

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

ISADORA SILVEIRA LIGÓRIO

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE CASOS DE VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA  
NO RIO GRANDE DO SUL NO PERÍODO DE 2014 A 2017**

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lívia Maria Bedin Tomasi  
Orientadora

Porto Alegre  
2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

ISADORA SILVEIRA LIGÓRIO

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE CASOS DE VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA  
NO RIO GRANDE DO SUL NO PERÍODO DE 2014 A 2017**

Artigo apresentado como requisito parcial para a aprovação no Trabalho de Conclusão de Curso do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lívia Maria Bedin Tomasi  
Orientadora

Porto Alegre  
2018

## **Título**

Perfil sociodemográfico de casos de violência autoprovoçada no Rio Grande do Sul no período de 2014 a 2017

**Resumo:** A violência autoprovoçada caracteriza-se por lesões intencionais que uma pessoa inflige em si mesma e engloba comportamentos de autoagressões, tentativa de suicídio e suicídio. De acordo com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período de 2011 a 2016, foram notificados 176.226 casos de lesão autoprovoçada no Brasil, com maior concentração nas regiões Sudeste e Sul para ambos os sexos. Autoagressão e tentativa(s) prévia(s) de suicídio são consideradas grandes fatores de risco para o suicídio consumado. Em 2015, no Brasil, o suicídio foi considerado a quarta maior causa de mortalidade por fatores externos, apresentando tendência de crescimento para os próximos anos. Por ser um grave problema de saúde pública mundial e por apresentar altas taxas de prevalência no Rio Grande do Sul, o artigo tem como objetivo analisar o perfil sociodemográfico de casos de violência autoprovoçada no RS, no período de 2014 a 2017, além de avaliar os meios de violência predominantes e características associadas. Trata-se de um estudo quantitativo e descritivo, em que foram realizadas análises descritivas (frequências) e de associação (qui-quadrado). Participaram deste estudo 13.820 casos de violência autoprovoçada, com média de idade de 34,27 anos ( $DP=16,12$ ), sendo 64,78% do sexo feminino. Os dados foram extraídos do SINAN, a partir das fichas de notificação individual de violência interpessoal/autoprovoçada (FIN-SINAN). Os resultados indicaram maior prevalência de casos de lesão autoprovoçada em mulheres, solteiras, de ensino fundamental incompleto, na faixa etária do início da adolescência até a vida adulta, de zona urbana, em que a maior parte das ocorrências aconteceram na residência e apresentaram caráter repetitivo. Casos de violência autoprovoçada ainda são subnotificados, o que faz com que o acesso aos dados populacionais seja limitado. Estudos sobre violência autoprovoçada ainda são incipientes no Brasil. O registro desses eventos é necessário para compreender a sua prevalência, magnitude e gravidade. Os resultados obtidos, em sua maioria, corroboram com os dados encontrados na literatura. A notificação imediata desses eventos pode ser pensada como uma estratégia de prevenção para novas lesões, tentativas ou concretização do suicídio.

**Palavras-chave:** lesão autoprovoçada; tentativa de suicídio; autoagressão.

## Agradecimentos

Muitas pessoas foram fundamentais ao longo da minha trajetória pessoal e acadêmica. Ao longo dessa caminhada, alguns familiares, amigas (os) e colegas, se destacaram como importantes figuras de apoio para mim. Portanto, estes agradecimentos são direcionados a elas.

Primeiramente, agradeço aos meus pais por tornarem possível o sonho de me graduar em uma Universidade Federal. Obrigada por me incentivarem e proporcionarem as condições necessárias para que isso se concretizasse. À minha mãe, Ana, agradeço por todo o companheirismo, empenho e abertura ao longo desses anos. Tenho certeza que não deve ter sido fácil, mas é gratificante ver o quanto nos permitimos crescer juntas. Ao meu pai, Carlos, também sou grata pela sua determinação e pelo seu espírito incansável de levar a vida. A confiança e o apoio de vocês me inspiram a ir além.

Aos meus irmãos: vocês são meu porto seguro e com quem eu tenho a certeza que posso contar. João, teu afeto e espontaneidade são características admiráveis. Por vezes, gostaria de parar o tempo, pois você nos ajuda a lembrar de como é importante cultivar nossa criança interior e ver o mundo com a graça e a leveza da infância. Carolina, teu jeito doce, mas ao mesmo tempo de garra, são fonte de inspiração para mim e é incrível ver como a gente se completa. Fernando, tua persistência, ânimo e coragem me impulsionam e me incentivam a ir atrás dos meus objetivos. Agradeço a vida por ter me dado o privilégio de ter vocês como grandes companheiros de jornada.

As minhas avós, sou grata pelo apoio incondicional e por todo o carinho. Ao meu avô materno (*in memoriam*), agradeço por todo o afeto e por ter me transmitido o gosto e a curiosidade pelos estudos. Não é à toa que sempre seremos uma dupla: Dodô e Dodó. As (aos) minhas (meus) tias (os) e primos (as) obrigada por todo apoio e sentimento de união. Apesar da distância, sei que estamos próximos e ao alcance um do outro. Ao meu padrasto, Zé, que veio para ampliar nossas perspectivas de existência, agradeço pela dedicação, acolhimento e pela oportunidade de ganhar um segundo pai.

Também agradeço a todas (os) minhas (meus) amigas (os), que foram fonte de suporte ao longo de todos esses anos. Com certeza essa trajetória teria sido muito mais dura sem os encontros e as risadas compartilhadas com vocês. Em especial, agradeço a minha amiga Lu, por todo o apoio e por compartilhar comigo as dores e as delícias dessa jornada. Tua amizade foi essencial nesses últimos anos.

A todas (os) as (os) supervisoras que auxiliaram na construção da minha formação, obrigada pela disponibilidade em compartilhar o conhecimento de vocês de forma construtiva e ética. A minha equipe de pesquisa da PUCRS: vocês são profissionais e pessoas incríveis, as quais tenho muito orgulho de ter por perto. Obrigada por todos os ensinamentos que vocês me proporcionam a cada encontro. Mais do que colegas, ganhei amigas (os). Em tempos difíceis, vocês me fortalecem e me dão esperança de um futuro melhor e de resistência. Juntas (os) somos mais fortes!

Ao Prof. Dr. William Barbosa Gomes, obrigada por me introduzir ao mundo da pesquisa e por despertar em mim o gosto pela Ciência. A minha orientadora acadêmica, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lívia Maria Bedin Tomasi, sou grata pela ajuda e confiança, as quais foram determinantes na construção desse artigo. Também agradeço a minha orientadora Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Luísa Fernanda Habigzang, por ter me acolhido de braços abertos no seu grupo de pesquisa e pelos valiosos ensinamentos. Os esforços que você dedica ao trabalho e os frutos que provém dele são admiráveis.

Por fim, agradeço a minha psicóloga, Júlia Schafer, que teve papel fundamental na reta final dessa empreitada. Obrigada por me ensinar a navegar e mergulhar na minha imensidão. Sem tua ajuda, as coisas estariam mais difíceis. Os resultados do teu trabalho só reforçam a importância do nosso.

## Sumário

<b>1 Introdução.....</b>	<b>8</b>
<b>2 Método.....</b>	<b>13</b>
2.1 Participantes.....	13
2.2 Instrumento.....	14
2.3 Procedimentos de coleta.....	14
2.4 Procedimentos de análise.....	14
2.5 Procedimentos éticos.....	15
<b>3 Resultados.....</b>	<b>16</b>
3.1 Análises de frequência.....	17
3.2 Análises de frequência e medidas de associação.....	17
<b>4 Discussão.....</b>	<b>22</b>
<b>5 Conclusões.....</b>	<b>27</b>
<b>Referências.....</b>	<b>29</b>



## 1 Introdução

A violência autoprovocada caracteriza-se por lesões intencionais que uma pessoa inflige em si mesma e engloba comportamentos de autoagressões, tentativa de suicídio e suicídio. Os limites entre autonegligência, ideação suicida, comportamento suicida e suicídio consumado são sutis, visto que podem ser parte do mesmo espectro, que tem como um dos seus extremos o ato suicida, o qual pode ser antecedido por diferentes níveis de comportamentos autolesivos, que não necessariamente ameaçam a vida do indivíduo. Além disso, nem todo pensamento sobre a morte ou o desejo de morrer resulta em tentativas de suicídio ou são evidências de algum risco (Bahia, Avanci, Pinto, & Minayo, 2017).

O comportamento de autoagressão, ou autolesivo, é considerado um fenômeno complexo e apresenta diversas definições, o que dificulta sua caracterização. Na literatura, utilizam-se termos como comportamento suicida, autoagressão, automutilação, “*nonsuicidal self-injury*”, “*self-injury*”, “*self-harm*”, “*deliberate self-harm*”, “*self-mutilation*”, nos quais, segundo Medeiros (2016), podem estar englobados diferentes tipos de comportamentos autodestrutivos, em que a intenção suicida pode estar presente ou não.

No presente artigo, a autoagressão é entendida como qualquer comportamento intencional que envolve agressão direta ao próprio corpo (Favazza, 1998; Giusti, 2013), independentemente do nível de intenção ou grau de motivação suicida (Curtis, Thorn, McRoberts, Hetrick, Rice, & Robinson, 2018). Exemplos comuns incluem cortes, queimaduras, arranhões e bater em si próprio ou em algo, sendo comum a utilização de múltiplos métodos por uma mesma pessoa (Klonsky, Victor, & Saffer, 2014). Outros exemplos incluem ingerir uma quantidade de fármacos acima das doses terapêuticas sugeridas, fazer uso de substâncias psicoativas com propósito declaradamente autoagressivo e ingerir substâncias tóxicas ou objetos com a intenção de causar dano a si mesmo (Guerreiro & Sampaio, 2013; Moran et al., 2012).

Por vezes, a autoagressão é um ato isolado, todavia muitos indivíduos apresentam mais de um episódio, ou histórico recorrente de comportamentos autolesivos (Edmondson, Brennan, & House, 2016). A autoagressão frequentemente está associada a um intenso sofrimento emocional ou psicológico e a um maior risco de problemas de saúde mental e suicídio (Klonsky et al., 2014; Curtis et al., 2018). Por mais que esses comportamentos estejam relacionados a um elevado risco de suicídio, nem todas as pessoas que se autoagridem têm como objetivo tirar a própria vida. Nesses casos, esse tipo de comportamento pode ser

considerado como uma tentativa de regulação emocional, a fim de aliviar algum sofrimento ou manejar emoções muito intensas (Curtis et al., 2018; Berger, Hasking, & Martin, 2017).

Em uma revisão de literatura recente (Edmondson et al., 2016), que buscou investigar as razões por trás de lesões autoprovocadas sem intenção de suicídio, foi encontrado que a maioria desses comportamentos foram causados com o intuito de administrar uma angústia ou aflição, ou para regular as emoções. Aliviar, mudar o foco, acalmar-se e distrair-se da dor emocional foram algumas das principais motivações encontradas para autoagredir-se. Exercer influência interpessoal como forma de conseguir ajuda, atenção, ter suas necessidades emocionais atendidas, ou demonstrar o tamanho da sua dor também apareceram como razões frequentes de autolesões. Um pouco mais da metade dos estudos encontrou evidências que sustentam a ideia de autoagressão como forma de autopunição e, por vezes, como forma de punir os outros, ou provocar criticismo e punições de terceiros.

Ainda, quase metade dos artigos apontou uma associação entre autolesão e experiências dissociativas, incluindo tanto a indução de um estado dissociativo, como entorpecimento, quanto para pôr fim a uma dissociação, com a intenção de trazer suas sensações e uma noção de realidade de volta. Ainda, um número menor de estudos identificou a autoagressão como uma forma de buscar sensações, adrenalina, sentir-se mais vivo e excitado. Outra pequena porcentagem apontou a autoagressão como forma de evitar o suicídio, e manter ou definir/explorar limites em relação ao seu corpo e aos outros. Por fim, a função com menos sustentação encontrada na literatura, associou a autolesão como forma de expressar e lidar com a sexualidade, sendo, em alguns casos, a sensação obtida pelas lesões comparada com as sensações do ato sexual (Edmondson et al., 2016).

A autoagressão é considerada um problema de saúde pública mundial e um dos maiores fatores de risco para o suicídio consumado (Moran et al., 2012; Vidal, Gontijo, & Lima, 2013), junto com o histórico de tentativa(s) prévia(s) de suicídio, que é apontado como o maior preditor de uma nova tentativa (Hovanesian, Isakov, & Cervellione, 2009; WHO, 2014), já que o risco de suicídio aumenta de acordo com o número de tentativas e está associado a menores intervalos de tempo entre cada episódio (Vidal et al., 2013). Apesar de existirem diferenças entre autoagressão sem intenção suicida e tentativa de suicídio, a coocorrência desses dois comportamentos é significativa entre adultos e adolescentes e a presença de ambos comportamentos está associada a uma sintomatologia mais severa (Andover, Morris, Wren, & Bruzzese, 2012). Estima-se que para cada caso de suicídio existam pelo menos dez tentativas com gravidade suficiente para precisar de cuidados

médicos e que para cada adulto que comete suicídio há mais de vinte outras tentativas (WHO, 2014; Vidal e al., 2013).

Frequentemente, o que leva uma pessoa a apresentar comportamentos autolesivos e/ou suicidas é uma combinação de muitos fatores (culturais, sociais, ambientais, biológicos e psicológicos), que agem de maneira cumulativa e aumentam a vulnerabilidade para essas condutas (Ferreira & Trichês, 2014). Portanto, para compreender a manifestação das diferentes formas de violência autoprovocada, foi adotada a perspectiva do modelo bioecológico de Bronfenbrenner (1999), em que o desenvolvimento humano se dá pela interconexão do contexto e do indivíduo, em um processo bidirecional. As características biopsicológicas dos seres humanos tanto em nível individual, quanto social, se desenvolvem de forma contínua por meio de uma interação recíproca entre um sujeito ativo e as pessoas, contextos e símbolos do seu ambiente imediato. Sendo assim, entende-se que a interação desses fatores, junto com a história de vida e características pessoais do indivíduo influenciam o surgimento desse tipo de comportamento.

Entre os fatores de risco associados especificamente à autolesão sem intenção suicida, menciona-se dificuldades de regulação emocional, eventos negativos ao longo da vida, sintomas e diagnósticos específicos como Transtorno de Personalidade Borderline, depressão, ansiedade e uso de substância como fatores de risco. Em relação à tentativa de suicídio aponta-se ideação suicida, comportamentos suicidas anteriores, conflitos interpessoais, transtornos psiquiátricos (i.e.: transtornos de humor, ansiedade e abuso de substância), psicopatologia parental, histórico familiar de comportamento suicida, e fatores ambientais como abuso e mau funcionamento familiar (Andover et al., 2012).

Entre outros fatores de risco para o suicídio, que estão ligados à sociedade e ao sistema de saúde, podemos citar: dificuldades em acessar os serviços de saúde e em receber os cuidados necessários, fácil acesso em obter meios para o suicídio e estigma contra as pessoas que buscam ajuda para lidar com comportamentos suicidas, ou problemas de saúde mental e abuso de substâncias. Riscos vinculados à comunidade e a relações interpessoais incluem guerras, desastres, estresse de aculturação (como entre povos indígenas ou pessoas refugiadas), discriminação, isolamento social, trauma, abuso, questões de orientação sexual, violência, perdas pessoais, relacionamentos interrompidos ou conflituosos, baixo suporte familiar ou social, problemas no trabalho e exposição a casos espetaculares pela vizinhança ou pelos meios de comunicação (WHO, 2014; Bahia et al., 2017; Souza, Alves, Silva, Lino, Nery, & Casotti, 2011; WHO, 2006).

A nível individual, tentativas anteriores de suicídio, transtornos mentais, uso prejudicial de álcool ou outras drogas, impulsividade, comportamentos autodestrutivos, baixa autoestima, desesperança, perda financeira ou de emprego, *status* socioeconômico e nível de educação baixos, doença física, dor crônica e histórico familiar de suicídio também são fatores de risco (WHO, 2014; Bahia et al., 2017; Souza et al., 2011; WHO, 2006).

Já fatores sociais, como a dinâmica familiar, a resposta ao estresse e a capacidade de resiliência devem ser considerados elementos de proteção ou não-proteção para o indivíduo (Ferreira & Trichês, 2014). Suporte social e familiar, fortes relações interpessoais, sistema de crenças pessoais e estratégias de enfrentamento positivas, crenças religiosas, culturais, e étnicas, integração e pertencimento social, vida social satisfatória, acesso a serviços e cuidados de saúde mental são considerados fatores protetivos, isto é, reduzem o risco de suicídio, portanto devem ser encorajados e fortalecidos (WHO, 2014; WHO, 2006).

De maneira geral, autoagressões, tentativas de suicídio e suicídio são subnotificados, o que faz com que o acesso aos dados reais desses fenômenos seja limitado (Botega, 2014). Apenas uma pequena porção das pessoas que se autoagridem recorrem a serviços de pronto atendimento ou hospitais. Desse modo, muitos dos dados sobre esse comportamento não chegam aos serviços clínicos ou ao conhecimento da comunidade (Hawton, Saunders, & O'Connor, 2012). Em relação às tentativas de suicídio, estima-se que a cada três tentativas apenas uma receba atenção dos serviços de saúde e que somente os casos mais graves recorram a atendimento. Frequentemente, esses ferimentos são tratados apenas de maneira emergencial devido às lesões que causam, ao invés de receberem um acompanhamento ambulatorial de mais tempo para monitorar a evolução do caso (Bahia et al., 2017).

Além dos estigmas religiosos, culturais, sociais e familiares (Souza et al., 2011), outro fator que contribui para a subnotificação são as diferentes fontes de informações, em diferentes contextos, que acabam não contribuindo para a padronização do registro, podendo interferir no tipo de notificação. Nas declarações de óbito por causas externas, por exemplo, casos suspeitos de suicídio podem ser notificados como mortes acidentais por envenenamento ou por outras causas externas de mortalidade como acidente automobilístico, afogamento, ou “morte de causa indeterminada”. Ainda, em casos onde o auxílio médico é necessário, é comum que seja registrado apenas a lesão ou o trauma decorrente das tentativas (Vidal et al., 2013; Botega, 2014).

No Brasil, em 2006, o Ministério da Saúde implementou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), que tem como objetivo ampliar o monitoramento de casos de violências e acidentes em todos os ciclos de vida. Antes, a descrição das características desses

casos limitava-se aos dados obtidos pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS) e, ocasionalmente, pelas análises dos boletins de ocorrência policial (BO) e pesquisas específicas (Ministério da Saúde, 2016).

A fim de universalizar a notificação para todos os serviços de saúde, atualmente, o Viva tem como um dos seus componentes o sistema de vigilância contínua (Viva Contínuo/SINAN), que capta dados de violência interpessoal/autoprovocada a partir da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Além disso, a partir da Portaria MS nº 1.271/2014, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos em Saúde Pública, a tentativa de suicídio passa a ser um agravo de notificação obrigatória e imediata, em que a Secretaria Municipal de Saúde deve ser notificada dentro de 24 horas, para poder vincular essas pessoas aos serviços de saúde como forma de intervenção em saúde e prevenção de novos casos (Ministério da Saúde, 2016).

De acordo com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período de 2011 a 2016, foram notificados 176.226 casos de lesão autoprovocada no Brasil, com maior concentração nas regiões Sudeste e Sul para ambos os sexos. Dessas notificações, 48.204 (27,4%) foram consideradas tentativas de suicídio, e do total de casos de lesão autoprovocada, a maioria (65,9%) foi cometida por mulheres. No intervalo de tempo estudado, percebeu-se um aumento no número de notificações de lesão autoprovocada em ambos os sexos (209,5% para as mulheres e 194,7% para os homens) (Ministério da Saúde, 2017a).

Segundo as notificações do SINAN, casos de lesão autoprovocada e tentativa de suicídio são mais predominantes em mulheres brancas, com ensino fundamental incompleto ou completo, nas faixas etárias da adolescência (10-19 anos) e adulto jovem (20-39 anos), residentes de zonas urbanas, onde a maioria dos casos aconteceram dentro da residência. Ainda, o SINAN aponta que boa parte das notificações indicam presença de deficiência/transtorno, mais prevalente nos homens, e caráter repetitivo nas lesões autoprovocadas e nas tentativas de suicídio, mais prevalente entre as mulheres. No entanto, ressalta-se que tanto os dados de deficiência/transtorno, quanto os de caráter repetitivo apresentaram um número significativo de preenchimentos incompletos e que, portanto, esse número pode ser ainda maior (Ministério da Saúde, 2017a).

Em relação ao suicídio, segundo a Organização Mundial da Saúde, em 2015, em todo o mundo, 800.000 pessoas cometeram suicídio, tornando-se a 17ª maior causa de mortalidade na população geral, sendo mais letal que o número de mortes por homicídio e em guerras ou

conflitos juntos. Entre os jovens de 15 a 29 anos, o suicídio é a segunda principal causa de morte (WHO, 2017; WHO, 2018a). No Brasil, segundo o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), no período de 2011 a 2015, a taxa geral de suicídio foi de 5,5/100 mil habitantes e o risco de suicídio no gênero masculino foi aproximadamente quatro vezes maior, quando comparado ao gênero feminino. Além disso, o suicídio foi considerado a quarta maior causa de mortalidade entre pessoas de 15 a 29 anos e, assim como no resto do mundo, apresenta tendência de crescimento para os próximos anos (Ministério da Saúde, 2017b). Já o Rio Grande do Sul foi considerado o estado com maiores índices de óbito por suicídio, apresentando 10,3 óbitos a cada 100 mil habitantes (Ministério da Saúde, 2017a).

A notificação de atos de violência autoinfligida é necessária para compreender a magnitude e gravidade, bem como identificar a prevalência do fenômeno em determinadas regiões, para que estratégias de prevenção e promoção de saúde possam ser pensadas para esse tipo de população. A partir dos dados obtidos pelo SINAN, o artigo se propõe a analisar o perfil sociodemográfico de casos de violência autoprovocada no RS, no período de 2014 a 2017, por meio da percepção dos profissionais que preencheram a ficha de notificação. Além disso, tem como objetivo avaliar os meios de violência predominantes e características associadas. Apesar do termo violência autoprovocada abranger o suicídio, o artigo não incluirá resultados acerca desse tema, visto que os dados sobre mortalidade por suicídio no Brasil são computados por meio de atestados de óbitos compilados pelo Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde.

## **2 Método**

### **2.1 Participantes**

Os dados sobre lesões autoprovocada pertencem ao componente de Vigilância de Violências e Acidentes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (VIVA/SINAN), foram extraídos a partir das Fichas Individuais de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada (FIN-SINAN) e são relativos ao estado do Rio Grande do Sul, no período de janeiro de 2014 até junho de 2017. Participaram deste estudo 13.820 casos de violência autoprovocada, com média de idade de 34,27 anos ( $DP=16,12$ ), variando de 10 a 101 anos de idade. Segundo os dados, 64,78% dos casos eram do sexo feminino e 35,22% eram do sexo masculino. Em relação à faixa etária, 19,13% tinha de 10 a 18 anos, 21,59% de 19 a 27 anos, 20,83% de 28 a 37 anos, 19,02% de 38 a 48 anos e 19,43% apresentava 49 anos

ou mais. Casos com idade menor do que 10 anos foram excluídos, pois representavam menos de 1% da amostra.

## **2.2 Instrumento**

Para o preenchimento das notificações dos casos de violência autoprovocada é utilizada a Ficha Individual de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada (FIN-SINAN, disponível em [http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/via/violencia\\_v5.pdf](http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/via/violencia_v5.pdf)), que é usada para informar casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. A notificação individual de violência interpessoal e autoprovocada é compulsória nos casos que envolvem crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas. Ainda, indígenas, pessoas com deficiência e a população LGBT também são incluídos, já que são grupos de maior vulnerabilidade. A ficha de notificação individual é estruturada em dez blocos: Dados Gerais, Notificação Individual, Dados de Residência, Dados da Pessoa Atendida, Dados da Ocorrência, Violência, Violência Sexual, Dados do Provável Autor da Violência, Encaminhamento e Dados Finais; além de campos destinados para informações complementares e observações (Ministério da Saúde, 2016).

## **2.3 Procedimentos de coleta**

O preenchimento de coleta de dados da ficha foi realizado por profissionais da área da saúde de diferentes locais como hospitais, pronto-atendimentos, Unidades Básicas de Saúde, serviços ou centros de referência para violências, centros de referência para DST/aids, ambulatórios especializados, entre outros. Ressalta-se que as condições de preenchimento da FIN-SINAN, assim como sua exportação para plataforma virtual são procedimentos internos previstos pela equipe do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS/RS), que estão sujeitos à organização administrativa dos serviços de saúde do estado. Sendo assim, os pesquisadores não controlaram os procedimentos de coleta de dados da FIN-SINAN e o registro dessas informações na plataforma virtual.

## 2.4 Procedimentos de análise

Os dados foram analisados por estatísticas descritivas (medidas de tendência central, dispersão e frequências), a fim de traçar o perfil sociodemográfico dos casos. Também foram realizadas estatísticas inferenciais de associação (qui-quadrado) entre as características sociodemográficas e as variáveis relacionadas à violência autoprovocada. Para a análise descritiva dos dados foram utilizadas as variáveis sexo, idade, raça, escolaridade, orientação sexual, situação conjugal, meios de agressão, zona e local de ocorrência, presença de deficiência/transtorno, caráter repetitivo e encaminhamentos. Já para as análises de associação consideraram-se as variáveis meios de agressão, caráter repetitivo da lesão, situação conjugal, faixa etária, sexo e nível de escolaridade. Os dados foram analisados por meio do *Software* SPSS versão 21.

Para a análise, dados marcados na ficha com a opção “ignorado”, isto é, situações em que o profissional não pôde obter essas informações, também foram considerados como *missings*. Na ficha, também há a opção “não se aplica” para algumas informações, ou seja, situações em que a pergunta não tem sentido para a população investigada (por exemplo, gestação para pessoas do sexo masculino). Nesse caso, os dados foram considerados para as análises de frequências, mas não para as de associação, pois poderiam enviesar os resultados.

## 2.5 Procedimentos éticos

Os dados deste artigo foram retirados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), por meio de uma parceria entre o Grupo de Pesquisa Violência, Vulnerabilidade e Intervenções Clínicas (GPeVVIC, PUCRS) e o Núcleo de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS/RS), e são relativos a casos de violência autoprovocada no Rio Grande do Sul no período de 2014 a 2017. Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer de número 930.888, o CEVS disponibilizou aos pesquisadores um banco de dados com 121.375 notificações de casos de violência em geral realizadas entre 2006 a 2017, incluindo vítimas da infância à terceira idade. Para o presente estudo, optou-se por trabalhar apenas com os casos de violência autoprovocada.

A notificação é compulsória, em conformidade com a legislação, universalizando a notificação para todos os serviços de saúde, e não se restringe a uma ou outra categoria profissional. A ficha deve ser preenchida em duas vias: uma para a unidade notificadora e a outra encaminhada ao setor municipal responsável pela Vigilância Epidemiológica ou

Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) para digitação e consolidação dos dados. A responsável pela implementação da vigilância contínua de violências é a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que realiza a digitação, a consolidação, a análise dos dados, a disseminação das informações e o envio das bases para as respectivas Secretarias de Estado de Saúde (SES) e, posteriormente, ao Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2017a; Ministério da Saúde, 2016).

### **3 Resultados**

A seguir, são apresentados os resultados das análises de frequência dos dados, assim como dos testes de associação. Para fins de esclarecimento, os meios de agressão analisados no artigo foram: agressão por força corporal/ espancamento, enforcamento, objeto contundente, objeto perfuro-cortante, substância/objeto quente, envenenamento/intoxicação, arma de fogo, ameaça e outras lesões (não especificadas). Já a variável caráter repetitivo indica que a mesma pessoa já havia cometido alguma outra lesão autoprovocada anteriormente.

Em relação à idade, optou-se por dividir a amostra por dividir a amostra em cinco grupos (10-18 anos, 19-27 anos, 28-37 anos, 38-48 anos e 49 anos ou mais), para que representassem aproximadamente 20% dos casos cada. Dados referentes a escolaridade também foram reunidos em grupos de: a) analfabetos até a 4ª série completa; b) 5ª a 8ª série incompleta; c) ensino fundamental completo; d) ensino médio incompleto; e) ensino médio completo; g) ensino superior completo e incompleto, buscando uma distribuição mais adequada para as análises posteriores.

#### **3.1 Análises de frequência**

Ao investigar a frequência dos meios de agressão, dos 13.820 casos de violência autoprovocada, 35,9% foram por envenenamento/intoxicação, 15,76% por enforcamento, 12,10% por objeto perfuro-cortante, 4,97% por agressão corporal/ espancamento, 2,33% por arma de fogo, 1,81% por substância/objeto quente, 1,28% por objeto contundente, 2,79% foram considerados ameaça e 31,6% foram notificados como outras agressões. A ocorrência de lesão autoprovocada concentrou-se na faixa etária de 13 a 36 anos, representando 55,74% dos casos. Ainda, destaca-se a concentração de casos na faixa etária dos 14 aos 17 anos de idade, compondo quase 10% da amostra.

Em relação à raça, a maioria (82,58%) era de brancos, 8,27% pardos, 4,73% pretos, 0,27% indígenas, 0,24% amarelos e em 3,9% dos casos a raça não foi informada. Do total da amostra, 11,9% pertencia ao grupo de analfabetos até a 4ª série completa, 18,95% tinha da 5ª a 8ª série incompleta, 10,3% possuía o ensino fundamental completo, 9,52% ensino médio incompleto, 12,19% ensino médio completo, 4,9% ensino superior incompleto e completo, e em 0,02% essa informação foi marcada como “não se aplica”. Em grande parte dos casos, dados sobre escolaridade não foram preenchidos ou foram ignorados (32,22%).

Em relação à zona do acontecimento, 86,84% aconteceram em zonas urbanas, 11,24% em zonas rurais e 1,93% em zonas periurbanas. A maior parte dos casos (88,11%) ocorreu na residência, seguidos de 5,22% em via pública e 6,68% em diferentes locais. No que concerne à orientação sexual, 40,12% eram heterossexuais, 1,72% eram homossexuais/gays/lésbicas ou bissexuais, em 6,24% essa informação foi marcada como “não se aplica” e em 51,9% dos casos essas informações não foram preenchidas. Ainda, 36,14% possuíam alguma deficiência ou transtorno e 17,44% dos dados acerca dessa informação foram considerados *missings*. Apesar do grande número de dados não preenchidos, o encaminhamento mais frequente foi para a Rede de Saúde (53,23%), seguido da Rede de Assistência Social (9,11%).

A análise de notificações de lesões autoprovocada avaliadas segundo o sexo indicaram que, no caso das mulheres, concentraram-se na faixa etária de 13 a 36 anos (62,74%). De modo geral, as características predominantes foram: solteira (47,08%), heterossexual (83,69%), com 5ª a 8ª série completa (27,98%), não possuíam deficiência ou transtorno (55,61%), de zona urbana (86,89%), em que o local da ocorrência foi na residência (90,62%) e a lesão era de caráter repetitivo (54,5%). Já em relação aos homens, maior concentração na faixa etária de 15 a 32 anos (43,16%). A análise aponta que a maioria era solteiro (54,46%), heterossexual (82,98%), foi mais frequente em pessoas com 5ª a 8ª série completa (27,92%), não possuíam deficiência ou transtorno (57,37%), de zona urbana (80,87%), em que o local da ocorrência foi na residência (83,48%) e a lesão não tinha caráter repetitivo (59,57%).

### **3.2 Análises de frequência e medidas de associação**

Apesar de aproximadamente 20% das informações terem sido ignoradas, 39,28% dos casos apresentaram caráter repetitivo, ou seja, a mesma pessoa já havia cometido lesão autoprovocada anteriormente. Quando comparada a variável meios de agressão e a recorrência das lesões, agressão corporal/espancamento (55,31%), agressão por objeto perfuro-cortante (61,16%), agressão por objeto/substância quente (62,91%) e ameaça

(66,25%) apresentaram maior prevalência de lesão autoprovocada de caráter repetitivo, com associação significativa ( $p < 0,01$ ). Por outro lado, aqueles que cometeram agressão por enforcamento (62,34%) e arma de fogo (80%) apresentaram menor caráter repetitivo, com associação significativa ( $p < 0,01$ ) (Tabela 1).

Tabela 1

### Análise de comparação entre meios de agressão e caráter repetitivo

Meio de Agressão	Caráter repetitivo		X <sup>2</sup>
	Sim	Não	
Corporal/espancamento	55,31%	44,69%	8,44**
Enforcamento	37,66%	62,34%	110,47**
Obj.Contundente	54,73%	45,27%	1,72
Obj.Pérfuro-cortante	61,16%	38,84%	89,21**
Obj./Subst.Quente	62,91%	37,09%	16,01**
Envenenamento/intoxicação	50,22%	49,78%	1,88
Arma de fogo	20%	80%	81,08**
Ameaça	66,25%	33,75%	36,94**
Outras Agressões	52,07%	47,93%	12,23**

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$

Referente à situação conjugal, 49,69% eram solteiros, enquanto que 38,07% eram casados ou tinham união consensual, 7,55% eram separados, 2,87% eram viúvos e em 1,81% essa variável não se aplicava. Casos de agressão por objeto pérfuro-cortante (60,86%) e envenenamento/intoxicação (52,43%) apresentaram associação significativa, com maior prevalência entre indivíduos solteiros ( $p < 0,01$ ). No entanto, agressão por arma de fogo (48,06%) e enforcamento (45,73%) foram mais frequentes em pessoas casadas/com união consensual, com associação significativa ( $p < 0,01$ ) (Tabela 2).

Tabela 2

### Análise de comparação entre meios de agressão e situação conjugal

Meio de Agressão	Situação Conjugal				X <sup>2</sup>
	Solteiro/a	Casado/a/União Consensual	Viúvo/a	Separada/o	
Corporal/espancamento	51,29%	36,89%	2,43%	9,39%	3,69
Enforcamento	41,42%	45,73%	4,58%	8,27%	88,07**
Obj.Contundente	55,84%	33,77%	0,65%	9,74%	5,53
Obj.Pérfuro-cortante	60,86%	30,3%	2,56%	6,28%	73,51**
Obj./Subst.Quente	49,31%	36,87%	5,53%	8,29%	5,45
Envenenamento/intoxicação	52,43%	37,66%	2,05%	7,87%	23,85**
Arma de fogo	39,22%	48,06%	4,24%	8,48%	15,73**
Ameaça	48,13%	38,9%	2,88%	10,09%	3,19
Outras Agressões	50,29%	39,87%	2,63%	7,2%	5,0

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$

Em alguns casos, constatou-se diferença estatisticamente significativa com relação à distribuição da variável meios de agressão segundo a faixa etária. Agressão corporal/espancamento foi mais prevalente no grupo de 19 a 27 anos (26,61%), enforcamento ocorreu predominantemente com pessoas que tinham 49 anos ou mais (34,25%), agressão com objeto contundente e agressão com objeto pérfuro-cortante foram mais frequentes na faixa etária dos 10 aos 18 anos (31,58% e 30,73%, respectivamente). Já agressão por meio de objeto ou substância quente aconteceu principalmente com pessoas que tinham 49 anos ou mais (28,93%), assim como agressão por arma de fogo, que ocorreu em 40,26% dos casos com essa mesma faixa etária. Por fim, envenenamento/intoxicação foi mais frequente na faixa etária dos 19 aos 27 anos (23,88%). Em todos os casos foram encontradas associações significativas ( $p < 0,01$ ), conforme se observa na Tabela 3.

Tabela 3

### **Análise de comparação entre meios de agressão e faixa etária**

---

**Faixa etária**

---

Meio de Agressão						X <sup>2</sup>
	10 a 18 anos	19 a 27 anos	28 a 37 anos	38 a 48 anos	49 anos ou mais	
Corporal/espancamento	21,08%	26,61%	20,48%	16,14%	15,7%	17,95**
Enforcamento	8,63%	16,42%	19,25%	21,46%	34,25%	462,1**
Obj.Contundente	31,58%	23,39%	10,53%	17,54%	16,96%	24,27**
Obj.Pérfuro-cortante	30,73%	20,63%	17,3%	15,02%	16,32%	171,83**
Obj./Subst.Quente	13,64%	19,01%	21,9%	16,53%	28,93%	16,95**
Envenenamento/intoxicação	18,3%	23,88%	22,33%	19,66%	15,84%	77,94**
Arma de fogo	12,14%	12,46%	18,53%	16,61%	40,26%	93,19**
Ameaça	19,2%	22,13%	22,4%	17,07%	19,2%	1,46
Outras Agressões	19,77%	23%	21,73%	19,84%	15,66%	56,11**

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$

Em relação a variável meios de agressão segundo o sexo, foram observadas associações estatisticamente significativas ( $p < 0,01$ ) em alguns casos como agressão corporal/espancamento (73,39%), envenenamento/intoxicação (73,58%) e ameaça (73,07%), que foram mais prevalentes em mulheres. Já os homens cometerem mais violência autoprovocada por meio de enforcamento (66,27%) e arma de fogo (80,19%) (Tabela 4).

Tabela 4

#### Análise de comparação entre meios de agressão e sexo

Meio de Agressão	Sexo		X <sup>2</sup>
	Feminino	Masculino	
Corporal/espancamento	73,39%	26,61%	23,07**
Enforcamento	33,73%	66,27%	1043,52**
Obj.Contundente	60,23%	39,77%	1,47
Obj.Pérfuro-cortante	63,36%	36,64%	1,28
Obj./Subst.Quente	59,5%	40,5%	2,8

Meio de Agressão	Sexo		X <sup>2</sup>
	Feminino	Masculino	
Envenenamento/intoxicação	73,58%	26,42%	261,14**
Arma de fogo	19,81%	80,19%	281,01**
Ameaça	73,07%	26,93%	11,77**
Outras Agressões	71,05%	28,95%	107,14**

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$

Também foram observadas associações estatisticamente significativas ( $p < 0,01$ ) em algumas distribuições relativas aos meios de agressão de acordo com o nível de escolaridade. Agressão por enforcamento foi mais comum no grupo de analfabetos até a 4<sup>a</sup> série completa e no de 5<sup>a</sup> a 8<sup>a</sup> série completa (28,77% e 28,18%, respectivamente). Agressão por objeto pérfuro-cortante e envenenamento/intoxicação ocorreram mais no grupo de 5<sup>a</sup> a 8<sup>a</sup> série completa (34,41% e 25,18%, respectivamente). Já a agressão por arma de fogo teve maior ocorrência no grupo de analfabetos até a 4<sup>a</sup> série completa (26,94%) (Tabela 5).

Tabela 5

#### Análise de comparação entre meios de agressão e escolaridade

Meio de Agressão	Grupo escolaridade						X <sup>2</sup>
	Analfabeto a 4 <sup>a</sup> série Completa	5 <sup>a</sup> a 8 <sup>a</sup> série Incompleta	Ensino Fundamental Completo	Ensino Médio Incompleto	Ensino Médio Completo	Ensino Superior Completo e Incompleto	
Corporal/espancamento	20,58%	26,96%	15,43%	12,35%	16,87%	7,82%	4,78
Enforcamento	28,77%	28,18%	13,31%	9,54%	14,57%	5,62%	157,82**
Obj. Contundente	14,29%	37,82%	11,76%	12,61%	14,29%	9,24%	7,4
Obj. Pérfuro-cortante	14,8%	34,41%	14,62%	16,46%	14,19%	5,52%	45,15**
Obj./Subst. Quente	16,55%	29,5%	19,42%	10,79%	16,55%	7,19%	3,15
Envenenamento/intoxicação	13,63%	25,18%	16,75%	16,18%	20,19%	8,09%	96,31**

Arma de fogo	26,94%	21%	15,98%	10,05%	19,18%	6,85%	18,52**
Ameaça	18,68%	27,11%	19,78%	11,36%	16,48%	6,59%	5,99
Outras Agressões	15,22%	29,06%	12,88%	14,83%	19,82%	8,19%	45,81**

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$

#### 4 Discussão

A violência autoprovocada compreende autoagressões, tentativa de suicídio e suicídio, que são lesões intencionais que uma pessoa inflige em si mesma (Bahia et al., 2017). Lesões autoinfligidas apresentam-se como fenômenos complexos e multicausais, pois englobam fatores culturais, sociais, ambientais, biológicos e psicológicos, que agem de forma cumulativa, influenciando na suscetibilidade do indivíduo em manifestar esses comportamentos (Ferreira & Trichês, 2014). Para buscar compreender esses casos adotou-se o modelo bioecológico de Bronfenbrenner (1999), já que esse entende que as características biopsicológicas das pessoas se desenvolvem e se afetam de maneira contínua por meio de um processo bidirecional de interação recíproca entre contexto e indivíduo. Logo, essa perspectiva auxilia na compreensão de como os as variáveis avaliadas podem influenciar no aparecimento de condutas autolesivas.

O artigo teve como objetivo analisar o perfil sociodemográfico de casos de violência autoprovocada no Rio Grande do Sul no período de 2014 a 2017 e avaliar quais os meios de violência predominantes e características associadas. Por falta de acesso a informações qualitativas da ficha de notificação, não foi possível diferenciar os casos de tentativa de suicídio de autogressão não suicida. Sendo assim, todos os casos foram considerados apenas como lesão autoinfligida.

O perfil encontrado a partir da amostra mostrou-se semelhante com outro estudo realizado a partir dos registros nacionais da FIN-SINAN (Ministério da Saúde, 2017a), em que a maioria dos casos ocorreram entre mulheres brancas, de ensino fundamental incompleto, na faixa etária do início da adolescência até a vida adulta, de zona urbana, em que a maior parte das ocorrências aconteceram na residência. No entanto, os dados referentes ao estado do Rio Grande do Sul apresentaram algumas diferenças em termos de caráter repetitivo e a presença de deficiência e/ou transtorno, em que essas variáveis apresentaram percentual significativamente maior, quando comparadas com os dados nacionais.

Corroborando com o estudo nacional (Ministério da Saúde, 2017a), observou-se que as lesões autoprovocadas foram mais prevalentes entre o gênero feminino. De acordo com a

literatura internacional, mulheres são mais propensas a relatar histórico de autolesão sem intenção suicida do que homens (Bresin & Schoenleber, 2015; Griffin, McMahon, McNicholas, Corcoran, Perry, & Arensman, 2018). No entanto, em relação à tentativa de suicídio, não há consenso na literatura sobre essa associação. Segundo pesquisa realizada pela Organização Mundial da Saúde (2014), não houve diferenças entre os gêneros para uma ou mais tentativas de suicídio em países de alta e baixa renda. Por outro lado, em países de renda média as mulheres tiveram mais tentativas de suicídio, com prevalência de 3 por 1000 em homens e 6 por 1000 em mulheres. Outros estudos também sugerem que tanto as tentativas de suicídio, quanto o risco de uma nova tentativa são maiores entre o gênero feminino (Scoliers, Portzky, Heeringen, & Audenaert, 2009; Freeman et al., 2017).

Apesar de alguns estudos apontarem que tentativas de suicídio e ideação suicida são mais comuns em mulheres, o suicídio consumado é mais frequente entre os homens, o que é conhecido como paradoxo de gênero do comportamento suicida (WHO, 2018b; Freeman et al., 2017; Schrijvers, Bollen, & Sabbe, 2012). Em países de alta renda, três vezes mais homens morrem por suicídio do que mulheres, já em países de baixa e média renda a proporção é menor, de 1,5 homens para cada mulher (WHO, 2018b). No Brasil, a taxa de óbito por suicídio é, aproximadamente, quatro vezes maior entre os homens (Ministério da Saúde, 2017a).

Em relação à escolaridade, os resultados indicaram que a maioria dos casos aconteceu em pessoas que possuíam da 5ª a 8ª série do Ensino Fundamental incompleto. Ainda, quanto menor o grau de escolaridade, maior foi a letalidade dos métodos, visto que lesão por arma de fogo e enforcamento foram mais prevalentes em pessoas com até a 4ª série do Ensino Fundamental completa. Esses achados correspondem ao que a literatura aponta, já que nível de educação baixo é considerado um dos fatores de risco para tentativa de suicídio (WHO, 2006; Ministério da Saúde, 2017a).

Residir em zonas urbanas também esteve associado a uma maior prevalência de comportamentos suicidas, onde a maioria dos casos ocorriam no domicílio, o que vai ao encontro de outros estudos realizados na área (Ministério da Saúde, 2017a; Bahia et al., 2017; Ferreira & Trichês, 2014). Em relação à situação conjugal, os resultados encontrados indicam uma prevalência de violência autoprovocada entre pessoas solteiras. No entanto, agressão por arma de fogo e enforcamento foram mais prevalentes entre pessoas casadas ou com união consensual. Na literatura, não existe consenso sobre essa variável, já que, dependendo da amostra, alguns estudos sugerem prevalência tanto de solteiros, quanto de casados em pessoas

que manifestam comportamento suicida (Ferreira & Trichês, 2014; Ministério da Saúde, 2017a).

Dados referentes à raça apontaram uma predominância de casos em pessoas brancas. Entretanto, ressalta-se que o Rio Grande do Sul é um estado majoritariamente composto por pessoas dessa raça (aproximadamente 80%) (<http://www.institutoiab.org.br/bancodeconhecimento/categories/pesquisas-dados-e-estatisticas/>, recuperado em 04, novembro, 2018). Desse modo, não foram feitas análises de comparação, pois em função do tamanho da amostra não houve representatividade o suficiente entre as categorias.

Em relação aos meios de violência autoprovocada utilizados, envenenamento/intoxicação e enforcamento foram os principais meios observados na amostra. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2014), auto-envenenamento com pesticidas, enforcamento e jogar-se de grandes alturas estão entre os três meios mais comuns de tentar suicídio, em todo o mundo. Quando analisados a partir do gênero, agressão corporal/spancamento, envenenamento/intoxicação e ameaça foram mais prevalentes em mulheres. Por outro lado, enforcamento e lesões, por arma de fogo foram mais frequentes entre os homens.

Percebe-se que os tipos mais agressivos de violência autoprovocada foram mais comuns entre os homens, o que é corroborado pela literatura, a qual descreve que formas mais violentas, de maior risco, ou de ação rápida e que são mais letais são mais predominantes entre o gênero masculino (Schrijvers et al., 2012; Cibis et al., 2012). Ressalta-se que o conceito de gênero envolve além de aspectos biológicos, normas e expectativas socioculturais, que diferem entre os sexos. Sendo assim, a partir dos ideais de gênero do que é considerado masculino e feminino, a ideação e o comportamento suicida não fatal podem ser considerados como uma postura não masculina, o que torna a escolha por métodos violentos mais comum entre os homens (Schrijvers et al., 2012).

Os resultados indicaram que grande parte dos casos apresentaram caráter repetitivo de lesão autoprovocada, o que aponta para a necessidade de práticas de cuidado que objetivam prevenir novos episódios. Eventualmente, alguns episódios de autoagressão são isolados, todavia muitas pessoas apresentam histórico de comportamentos repetidos, que por vezes são muito frequentes (Edmondson e al., 2016). Sabe-se que lesões autoprovocadas, quando apresentadas na forma de autoagressão, não necessariamente apresentam risco ou intenção de suicídio (Bahia et al., 2017). No entanto, tanto a automutilação quanto ideação ou tentativa de suicídio são fatores de risco para o suicídio fatal (Vidal et al., 2013; WHO, 2014). Dessa

maneira, o caráter repetitivo de violência autoinfligida pode estar associado a um pior prognóstico.

Os meios que apresentaram maior prevalência de recorrência foram: agressão corporal/spancamento, agressão por objeto pérfuro-cortante, agressão por objeto/substância quente e ameaça. Na literatura, cortes, queimaduras, bater em si próprio ou em algo também são descritos como os meios mais comuns de autoagressão (Moran et al., 2012; Brown & Plener, 2017). Já agressão por arma de fogo e enforcamento apresentaram menor caráter repetitivo, o que pode estar relacionado a serem meios mais fatais de autolesão.

Ainda, notou-se uma diferença entre os gêneros, já que o caráter repetitivo foi mais frequente entre as mulheres. Além da lesão autoprovocada ter sido mais prevalente entre as mulheres nesse estudo, outra questão que pode estar associada a maior frequência de caráter repetitivo nesse grupo, é que entre os homens a duração do processo que culmina em suicídio frequentemente é menor do que entre as mulheres. Sendo assim, o caráter repetitivo de lesões como tentativa de suicídio pode ser mais baixo no gênero masculino, visto que, por usarem meios mais letais, poucas tentativas podem resultar em suicídios consumados (Schrijvers et al., 2012).

De acordo com os resultados, houve uma prevalência de casos na faixa etária dos 13 aos 36 anos. Quando analisados separadamente, notou-se uma diferença entre os gêneros no que diz respeito ao início da prevalência de casos ao longo do desenvolvimento. No gênero feminino, os casos de lesão autoinfligida foram mais frequentes na faixa etária dos 13 aos 36 anos de idade e no gênero masculino na faixa etária dos 15 aos 32 anos. Percebe-se um início mais precoce entre as meninas/mulheres, o que vai ao encontro dos resultados obtidos em outros estudos, que indicam que a autoagressão é mais comum em meninas. Segundo os autores, a idade média de início desse comportamento é aos 13 anos e a partir dessa faixa etária esses comportamentos tornam-se cada vez mais comuns, principalmente entre o gênero feminino (Gillies et al., 2018; Hawton et al., 2012). Também há indícios de que entre as mulheres de 15 a 24 anos os índices de autolesão grave estão aumentando (Moran et al., 2012).

Segundo os resultados encontrados, boa parte das notificações de lesão autoprovocada (aproximadamente 10%) concentraram-se na faixa etária dos 14 aos 17 anos. A adolescência é uma fase de risco para o início de comportamentos autolesivos, em que a coocorrência de autoagressão sem intenção suicida e tentativa de suicídio é significativa (Andover et al., 2012; Berger et al., 2017). Nessa fase, níveis elevados de impulsividade e reatividade emocional estão presentes devido a etapa de desenvolvimento cerebral, em que processos como o

controle de impulsos ainda não estão completamente formados. Paralelo a isso, a adolescência é um período entre a infância e a adultez que envolve mudanças no desenvolvimento físico, psicológico e social, o que torna essa fase um momento de vulnerabilidade, já que envolve um período de adaptação (Casey, Jones, & Rare, 2008) e pode favorecer o aparecimento e manutenção desse tipo de comportamento. Nessa faixa etária, fatores sociais exercem grande influência, sendo assim, o *bullying* e exposição a comportamentos autolesivos por meio de amigos ou da mídia (contágio social) também apresentam-se como fatores de risco importantes para o aparecimento dessas condutas (Brown & Plener, 2017).

De acordo com os resultados obtidos, na faixa etária dos 10 aos 18 anos os meios mais frequentes foram agressão com objeto contundente e com objeto pérfuro-cortante. Dos 19 aos 27 anos foram mais prevalentes agressão corporal/ espancamento e envenenamento/intoxicação e dos 49 anos ou mais enforcamento, agressão por arma de fogo e por objeto ou substância quente foram os mais frequentes. Poucos estudos abordam a prevalência de determinados meios de acordo com a faixa etária. Segundo Moran e colaboradores (2012), cortes e queimaduras são os comportamentos autolesivos mais comuns na adolescência. Já ao longo do período jovem adulto, nenhum meio foi predominante. Outro estudo também aponta bater em si próprio como o método mais comum entre meninos adolescentes (Brown & Plener, 2017).

A partir dos resultados, não é possível inferir o grau de gravidade de cada lesão, mas hipotetiza-se que a violência autoprovocada pode se tornar mais agressiva com o passar do tempo, aumentando o seu nível de letalidade. Essa hipótese vai ao encontro do entendimento que autoagressão, ideação suicida, comportamento suicida e suicídio consumado fazem parte de um mesmo espectro (Bahia et al., 2017). Também se aproxima da ideia de “processo do suicídio”, em que recorrentes tentativas de suicídio levam ao aumento do nível de mortalidade dos meios, que culmina no suicídio fatal (Schrijvers et al., 2012).

Apesar da literatura descrever que a população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais ou Transgêneros (LGBT), devido ao estresse de minoria, apresenta maior risco em manifestar comportamentos autolesivos e suicida, quando comparada a heterossexuais (WHO, 2006; King et al., 2008; Meader & Chab, 2017), não foi possível inferir isso a partir dos resultados encontrados. Os dados apontam que a orientação sexual predominante foi a heterossexual. No entanto, em mais da metade das fichas esse dado não foi preenchido ou foi ignorado, o que prejudicou o levantamento de informações sobre essa variável.

De acordo com os resultados obtidos, boa parte da amostra apresentou deficiência/transtorno. No entanto, houve um número significativo de *missings*, portanto esse número pode ser ainda maior. Sabe-se que presença de transtorno mental é um fator de risco para autoagressão e comportamentos suicidas (Andover et al., 2012; WHO, 2014). Por outro lado, novas evidências sugerem que o comportamento suicida existe independentemente de transtornos psiquiátricos graves. Recentemente, resultados preliminares sugerem que o comportamento suicida e autoagressões sem intenção suicida poderiam ser considerados uma categoria diagnóstica separada, além de outras condições psiquiátricas principais, o que também possibilitaria explicar a maioria de casos que não apresentaram deficiência/transtorno (Blasco-Fontecilla et al., 2012; Zetterqvist, 2015).

Por fim, notou-se que o encaminhamento mais frequente foi para a Rede de Saúde. Entretanto, ressalta-se que em grande parte da amostra esse dado não foi preenchido, o que pode ser pensado como uma falta de ação após o registro desses casos. Em casos de violência autoprovocada, um dos objetivos da notificação é poder vincular a pessoa aos serviços de saúde, como forma de intervenção em saúde e prevenção de novos casos (Ministério da Saúde, 2016). Desse modo, a falta de encaminhamento para os diferentes serviços vai de encontro ao que é proposto pela vigilância contínua do SINAN e dificulta intervenções futuras de prevenção e promoção de saúde para essa população.

## 5 Conclusões

Casos de violência autoprovocada ainda são subnotificados, o que faz com que o acesso aos dados populacionais seja limitado. O registro desses eventos é necessário para compreender a sua prevalência, magnitude e gravidade. A fim de facilitar e universalizar a notificação de lesão autoprovocada, desenvolveu-se, a nível nacional, o sistema Viva Contínuo/SINAN, que capta dados de violência interpessoal/autoprovocada a partir da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada registrada no SINAN. Além disso, desde 2014, a tentativa de suicídio passou a ser um agravo de notificação obrigatória e imediata, para possibilitar que esses casos possam ser vinculados aos serviços de saúde e tenham um acompanhamento mais contínuo, a fim de prevenir novas ocorrências.

Estudos sobre violência autoprovocada ainda são incipientes no Brasil. Este é um dos primeiros estudos que se propôs a analisar o perfil desse tipo de violência no estado do Rio Grande do Sul. Os resultados obtidos, em sua maioria, corroboram com os dados encontrados na literatura, que indicam maior prevalência de casos de lesão autoprovocada em mulheres, de

ensino fundamental incompleto, na faixa etária do início da adolescência até a vida adulta, de zona urbana, em que a maior parte das ocorrências aconteceram na residência e apresentaram caráter repetitivo. Também foi possível observar prevalência de meios mais letais entre os homens. No entanto, dados referentes a presença de caráter repetitivo e de deficiência/transtorno diferem do maior estudo nacional sobre esse assunto, já que a frequência dessas variáveis é maior no Rio Grande do Sul. Dessa forma, sugere-se que mais pesquisas sejam realizadas, a fim de compreender as distinções entre as populações.

Como uma das limitações do estudo aponta-se a ausência de análises de comparação da variável raça. Devido ao tamanho da amostra, que em quase sua totalidade era composta de brancos, não foi possível obter representatividade suficiente entre as categorias para as análises posteriores. A falta de acesso a dados qualitativos da ficha, que diferenciavam autoagressão de tentativa de suicídio, também se apresentou como uma limitação, já que impossibilitou a análise específica do perfil e das características associadas de cada fenômeno. Ainda, devido ao grande número de dados, a significância das associações pode estar inflada. Sendo assim, deve-se cuidar a generalização dos resultados para outros estudos e populações.

Apesar da intenção da FIN-SINAN ser padronizar a notificação de violência autoprovocada, o seu preenchimento depende da percepção dos profissionais da saúde sobre lesão autoinfligida, que muitas vezes não recebem treinamento específico para o atendimento desses casos. Além disso, a mesma ficha é utilizada para casos de violência interpessoal e autoprovocada, que são fenômenos muito distintos, com características singulares, o que pode acabar afetando a obtenção de informações e a maior compreensão dos eventos. Ademais, variáveis como escolaridade, orientação sexual, caráter repetitivo, presença deficiência/transtorno e encaminhamentos tiveram uma proporção elevada de informações não preenchidas ou ignoradas, o que acaba prejudicando a análise mais fidedigna das notificações.

A autoagressão e a tentativa de suicídio são consideradas graves problemas de saúde pública mundial. A coocorrência de ambos comportamentos é significativa na população e está associada a um pior prognóstico dos sintomas. Tanto a autolesão, quanto a tentativa de suicídio são considerados uns dos maiores fatores de risco para o suicídio consumado. Por isso, a notificação imediata desses eventos e estudos na área podem ser pensados como uma forma de intervir e de pensar em estratégias de prevenção para novas lesões, tentativas ou concretização do suicídio. Os resultados obtidos podem auxiliar na formulação ou melhora de políticas públicas de atenção, prevenção e promoção de saúde para esse tipo de população, levando em conta as características apresentadas e fatores de risco associados.

## Referências

- Andover, M. S., Morris, B. W., Wren, A., & Bruzzese, M. E. (2012). The co-occurrence of non-suicidal self-injury and attempted suicide among adolescents: distinguishing risk factors and psychosocial correlates. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(1). doi: 10.1186/1753-2000-6-11.
- Bahia, C. A., Avanci, J. Q., Pinto, L. W., & Minayo, M. C. S. (2017). Self-harm throughout all life cycles: profile of victims using urgent and emergency care services in Brazilian state capitals. *Ciência e Saúde Coletiva*, 22(9), 2841-2850. doi: 10.1590/1413-81232017229.12242017.
- Berger, E., Hasking, P., & Martin, G. (2017). Adolescents' Perspectives of Youth Non-Suicidal Self-Injury Prevention. *Youth and Society*, 49(1), 3-22. doi: 10.1177/0044118X13520561.
- Blasco-Fontecilla, H., Alegria, A. A., Delgado-Gomez, D., Legido-Gil, T., Saiz-Ruiz, J., Oquendo, M. A., & Baca-Garcia, E. (2012). Age of First Suicide Attempt in Men and Women: An Admixture Analysis. *The Scientific World Journal*, 2012. doi: 10.1100/2012/825189.
- Botega, N. J. (2014). Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicologia USP*, 25(3), 231-236. doi: 10.1590/0103-6564D20140004.
- Bresin, K., & Schoenleber, M. (2015). Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 38, 55-64. doi: 10.1016/j.cpr.2015.02.009.
- Bronfenbrenner, U. (1999). Environments in developmental perspective: Theoretical and operational models. In S. L. Friedman & T. D. Wachs (Eds.). *Measuring environment across the life span: Emerging methods and concepts* (pp. 3-28). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Brown, R. C., & Plener, P. L. (2017). Non-suicidal Self-Injury in Adolescence. *Current Psychiatry Reports*, 19(3). doi: 10.1007/s11920-017-0767-9.
- Casey, B. J., Jones, R. M., & Rare, T. A. (2008). The Adolescent Brain. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1124, 111-126. doi: 10.1196/annals.1440.010.
- Cibis, A., Mergl, R., Bramesfeld, A., Althaus, D., Niklewski, G., Schmidtke, A., & Hegerl, U. (2012). Preference of lethal methods is not the only cause for higher suicide rates in males. *Journal of Affective Disorders*, 136, 9-16. doi: 10.1016/j.jad.2011.08.032.
- Curtis, S., Thorn, P., McRoberts, A., Hetrick, S., Rice, S., & Robinson, J. (2018). Caring for Young People Who Self-Harm: A Review of Perspectives from Families and Young People. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(5). doi: 10.3390/ijerph15050950.
- Edmondson, A. J., Brennan, C. A., & House, A. O. (2016). Non-suicidal reasons for self-harm: A systematic review of self-reported accounts. *Journal of Affective Disorders*, 191, 109-117. doi: 10.1016/j.jad.2015.11.043.

- Favazza, A. R. (1998). The coming of age of self-mutilation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(5), 259-268.
- Ferreira, V. R. T., & Trichês, V. J. S. (2014). Epidemiological Profile of Suicide Attempts and Deaths in a Southern Brazilian City. *Psico*, 45(2), 219-227.
- Freeman, A., Mergl, R., Kohls, E., Székely, A., Gusmao, R., Arensman, E., Koburger, N., Hegerl, U., & Rummel-Kluge, C. (2017). A cross-national study on gender differences in suicide intent. *BMC Psychiatry*, 17(17). doi: 10.1186/s12888-017-1398-8.
- Gillies, D., Christou, M. A., Dixon, A. C., Featherston, O. J., Rapti, I., Garcia-Anguita, A., Villasis-Keever, M., Reebye, M., Christou, E., Kabir, N. A., & Christou, P. A. (2018). Prevalence and Characteristics of Self-Harm in Adolescents: Meta-Analyses of Community-Based Studies 1990–2015. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57(10), 733-741. doi: 10.1016/j.jaac.2018.06.018.
- Giusti, J. S. (2013). *Automutilação: Características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo compulsivo*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. doi: 10.11606/T.5.2013.tde-03102013-113540.
- Griffin, E., McMahon, E., McNicholas, F., Corcoran, P., Perry, I. J., & Arensman, E. (2018). Increasing rates of self-harm among children, adolescents and young adults: a 10-year national registry study 2007–2016. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(7), 663-371. doi: 10.1007/s00127-018-1522-1.
- Guerreiro, D. F., & Sampaio, D. (2013). Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31(2), 213-222. doi: 10.1016/j.rpsp.2013.05.001.
- Hawton, K., Saunders, K. E. A., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379(9834), 23-29. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60322-5.
- Hovanesian, S., Isakov, I. & Cervellione, K. L. (2009). Defense Mechanisms and Suicide Risk in Major Depression. *Archives of Suicide Research*, 13(1), 74-86. doi: 10.1080/13811110802572171.
- King, M., Semlyen, J., Tai, S. S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk., D., & Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*, 8. doi: 10.1186/1471-244X-8-70.
- Klonsky, E. D., Victor, S. A., & Saffer, B. Y. (2014). Nonsuicidal Self-Injury: What We Know, and What We Need to Know. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(11), 565-568. doi: 10.1177/070674371405901101.
- Medeiros, P. M. C. (2016). *Autodano e Ideação Suicida em Indivíduos com Patologia Psiquiátrica*. Dissertação de Mestrado, Universidade dos Açores, Ponta Delgada, Açores, Portugal.
- Meader, N., & Chan, M. K. Y. (2017). Sexual orientation and suicidal behaviour in young people. *The British Journal of Psychiatry*, 211(2), 63-64. doi: 10.1192/bjp.bp.116.197475.

- Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde (2016). *Viva: Instrutivo Notificação de violência interpessoal e autoprovocada* (2a ed.). Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva\\_instrutivo\\_violencia\\_interpessoal\\_autoprovocada\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf)
- Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde (2017a). Suicídio: saber, agir e prevenir. *Boletim Epidemiológico*, 48(30).
- Ministério da Saúde (2017b). Agenda Estratégica de Prevenção do Suicídio. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/Coletiva-suicidio-21-09.pdf>
- Moran, P., Coffey, C., Romaniuk, H., Olsson, C., Borschmann, R., Carlin, J. B., & Patton, G. C. (2012). The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population-based cohort study. *The Lancet*, 379(9812), 21-27. doi: 10.1016/S0140-6736(11)61141-0.
- Schrijvers, D. L., Bollen, J., & Sabbe, B. G. C. (2012). The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. *Journal of Affective Disorders*, 138, 19-26. doi: 10.1016/j.jad.2011.03.050.
- Scoliers, G., Portzky, G., Heeringen, K., & Audenaert, K. (2009). Sociodemographic and psychopathological risk factors for repetition of attempted suicide: a 5-year follow-up study. *Archives of Suicide Research*, 13(3), 201-213. doi: 10.1080/13811110902835130.
- Souza, V. S., Alves, M. S., Silva, L. A., Lino, D. C. S. F., Nery, A. A., & Casotti, C. A. (2011). Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 60(4), 294-300. doi: 10.1590/S0047-20852011000400010.
- Vidal, C. E. L., Gontijo, E. C. D. M., & Lima, L. A. (2013). Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(1), 175-187. doi: 10.1590/S0102-311X2013000100020.
- World Health Organization [WHO] (2006). *Prevenção do Suicídio: Um recurso para conselheiros*. Geneve: World Health Organization.
- World Health Organization [WHO] (2014). *Preventing Suicide: A global imperative*. Geneve: World Health Organization.
- World Health Organization [WHO] (2017). *World Health Statistics 2017: Monitoring health for the sustainable development goals*. Geneve: World Health Organization.
- World Health Organization [WHO] (2018a). Mental health: Suicide data [Internet]. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/)
- World Health Organization [WHO] (2018b). *Preventing suicide: A community engagement toolkit*. Geneve: World Health Organization.

Zetterqvist, M. (2015). The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: a review of the empirical literature. *Child and Adolescent Psychiatry Ment Health*, 9. doi: 10.1186/s13034-015-0062-7.