876, de 14 de agosto de 2006**.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM 204, de 17 de fevereiro de 2016**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM 3.088, de 23 de dezembro de 2011**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Brasília: [s.n.], 2006. 76p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil : 2017 a 2020** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 34 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

BRIXNER, et al. **Formas utilizadas para tentativa de suicídio e características sociodemográficas de pacientes atendidos no serviço de emergência de um hospital de ensino**. 2016 *Scientia Medica*, 26(4), 24467. doi:10.15448/1980-6108.2016.4.24467

BURKE, et al. **Identifying a physical indicator of suicide risk: Non-suicidal self-injury scars predict suicidal ideation and suicide attempts**. 2016 *Comprehensive Psychiatry*, 65, 79–87. doi:10.1016/j.comppsy.2015.10.008

CHARTRAND, H. et al. **Correlates of nonsuicidal self-injury and suicide attempts among tertiary care, emergency department patients**. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, Canada, v. 60, n. 6, p. 276-283, 2015. ISSN 1497-0015(Electronic),0706-7437(Print).

CHEN, et al. **Socioeconomic and Clinical Characteristics Associated With Repeat Suicide Attempts Among Young People**. 2014 *Journal of Adolescent Health*, 54(5), 550–557. doi:10.1016/j.jadohealth.2013.10.008

CHIN, Y. R., e CHOI, K. (2015). **Suicide Attempts and Associated Factors in Male and Female Korean Adolescents A Population-Based Cross-Sectional Survey.** *Community Mental Health Journal*, 51(7), 862–866. doi:10.1007/s10597-015-9856-6

CHOI, et al. **Risk factors of suicide attempt among people with suicidal ideation in South Korea: a cross-sectional study.** 2017 *BMC Public Health*, 17(1). doi:10.1186/s12889-017-4491-5

COSTA, A. M. **Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, n.4 [cited 2019-11-02], pp.1073-1083. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400014&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000400014>.

FOTO-ÖZDEMİR, D., et al. **Gender differences in defense mechanisms, ways of coping with stress and sense of identity in adolescent suicide attempts.** *Turk J Pediatr*. 2016; 58(3): 271-281.

FREITAS, A.P. A, BORGES, L.M. **Tentativas de suicídio e profissionais de saúde: significados possíveis.** *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 560-577, 2014.

FRESÁN, et al.. **Gender differences in socio-demographic, clinical characteristics and psychiatric diagnosis in/of suicide attempters in a Mexican population.** 2015 *Acta Neuropsychiatrica*, 27(03), 182–188. doi:10.1017/neu.2015.6

FULLER-THOMSON, et al **The association between adverse childhood experiences (ACEs) and suicide attempts in a population-based study.** 2016 *Child: Care, Health and Development*, 42(5), 725–734. doi:10.1111/cch.12351

GARCIA-NIETO, R. et al. **Clinical features associated with suicide attempts versus suicide gestures in an inpatient sample.** *Arch Suicide Res*, v. 18, n. 4, p. 419-31, 2014. ISSN 1381-1118.

GULBAS, L. E. et al. **An exploratory study of nonsuicidal self-injury and suicidal behaviors in adolescent Latinas.** 2015 *American Journal of Orthopsychiatry*, 85(4), 302–314. doi:10.1037/ort0000073

HAMZA, C. A., & WILLOUGHBY, T. **Nonsuicidal Self-Injury and Suicidal Risk Among Emerging Adults.** *Journal of Adolescent Health*, (2016). 59(4), 411–415. doi:10.1016/j.jadohealth.2016.05.019

HAN, B, et al.. **Mental Health Treatment Patterns Among Adults With Recent Suicide Attempts in the United States.** (2014). *American Journal of Public Health*, 104(12), 2359–2368. doi:10.2105/ajph.2014.302163

HANANIA, J. W., et al. **Non-Suicidal Self-Injury among Adolescents in Amman, Jordan.** (2014). *Archives of Suicide Research*, 19(2), 260–274. doi:10.1080/13811118.2014.915778

HEDELAND, R. L., et al. **Risk factors and characteristics of suicide attempts among 381 suicidal adolescents.** (2016). *Acta Paediatrica*, 105(10), 1231–1238. doi:10.1111/apa.13458

HUANG, Y. et al.- **Relationship Between Predictors of Incident Deliberate Self-Harm and Suicide Attempts Among Adolescents.** *Journal of Adolescent Health*, 2017 60(5), 612–618. doi:10.1016/j.jadohealth.2016.12.005

JAGER, M.E. et al. **The teenager in the context of public health in Brazil: reflections on the PROSAD.** *Psicol. estud.* [online]. 2014, vol.19, n.2 [citado 2019-11-02], pp.211-221. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722014000200005&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1413-7372. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-737221567004>.

JENKINS, A. L., et al.. **Risk for Suicidal Ideation and Attempt among a Primary Care Sample of Adolescents Engaging in Nonsuicidal Self-Injury.** 2014 *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(6), 616–628. doi:10.1111/sltb.12094

KIM, J. L., et al. **Effect of Socioeconomic Status on the Linkage Between Suicidal Ideation and Suicide Attempts.** 2016. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 46(5), 588–597. doi:10.1111/sltb.12242

KIND, L., et al. **Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde.** In: *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2013. Vol.29 N° 9 Setembro/2013. Páginas 1805 – 1815

Klein C. H., Bloch K. V. **Estudos seccionais.** In: MEDRONHO, R. A, BLOCH, K.V , LUIZ, R. R., WERNECK, G. L. , organizadores. *Epidemiologia*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2009. P. 125-150

KRUG, E. G. et al (Org). **World report on violence and health (Relatório Mundial sobre violência e saúde).** Geneva, World Health Organization, 2002.

LIM, M., et al. **Reasons for desiring death: Examining causative factors of suicide attempters treated in emergency rooms in Korea.** 2014 *Journal of Affective Disorders*, 168, 349–356. doi:10.1016/j.jad.2014.07.026

LIU, Y, et al. **Who are likely to attempt suicide again? A comparative study between the first and multiple timers.** *Comprehensive Psychiatry*, 2017, 54–60. doi:10.1016/j.comppsy.2017.07.007

MAGALHAES, A. P.N. et al. **Atendimento a tentativas de suicídio por serviço de atenção pré-hospitalar.** *J. bras. psiquiatr.* [online]. 2014, vol.63, n.1 [cited 2019-11-02], pp.16-22. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852014000100016&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0047-2085. <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000003>.

MARS, B., et al. **Differences in risk factors for self-harm with and without suicidal intent: Findings from the ALSPAC cohort.** (2014). *Journal of Affective Disorders*, 168, 407–414. doi:10.1016/j.jad.2014.07.009

MARTÍN, M. Y., et al. **Suicide attempts in Spain according to prehospital healthcare emergency records.** *Plos one*, 2018, 13(4), e0195370. Doi:10.1371/journal.pone.0195370

MARTINS, I. R. **Moralidades e atos de fala em serviços de apoio emocional: modalidades laicas da confissão e do testemunho?.** *Relig. soc.* [online]. 2016, vol.36, n.2 [cited 2019-11-15], pp.19-43. Available from:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-85872016000200019&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0100-8587. <http://dx.doi.org/10.1590/0100-85872016v36n2cap02>.

MEDEIROS, P.F e GUARESCHI, N.M.F. **Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão.** Rev. Estud. Fem. [online]. 2009, vol.17, n.1 [cited 2019-11-02], pp.31-48. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2009000100003&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0104-026X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2009000100003>.

MEJÍAS-MARTÍN, Y., et al. **Suicide attempts in Spain according to prehospital healthcare emergency records.** (2018). PLOS ONE, 13(4), e0195370. doi:10.1371/journal.pone.0195370

MENON, V., et al. **Association between personality factors and suicide intent in attempted suicide: Gender as a possible mediator?** 2015 Personality and Mental Health, 9(3), 220–226. doi:10.1002/pmh.1300

MINAYO, M. C. et al. **Violência Autoinfligida: ideações, tentativas e suicídio consumado.** In: Novas e velhas faces da violência no século XXI: visão da literatura brasileira do campo da saúde. MINAYO, M. C. S., ASSIS, S. G., (Org.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017.

MINAYO, M. C. S, et al. **Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios.** Ciênc. saúde coletiva[online]. 2018, vol.23, n.6, pp.2007-2016. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.04962018>.

MINAYO, M. C. S. **Conceitos, teorias e tipologias da violência: a violência faz mal à saúde.** Njaine, Kathie (Org.) In: Impactos da Violência na Saúde – Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2013. p. 21-42

MOBERG, T., et al. **Risk factors for adult interpersonal violence in suicide attempters.** 2014 BMC Psychiatry, 14(1). doi:10.1186/1471-244x-14-195

MONTEIRO, R.A. et al. **Hospitalizações relacionadas a lesões autoprovocadas intencionalmente - Brasil, 2002 a 2013.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2015, vol.20, n.3 [cited 2019-11-02], pp.689-699. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000300689&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015203.16282014>.

NJAINE, K. **Qualidade da informação sobre morbimortalidade por causas externas. In: Impactos da Violência na Saúde – Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2013. p. 335-344.**

NUNES, E. D. **A sociologia da saúde no Brasil - a construção de uma identidade.** Ciência e Saúde Coletiva. 2014, vol.19, n.4, p.1041-1052.

OLIVEIRA, M. I.; et al. **Tentativas de suicídio atendidas em unidades públicas de saúde de Fortaleza-Ceará, Brasil.** Rev. salud pública [online]. 2014, vol.16, n.5 [cited 2019-11-06], pp.683-696. Available from: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642014000500004&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0124-0064. <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v16n5.40138>.

- PARRA-URIBE, I et al **Risk of re-attempts and suicide death after a suicide attempt: A survival analysis.** 2017 BMC Psychiatry, 17(1). doi:10.1186/s12888-017-1317-z
- PIEN, F.-C., et al. **Changes in Quality of Life After a Suicide Attempt.** Western Journal of Nursing Research, (2015). 38(6), 721–737. doi:10.1177/0193945915620306
- PLENER, P. L. et al. **The prevalence of Nonsuicidal Self-Injury (NSSI) in a representative sample of the German population.** BMC Psychiatry, United Kingdom, v. 16, 2016. ISSN 1471-244X(Electronic).
- REYES-TOVILLA, J. E, et al. **Differences between patients that made an impulsive or premeditated suicide attempt in a mexican population.** The international journal of psychiatry in medicine, 2015, 49(1), 63–74. Doi:10.2190/pm.49.1.e
- ROSA, N.M. et al. **Tentativas de suicídio e suicídios na atenção pré-hospitalar.** J. bras. psiquiatr. [online]. 2016, vol.65, n.3 [cited 2019-11-02], pp.231-238. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852016000300231&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0047-2085. <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000129>.
- ROSENBAUM ASARNOW, J., et al **Emergency department youth patients with suicidal ideation or attempts: predicting suicide attempts through 18 months of follow-up.** (2016). suicide and life-threatening behavior, 47(5), 551–566. doi:10.1111/sltb.12309
- SAMPASA-KANYINGA, et al. **Prevalence and correlates of suicidal ideation and attempts among children and adolescents.** international Journal Of Adolescent Medicine And Health, (2017). 29(2). doi:10.1515/ijamh-2015-0053
- SHERIDAN, D. C., et al.. **Adolescent suicidal ingestion: national trends over a decade.** journal of adolescent health, (2017). 60(2), 191–195. doi:10.1016/j.jadohealth.2016.09.012
- SINAN. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). (2019) DATASUS. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinanet/cnv/violebr.def>. Acesso em 22/04/19.
- SPRINGE, L., et al. **Self-reported suicide attempts and exposure to different types of violence and neglect during childhood: Findings from a young adult population survey in Latvia.** 2016 Scandinavian Journal of Public Health, 44(4), 411–417. doi:10.1177/1403494816631394
- VALDIVIA, M., et al.. **Prevalencia de intento de suicidio adolescente y factores de riesgo asociados en una comuna rural de la provincia de Concepción.** 2015 Revista Médica de Chile, 143(3), 320–328. doi:10.4067/s0034-98872015000300006
- WAISELFISZ J.J. **Mapa da Violência 2014: os jovens do Brasil.** Rio de Janeiro: FLACSO, 2014.
- WEEKS, M., & COLMAN, I. **Predictors of Suicidal Behaviors in Canadian Adolescents with No Recent History of Depression.** Archives of Suicide Research, (2016). 21(2), 354–364. doi:10.1080/13811118.2016.1193076
- World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals.** Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

YOU, J.; LIN, M. P. **Predicting suicide attempts by time-varying frequency of nonsuicidal self-injury among Chinese community adolescents.** *J Consult Clin Psychol*, v. 83, n. 3, p. 524-533, Jun 2015. ISSN 0022-006x.

ZANUS, C., Battistutta, et al **Adolescent Admissions to Emergency Departments for Self-Injurious Thoughts and Behaviors.** (2017). *PLOS ONE*, 12(1), e0170979. doi:10.1371/journal.pone.0170979

APÊNDICES

Apêndice 1. Protocolo de Revisão Sistemática: Violência autoprovocada por adolescentes e adultos.

PROTOCOLO DE REVISÃO SISTEMÁTICA
Pergunta de pesquisa
Quais as características da violência autoprovocada (tentativa de suicídio e automutilação) por adolescentes e adultos?
Objetivo
Descrever as características da violência autoprovocada (tentativa de suicídio e automutilação) por adolescentes (10 a 19 anos) e adultos (20 a 59 anos), a partir de revisão sistemática das publicações nacionais e internacionais, dos últimos cinco anos.
Critérios de inclusão e exclusão
Os critérios de inclusão foram: <ol style="list-style-type: none"> 1. Artigos originais que abordem as características da violência autoprovocada (tentativa de suicídio e automutilação) por adolescentes e adultos. Os critérios de exclusão foram: <ol style="list-style-type: none"> 1. Artigos que não abordem isoladamente as características da tentativa de suicídio e automutilação e artigos que tratem somente sobre mortalidade, ideação suicida e suicídio 2. Artigos que tratem de grupos específicos (pessoas com determinada condição de saúde – membro amputado, transtorno bipolar, uso/abuso de álcool, doenças reumáticas, militares, migrantes, LGBT, epilepsia, pacientes psiquiátricos, transtorno de humor, presidiários, envolvidos com a justiça, esquizofrenia, HIV/AIDS, gestantes, pacientes internados, indígenas, sobreviventes de câncer, doenças crônicas, autistas, doença falciforme, AVC, usuários de cocaína, tabagismo, soldados, diabetes. 3. Artigos de revisão, cartas, resumos de conferências/congressos, ensaios, artigos de opinião, relatos de caso/experiência, capítulos de livros, teses ou dissertações. <p>Não houve restrições relativas ao idioma da publicação. O período de pesquisa foi de 2014 a 2018.</p>
Bases eletrônicas de busca
- <i>Pubmed</i> , - <i>PsycInfo</i>

- LILACS

Descritores e estratégias de busca

1. Pubmed:

("Suicide, Attempted"[Mesh] OR "Suicide, Attempted" OR "Self Mutilation"[Mesh] OR "Self Mutilation" OR "self inflicted violence") AND (("Prevalence"[Mesh] OR "Prevalence" OR "Epidemiology"[Mesh] OR "Epidemiology" OR "Risk Factors"[Mesh] OR "Risk Factors" OR "associated factors")

2.Lilacs:

"Suicide, Attempted" OR "Intento de Suicidio" OR "Tentativa de Suicídio" OR "Self Mutilation" OR "Automutilación" OR "Automutilação"

AND

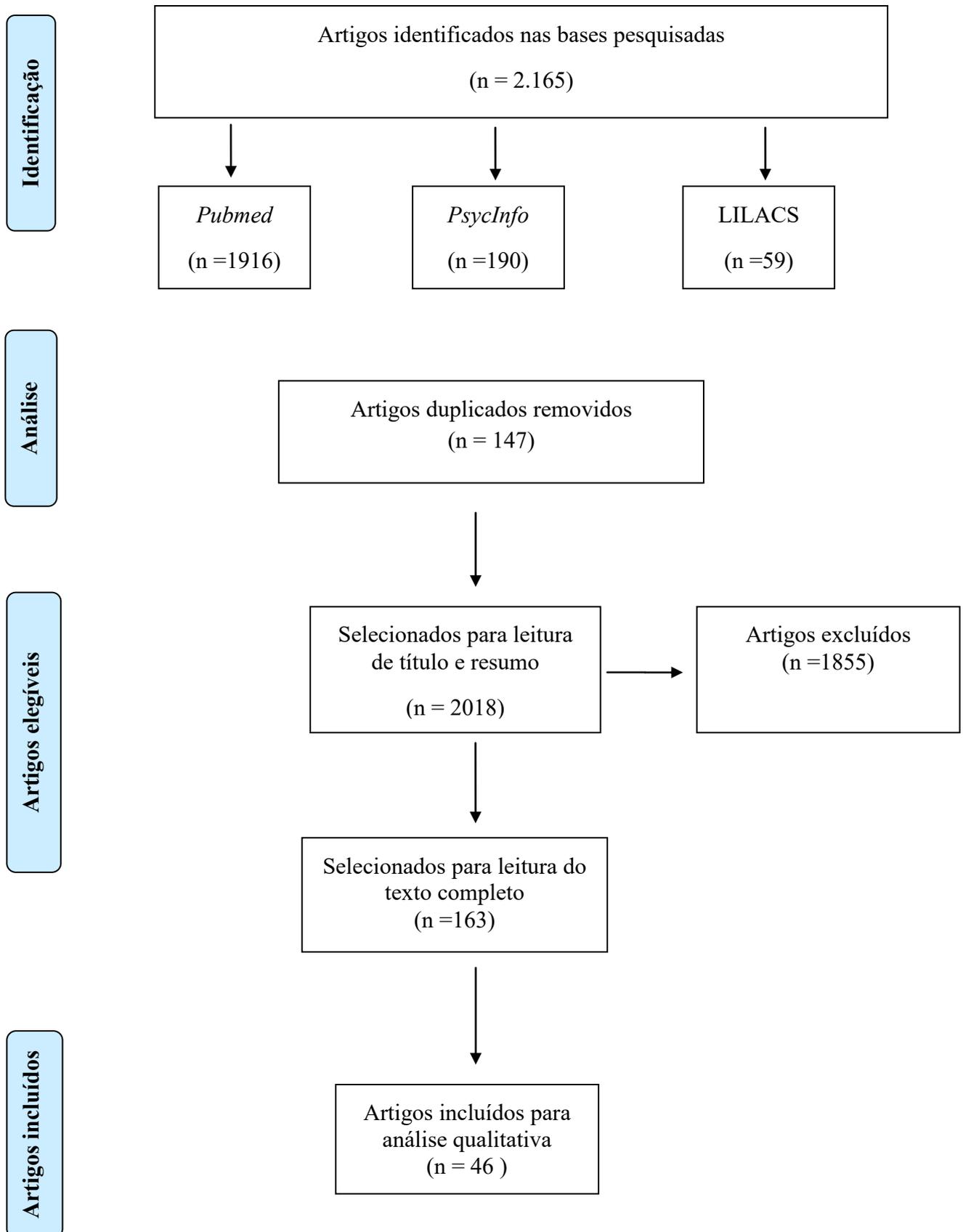
"epidemiology" OR "epidemiologia" OR "epidemiologia"

3. PsycInfo:

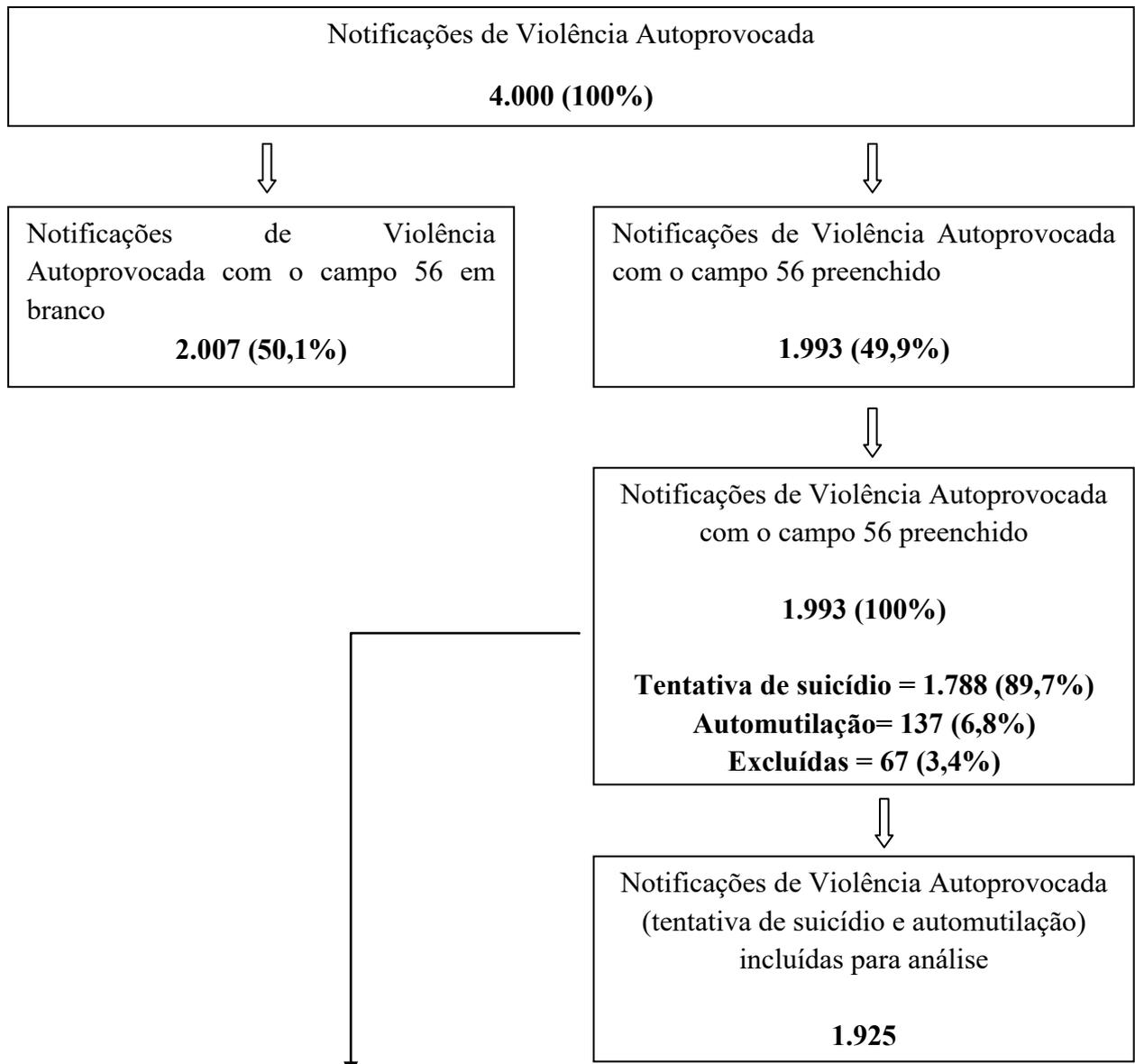
("Suicide, Attempted" OR "Self Mutilation" OR "self inflicted violence") AND ("Prevalence" OR "Epidemiology" OR "Risk Factors" OR "associated factors")

Any Field: ("Suicide, Attempted" OR "Self Mutilation" OR "self inflicted violence") **AND Any Field:** "Epidemiology" **AND Year:** 2014 To 2018

Apêndice 2. Fluxograma de seleção de artigos para revisão sistemática



Apêndice 3. Fluxograma de seleção das notificações de violência autoprovocada por adolescentes

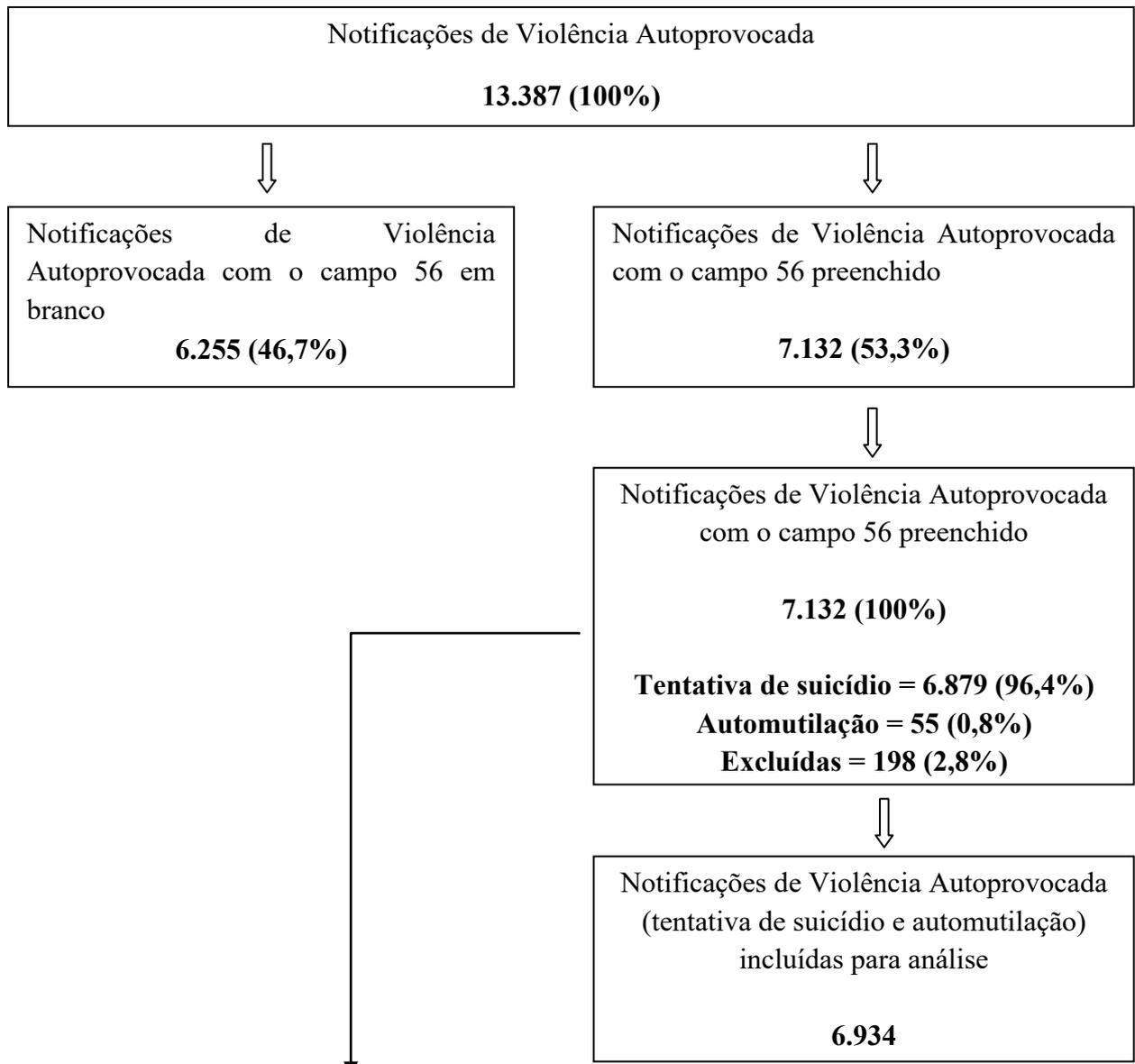


Foram consideradas **tentativas de suicídio** as fichas preenchidas com: Tentativa de suicídio (1482), autointoxicação – abuso de medicação, drogas e álcool (212), lesão autoprovocada (77), autointencional (4), automutilação com ideação suicida (5), arma de fogo (2), automutilação e tentativa de suicídio (2), contra si (3) e enforcamento (1).

Foram consideradas **automutilações** as fichas preenchidas com: automutilação (122), autoagressão (11), autopunição (1) e cortes (3).

Foram **excluídas** as fichas que não se encaixam nos critérios de notificação de violência autoprovocada: suicídios (15) e a ideação suicida (24), violência fetal (4), acidental (2), preenchido com o número 2 (4), autonegligência (8), hematomas (1), problemas familiares (2), depressão (1), desafio (1), ignorado (4), bullying (1).

Apêndice 4. Fluxograma de seleção das notificações de violência autoprovocada por adultos



Foram consideradas **tentativas de suicídio** as fichas preenchidas com: Tentativa de suicídio (5566), autointoxicação – abuso de medicação, veneno, drogas e álcool (995), lesão autoprovocada (259), autointencional (25), enforcamento (10), jogou-se de altura (9), arma de fogo (5), violência própria pessoa (3); agressão a si mesma (2), colocou fogo em si (2), colocou fogo no carro (1), jogou-se em frente a veículo (1) e afogamento (1).

Foram consideradas **automutilações** as fichas preenchidas com: automutilação (42), autoagressão (11), cortes (1) e canivete (1)

Foram **excluídas** as fichas que não se encaixam nos critérios de notificação de violência autoprovocada: suicídios (129) e a ideação suicida (10), preenchido com o número caracteres inválidos (números 2, 0, XXX e ,) (11), depressão (10), problemas familiares (5), fetal (4), aborto (4), não citado ou não sabe (4); violência fetal (2), violência verbal (2), acidente (2), autonegligência (2) angustia (1), autonegligência ao tratamento de sífilis (1), moral (1), separação (1), via pública (1); boate (1), Chantagem (1), problema pessoal (1), outros (1), perdas (1); spray de pimenta (1), psíquica (1), transtorno (1).

ANEXOS

Anexo A. Instruções para colaboradores - Revista Ciência & Saúde Coletiva

INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia. Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicado sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler e download, e para copiar e divulgar para fins educacionais. A Revista Ciência & Saúde Coletiva aceita artigos em preprints de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente. Orientações para organização de números temáticos A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates interpares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país. Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos. O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de

uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema. Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não. Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês. Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz. Especificamente em relação aos artigos qualitativos, deve-se observar no texto – de forma explícita – interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica inserida no diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva. A revista C&SC adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço. Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres. Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área. Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço. Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço. Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas

ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg. Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço). Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte. Apresentação de manuscritos Não há taxas e encargos da submissão 1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos. 2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .doc) e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site. 3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original. 4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos. 5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000). 6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos. 7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores. 8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.). 9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no

máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/keywords. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chave na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/ MeSH. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/> e <http://decs.bvs.br/>). 10. Na submissão dos artigos na plataforma da Revista, é obrigatório que apenas um autor tenha o registro no ORCID (Open Researcher and Contributor ID), mas quando o artigo for aprovado e para ser publicado no SciELO, todos os autores deverão ter o registro no ORCID. Portanto, aos autores que não o têm ainda, é recomendado que façam o registro e o validem no ScholarOne. Para se registrar no ORCID entre no site (<https://orcid.org/>) e para validar o ORCID no ScholarOne, acesse o site (<https://mc04.manuscriptcentral.com/cscscielo>), e depois, na página de Log In, clique no botão Log In With ORCID iD.

Autoria 1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

Nomenclaturas 1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas 1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada), salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editoreschefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído

um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto. 4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excel e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de “quebra de página”. Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9). 5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso “copiar e colar”) e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9). 6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso “copiar/colar”. Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte. 7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso. Agradecimentos 1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas. 2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões. 3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição. Referências 1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al. 2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo: ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” 11

(p.38). ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade...” As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. 3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). 4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>) 5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação. Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (incluir todos os autores sem utilizar a expressão et al.) Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Eqüidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.
- Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, OliveiraFilho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.
2. Instituição como autor The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284.
3. Sem indicação de autoria Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84(2):15.
4. Número com suplemento Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl.1):71-84.
5. Indicação do tipo de texto, se necessário Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson’s disease [carta]. *Lancet* 1996; 347(9011):1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor Cecchetto FR. Violência, cultura e poder. Rio de Janeiro: FGV; 2004.
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.
7. Organizador ou compilador como autor Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes; 2004.
8. Instituição como autor Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.
9. Capítulo de livro Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.
10. Resumo em Anais de congressos Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.
11. Trabalhos

completos publicados em eventos científicos Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582. 12. Dissertação e tese Carvalho GCM. O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001 [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002. Gomes WA. Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001. Outros trabalhos publicados 13. Artigo de jornal Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12 Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5). 14. Material audiovisual HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995. 15. Documentos legais Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set. Material no prelo ou não publicado Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996. Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004. Material eletrônico 16. Artigo em formato eletrônico Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet]. 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm> Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf> 17. Monografia em formato eletrônico CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995. 18. Programa de computador Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993. Os artigos serão avaliados através da Revisão de pares por no mínimo três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito se tiver dois pareceres favoráveis e rejeitado quando dois pareceres forem desfavoráveis.