

**A dor silenciosa do corpo: análise dos casos de violência autoprovocadas no Brasil**

**The silent pain of the body: analysis of cases of self-advocated violence in Brazil**

**El dolor silencioso del cuerpo: análisis de casos de violencia autoadvocada en Brasil**

Laís Eduarda Silva de Arruda<sup>1</sup>, Contextualização; investigação; metodologia; administração do projeto; redação do rascunho original; <https://orcid.org/0000-0002-5023-5460>

Luís Roberto da Silva<sup>1</sup>, Validação; visualização; redação do rascunho original; <https://orcid.org/0000-0002-6194-7615>

Isadora Sabrina Ferreira dos Santos<sup>1</sup>, Validação; visualização; redação do rascunho original; <https://orcid.org/0000-0002-8853-2073>

José Thiago de Lima Silva<sup>1</sup>, Validação; curadoria dos dados; análise formal; software; redação do rascunho original; <https://orcid.org/0000-0002-7267-849X>

Ricardo José da Silva<sup>2</sup>, Curadoria dos dados; análise formal; software; redação do rascunho original; <https://orcid.org/0000-0002-3155-3201>

Emília Carolle Azevedo de Oliveira<sup>3</sup>, Recursos; análise formal; supervisão; redação-revisão e edição; <https://orcid.org/0000-0002-0957-1542>

<sup>1</sup> Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão, PE, Brasil.

<sup>2</sup> Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba, João Pessoa. PB, Brasil.

<sup>3</sup> Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz, Recife, PE, Brasil.

**Autor de Correspondência:**

Laís Eduarda Silva de Arruda, Rua Alto do Reservatório, 33A, Bela Vista- Vitória de Santo Antão, [laisarruda63@gmail.com](mailto:laisarruda63@gmail.com).

**Resumo**

**Contexto:** As violências autoprovocadas são caracterizadas por duas formas de autoagressão a suicida e a não suicida, com a busca do indivíduo pelas formas de agressão a si mesmo, sendo um comportamento intencional e agressivo à sua saúde.

**Objetivo:** Analisar os dados de violências autoprovocadas nas regiões brasileiras, no período de 2009-2017 e discutir sobre esse problema no âmbito da saúde pública.

**Metodologia:** Estudo epidemiológico transversal, descritivo, de abordagem quantitativa com as notificações do Sistema de Informação de Agravos e Notificações sobre violências autoprovocadas. Utilizaram-se o Software R e o Microsoft Excel para as análises estatísticas.

**Resultados:** No Brasil a prevalência dos casos de violências autoprovocadas foi de 14,20/100 mil hab. (2009-2017) com a maior prevalência na região Sul, no sexo feminino, na faixa etária de 20-29 anos, com baixa escolaridade e raça/cor parda. A maioria dos casos ocorreram por envenenamento e na residência.

**Conclusão:** O estudo identificou um cenário alarmante dos casos de violências autoprovocadas, principalmente, quando considerada as prevalências nas regiões Sul e Sudeste do Brasil, no público adulto jovem, população economicamente ativa. Tais achados servem para direcionar e subsidiar o planejamento de estratégias preventivas eficazes para a não realização do suicídio; podendo abranger desde a incorporação de ações como a restrição da comercialização de armas, a execução de campanhas de conscientização da população para identificar quais os fatores de risco associados com o comportamento não suicida e suicida e o auxílio aos indivíduos em situação de risco.

**Palavras-Chave:** Comportamento Autodestrutivo; Saúde Pública; Epidemiologia.

## **Abstract**

**Context:** Self-inflicted violence is characterized by two forms of self-harm, suicidal and non-suicidal, with the individual's search for forms of aggression against himself, being an intentional and aggressive behavior to his health.

**Objective:** To analyze data on self-inflicted violence in Brazilian regions, in the period 2009-2017 and to discuss this problem in the context of public health.

**Methodology:** A cross-sectional, descriptive epidemiological study, with a quantitative approach with notifications from the Diseases Information System and Notifications on self-inflicted violence. Software R and Microsoft Excel were used for statistical analysis.

**Results:** In Brazil, the prevalence of cases of self-inflicted violence was 14.20 / 100 thousand inhabitants. (2009-2017) with the highest prevalence in the South, among females, aged 20-29 years, with low education and race / brown skin. Most of the cases occurred due to poisoning and in the residence.

**Conclusion:** The study identified an alarming scenario of cases of self-inflicted violence, especially when considering the prevalence in the South and Southeast regions of Brazil, among young adults, economically active population. Such findings serve to guide and support the planning of effective preventive strategies for not carrying out suicide; it can range from the incorporation of actions such as the restriction of the commercialization of arms, the execution of awareness campaigns of the population to identify which risk factors are associated with non-suicidal and suicidal behavior and the assistance to individuals at risk

**Keywords:** Self-Injurious Behavior, Public Health, Epidemiology.

## Resumen

**Contexto:** La violencia autoinfligida se caracteriza por dos formas de autolesión, suicida y no suicida, siendo la búsqueda del individuo de formas de agresión contra sí mismo, siendo una conducta intencional y agresiva a su salud.

**Objetivo:** Analizar datos sobre violencia autoinfligida en regiones brasileñas, en el período 2009-2017 y discutir este problema en el contexto de la salud pública.

**Metodología:** Estudio epidemiológico descriptivo, transversal, con enfoque cuantitativo, con notificaciones del Sistema de Información de Enfermedades y Notificaciones de violencia autoinfligida. Para el análisis estadístico se utilizó el software R y Microsoft Excel.

**Resultados:** En Brasil, la prevalencia de casos de violencia autoinfligida fue de 14,20 / 100 mil habitantes. (2009-2017) con mayor prevalencia en el Sur, entre mujeres, de 20 a 29 años, con bajo nivel educativo y de raza / piel morena. La mayoría de los casos ocurrieron por intoxicación y en la residencia.

**Conclusión:** El estudio identificó un escenario alarmante de casos de violencia autoinfligida, especialmente al considerar la prevalencia en las regiones Sur y Sudeste de Brasil, entre los adultos jóvenes, población económicamente activa. Dichos hallazgos sirven para orientar y apoyar la planificación de estrategias preventivas efectivas para no llevar a cabo el suicidio; puede abarcar desde la incorporación de acciones como la restricción de la comercialización de armas, la realización de campañas de concientización de la población para identificar qué factores de riesgo se asocian a conductas no suicidas y suicidas y la asistencia a personas en riesgo.

**Palabras Clave:** Conducta Autodestructiva, Salud Pública, Epidemiología.

Recebido a 30/11/2021. Aceite a 31/01/2022

## Introdução

A violência autoprovocada é um tipo de lesão que o indivíduo inflige a si mesmo, sendo subdividida em violência suicida e não suicida. Sendo que a lesão não suicida, envolve eventos de automutilação, incluindo as formas mais leves como arranhaduras, cortes e mordidas e as mais severas como amputação de membros (Bahia, Avanci, Pinto e Minayo, 2017). Assim, a violência representa qualquer comportamento intencional envolvendo agressão direta ao corpo sem intenção consciente de suicídio. Os comportamentos auto lesivos mais comuns são: cortes superficiais na pele, arranhões,

mordidas, queimaduras, bater uma parte da estrutura física contra a parede e enfiar objetos pontiagudos no corpo (Cedaro e Nascimento, 2013). É importante ressaltar que a violência autoprovoçada pode apresentar um comportamento suicida por ocorrer autoagressão, uma vez que o indivíduo busca se ferir por meio de objetos perfurocortantes ou com substâncias ingeridas. Porém, na tentativa de suicídio existe o objetivo de chegar ao ato final de se matar (Bahia, Avanci, Pinto e Minayo, 2017).

O impacto do comportamento de violência na vida do indivíduo traz consigo graves riscos, que podem ser: físicos, sociais e educacionais que estão diretamente associados. Com isso, a violência autoprovoçada tem sido vista como um comportamento de autodestruição a partir de um desejo intenso de se punir, que pode ser inconsciente ou não verbalizado, cujos impulsos agressivos são redirecionados ao seu corpo como forma de compensar a dor e a insatisfação sentida (Vieira, Pires e Pires, 2016).

Por conseguinte, estudos apontam que a violência autoprovoçada tem relação com a dificuldade do gerenciamento da angústia ou da regulação do afeto para obtenção de um alívio momentâneo, dessa forma, todas essas questões que afetam diretamente o psicológico do indivíduo são um risco para a repetição de automutilação intensa até alcançar o desfecho do suicídio (Edmondson, Brennan & House 2016). Em 2014, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) afirmou que o suicídio é a principal causa de morte que pode ser prevenida no continente, sendo que mais de 7 pessoas/hora realizam essa prática (Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS], 2014).

No Brasil, segundo o mapa de violência de Waiselfisz (2015), o número de casos de violências autoprovoçadas aumentou de forma significativa no período de 1980 a 2013, demonstrando o crescimento dos casos nas décadas de 1980 (2,7%), 1990 (18,8%) e 2012 (33,3%). Vale ressaltar que além da violência acontecer por contato direto, também é vista em ambientes virtuais, no qual a internet possui um impacto bastante relevante para o desenvolvimento do comportamento autolesivo, seja ele suicida ou não, fazendo com que muitos sejam submetidos as situações de fácil acesso em grupos de automutilação nas redes sociais, causando uma permanência e repetições dos casos por anos ou até décadas (Silva e Botti, 2018).

Diante deste contexto, justifica-se a realização deste estudo devido à relevância da temática como problema de saúde pública. Sendo imprescindível conhecer como se apresenta as notificações dos casos sobre a violência autoprovoçada, e refletir quais os seus impactos na saúde pública brasileira e sobre a devida urgência da divulgação de produção científica deste tema para o corpo social, a fim de que sejam formuladas e implementadas políticas públicas para fortalecer as ações de prevenção das violências autoprovoçadas que podem acarretar transtornos mentais e suicídio.

Deste modo, este estudo objetivou analisar os casos de violências autoprovoçadas nas regiões brasileiras, de 2009 a 2017, e refletir sobre este problema no âmbito da saúde pública.

## Metodologia

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, descritivo de abordagem quantitativa com coleta de dados em fonte secundária a partir dos casos de violências autoprovocadas no Brasil, notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), no período de 2009-2017 com as variáveis: região de residência, sexo, local de ocorrência, faixa etária, raça/cor, escolaridade, repetição de violência e meio de agressão.

Conforme a Portaria Nº 264/2020 do Ministério da Saúde, no Brasil, as violências autoprovocadas devem ser notificadas no Sinan. Sendo assim, os dados foram selecionados a partir da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), segundo os códigos do X60 ao X84 que parametriza estes tipos de violência. Visto isso, todos os dados foram analisados buscando enfatizar os casos de violências autoprovocadas não suicida, ou seja, os que não obtiveram o suicídio consumado. Por conseguinte, é importante enfatizar que os registros aqui trabalhados se referem apenas as violências autoprovocadas, uma vez que os dados do suicídio consumado só podem ser encontrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

Dessa forma, o estudo transversal, descritivo de abordagem quantitativa é importante para a tomada de decisão e influência nas ações em saúde, visto que o mesmo busca descrever e abordar de forma quantitativa a problemática das violências autoprovocadas.

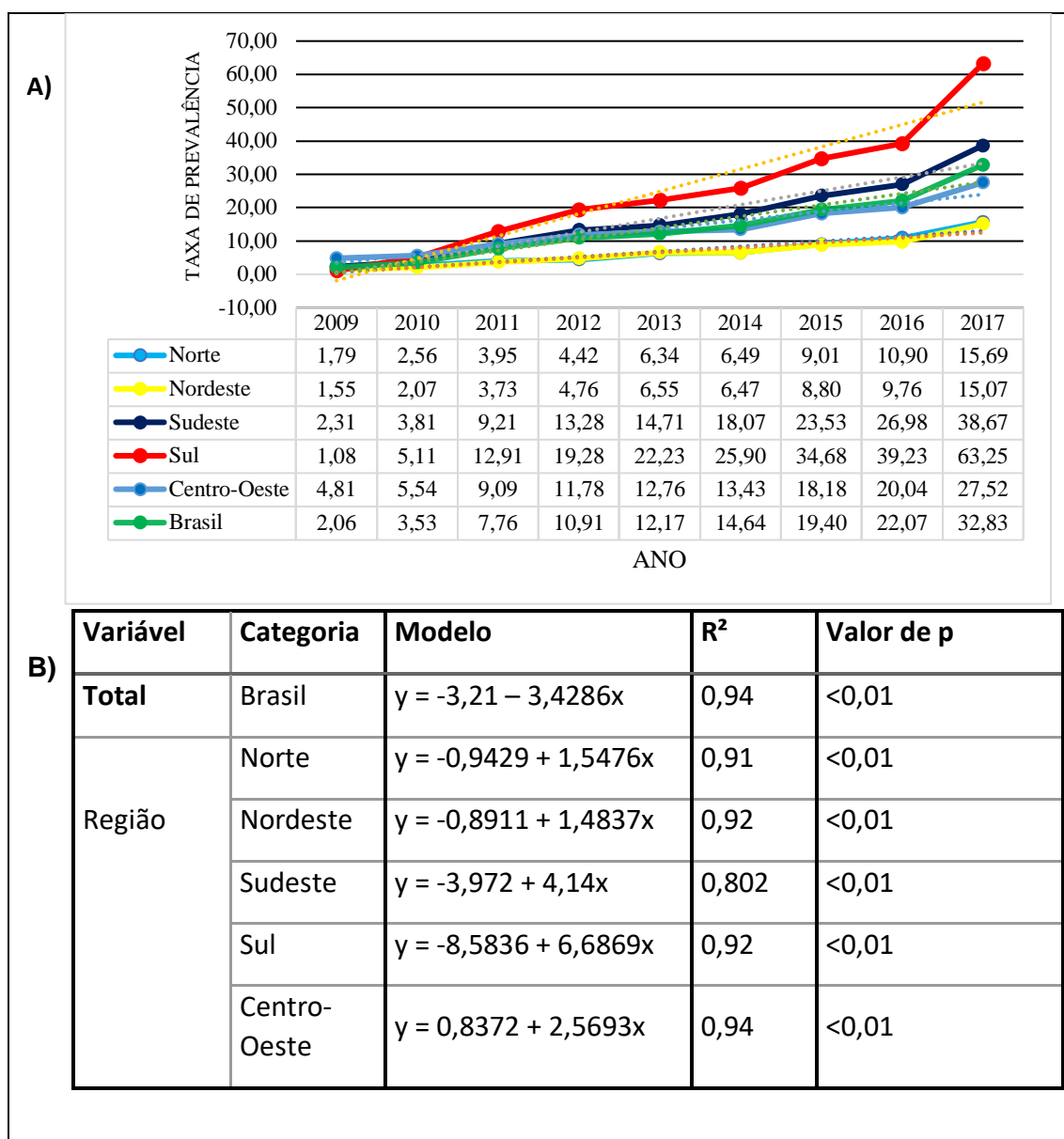
Para tanto, foi realizado o cálculo de prevalência por regiões geográficas do Brasil, utilizando as estimativas populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Para a estratificação da prevalência por sexo nas regiões brasileiras foram utilizadas as estimativas populacionais municipais do IBGE e agrupados por regiões. Na análise estatística foram realizadas as seguintes análises: o cálculo da frequência absoluta (N) e relativa (%); a análise do Modelo de Regressão para a prevalência por regiões e federação, dos anos de 2009 a 2017; o teste de Mann-Whitney para verificar qual a taxa é maior entre os sexos masculino e feminino por regiões e federação; e o teste Qui-Quadrado de homogeneidade para verificar se o nº de violência possui diferença entre as diversas categorias de variáveis estudadas. Para todos esses testes se adotou a significância estatística de 5% ( $p < 0,05$ ). Para organização, processamento e análises dos dados foram utilizadas o Microsoft Office Excel 2016® e o software R versão 4.0.2. Com relação à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) o estudo não necessitou por utilizar dados de domínio público.

## Resultados

No Brasil, 2009-2017, ocorreram 255.290 notificações de violências autoprovocadas observando-se a elevação dos casos notificados durante todo o período de estudo. Com relação a prevalência, foi possível perceber que a região Sul apresentou uma taxa de 25,32/100 mil habitantes, seguido da região Sudeste (17,03), Centro-Oeste (13,99), Norte (6,99) e Nordeste (6,63). Além disso, verificou-se a evolução das prevalências por região e nacionalmente, ano a ano, como demonstrado na **Figura 1-A**. Nota-se o crescimento dos casos em todas as regiões do país, sendo que a Região Sul se destacou por apresentar um crescimento mais vertical, quando comparada com as outras regiões.

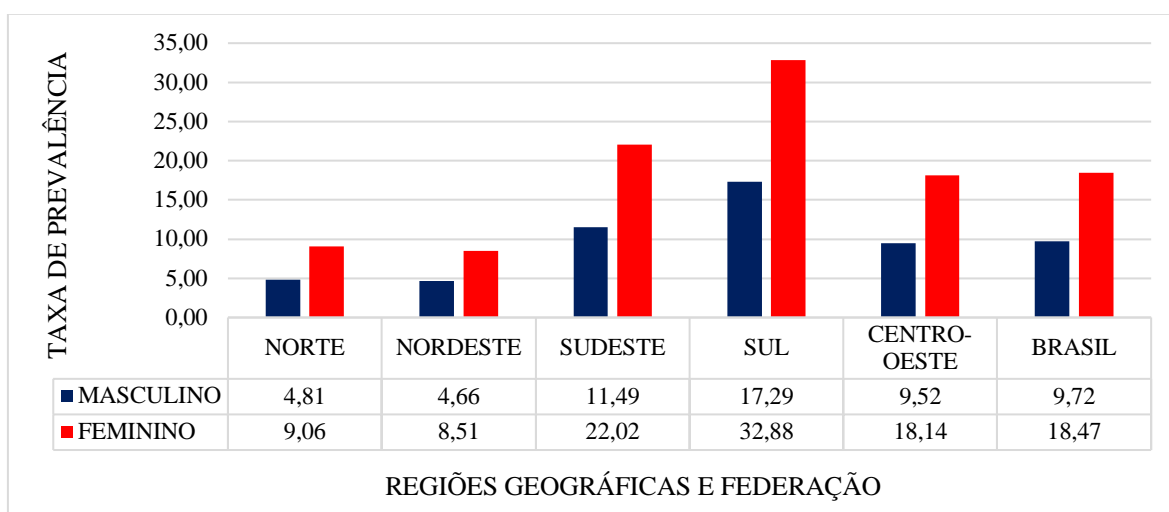
A região Sul é seguida, respectivamente pelas regiões Sudeste, Centro-Oeste, Norte e Nordeste.

Ainda, é possível averiguar, pelo modelo de Regressão ajustado (**Figura1-B**), que todas as regiões possuem um crescimento estatisticamente significativo ( $p$ -valor  $< 0,01$ ), sendo tais modelos capazes de explicar ao menos 90% da variação dos dados, a depender da região. Conseqüentemente, tem-se uma prevalência em significativo aumento no Brasil ( $p$ -valor  $< 0,01$ ). Com isso, é importante destacar que as regiões com cidades de maior concentração populacional apresentam maiores taxas de prevalência, como as regiões Sul e Sudeste, onde existem cidades como São Paulo, Rio de Janeiro, Porto Alegre, Belo Horizonte, entre outras. Com a análise atual, não se pode avaliar a relação entre essa característica e a alta prevalência, mas é interessante pontuar tal situação, de maneira que futuras investigações possam tratar este como um ponto a analisar.



**Figura 1 – A)** Linhas de tendência da prevalência de violência nas diferentes regiões do Brasil, 2009 a 2017. **B)** Modelos de regressão para as diferentes regiões do Brasil, 2009 a 2017. Fonte: Sistema de Informações de Agravos de Notificação. \*Elaborado pelos autores.

Uma outra análise de interesse é a prevalência de violências autoprovocadas nas diferentes regiões, no que se refere aos sexos masculino e feminino. A partir desta análise, é notável, em todas as regiões do país, que a taxa de prevalência média é maior em pessoas do sexo feminino, quando comparado com as do sexo masculino. No geral, nota-se uma prevalência de 18,47/100 mil hab. para pessoas do sexo feminino, seguido do sexo masculino com 9,72/100 mil hab., além de demonstrarem uma significância estatística ( $p$  valor  $<0,01$ ), conforme a **Figura 2**. A análise desses dados ocorreu através do Teste de Mann-Whitney de maneira que os dados utilizados foram as taxas ano a ano, construindo-se uma taxa média de prevalência a ser analisada por regiões e federação, separadas por sexo.



**Figura 2-** Taxa de prevalência dos casos de violências autoprovocadas nas regiões do Brasil, segundo sexo, no período de 2009-2017. Fonte: Sistema de Informações de Agravos de Notificação. \*Elaborado pelos autores.

Para averiguar se o número de casos se destaca em algumas das categorias de diversas variáveis, o **Quadro 1** apresentou uma análise baseada no teste de Qui-Quadrado. Portanto, no que concerne ao 'local de ocorrência', em todas as regiões brasileiras a residência é o local com maiores notificações dos casos no Brasil (203.465, 79,69%), onde se destaca uma maior concentração na região Sul (86,68%) seguidos das regiões Sudeste (78,58%), Centro-Oeste (76,98%), Norte (76,74%) e Nordeste (72,77%), O  $p$ -valor  $<0,01$  indica que, de fato, as concentrações são diferentes entre si, dentre todos os locais de ocorrência avaliados.

No tocante aos casos de 'repetição de violência', verificou-se que 43,64% desses não tiveram comportamento repetido no território brasileiro, sendo essa não repetição na maioria dos casos na região Norte (53,28%), Sul (47,14%), Centro-Oeste (43,02%), Sudeste (42,76%) e Nordeste (37,46%). Dos casos que tiveram repetição dessa violência no país (31,40%), a presença dos mesmos por região foi de 34,95% para a região Sul, 34,19% no Centro-Oeste, 31,49% no Norte, 30,70% no Sudeste e 25,50% no Nordeste. Assim, 24,95% foram notificados como ignorados ou não preenchidos, sendo que todas

as análises possuíram significância estatística de  $p\text{-valor} < 0,01$ , apontando mais uma vez uma diferença proporcional entre as categorias analisadas.

Na análise sobre o 'meio de agressão', a maioria dos casos foram por envenenamento (46,60%), sendo estes distribuídos pelas regiões da seguinte maneira: Nordeste (55,71%); Sudeste (46,19%); Norte (38,46%); Centro-Oeste (37,04%) e Sul (25,56%). No Brasil, é possível destacar outros meios de agressão que também obtiveram apontamentos de destaque: como meios de agressão em geral (30,34%); objeto perfurocortante (11,50%); enforcamento (7,01%); objeto contundente (1,58%); arma de fogo (1,55%); e objeto/substância quente (1,45%). Tal diferencial foi confirmado pelo  $p\text{-valor} < 0,01$ , como demonstrado no Quadro 1.

**Quadro 1** - Casos de violências autoprovocadas nas regiões brasileiras, segundo local de ocorrência, meio de agressão e repetição de violência, no período de 2009-2017

Variáveis	N	NE	SE	S	CO	Total		P-valor
	% (n= 10.565)	% (n= 32.934)	% (n= 128.124)	% (n= 64.954)	% (n= 18.713)	N	%	
<b>LOCAL DE OCORRÊNCIA</b>								
Ignorado/Branco	4,24	14,45	8,4	2,35	7,29	18863	7,39	<0,01
Residência	76,74	72,77	78,58	86,68	76,98	203465	79,7	<0,01
Habitação coletiva	1,08	0,43	0,65	0,55	0,64	1565	0,61	<0,01
Escola	1,07	0,63	0,87	0,74	0,9	2091	0,82	<0,01
Local de prática esportiva	0,41	0,15	0,16	0,12	0,19	411	0,16	<0,01
Bar ou similar	2,39	1,28	1,05	0,7	1,57	2765	1,08	<0,01
Via pública	9,13	6,76	6,6	4,88	7,63	16235	6,36	<0,01
Comércio/Serviços	0,71	0,58	0,67	0,68	0,77	1708	0,67	<0,01
Indústrias/Construção	0,15	0,06	0,09	0,11	0,14	247	0,1	<0,01
Outros	4,07	2,89	2,93	3,19	3,9	7940	3,11	<0,01
<b>MEIO DE AGRESSÃO</b>								
Enforcamento	11,09	5,87	5,45	10,11	6,59	17894	7,01	<0,01
Objeto contundente	2,87	1,75	1,49	19,5	2,45	4031	1,58	<0,01
Objeto perfurocortante	15,13	9,86	10,62	27,8	14,58	29352	11,49	<0,01
Objeto/substância quente	0,92	1,74	1,55	20,58	1,53	3712	1,45	<0,01
Envenenamento	38,46	55,71	46,19	25,56	37,04	118959	46,59	<0,01
Arma de fogo	2,62	2,61	0,99	28,97	2,16	3952	1,55	<0,01
Outros	28,91	22,46	33,71	22,11	35,64	77450	30,33	<0,01
<b>REPETIÇÃO VIOLÊNCIA</b>								
Sim	31,49	25,5	30,7	34,95	34,19	80160	31,4	<0,01



Não	53,28	37,46	42,76	47,14	43,02	111420	43,64	<0,01
Ignorado	14,42	36,25	25,79	17,53	22,21	62041	24,3	<0,01
Em Branco	0,81	0,79	0,75	0,38	0,58	1669	0,65	<0,01

Fonte: Sistema de Informações de Agravos de Notificação. \*Elaborado pelos autores.

Com relação à 'faixa etária', entre 20-29 anos ocorreu um maior destaque de casos notificados no país (26,79%), cuja região Nordeste obteve o maior percentual de casos (29,11%), seguidos por 30,45% no Norte, 28,22% no Centro-Oeste, 26,69% no Sudeste e 24,80% no Sul. Além disso, os dados referentes a essa variável demonstraram uma significância estatística com p-valor <0,01 (Quadro 2).

No Brasil, 49,36% dos casos foram notificados por pessoas de 'raça/cor' branca, Por região, o Sul apresentou 80,72% dos casos relatados por pessoas de 'raça/cor' branca e o Sudeste também apresentou 48,73% por pessoas brancas. Já as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste tiveram maiores concentrações de casos por pessoas de 'raça/cor' parda (72,27%, 54,96% e 43,40%, respectivamente). Tanto de maneira nacional, como de maneira regional, o p-valor < 0,01 demonstrou a significância dos resultados obtidos (Quadro 2).

Para 'escolaridade', identificou-se que o maior percentual de casos no país se encontra na 5ª a 8ª série incompleta do ensino fundamental (14,46%) nas regiões Sul (18,65%), Norte (17,51%), Centro-Oeste (15,82%), Sudeste (12,58%) e Nordeste (11,77%). No cenário Nacional, destacou-se ainda os casos detectados para as categorias de ensino médio completo (12,86%), ensino médio incompleto (10,27%), ensino fundamental completo (6,73%), 1ª a 4ª série incompleta do ensino fundamental (5,56%), 4ª série completa do ensino fundamental (3,58%), superior incompleto (2,50%), superior completo (2,31%) e analfabeto (0,94%). Também, observou-se um quantitativo expressivo de preenchimento ignorado para esta variável (39,52%). Considerando os casos não ignorados, o teste aplicado detectou relevante significância estatística, tendo em vista o p-valor < 0,01 (**Quadro 2**). Na análise da variação percentual dos casos notificados por violências autoprovocadas no Brasil, observou-se que ocorreu um aumento de 1630,12% durante o período de estudo (2009-2017). Onde a região com a maior variação percentual foi a Sul (6.170,57%), seguida do Sudeste (1698,13%), Nordeste (941,79%), Norte (923,64%) e Centro-Oeste (553,06%), conforme descrito no **Quadro 3**.

**Quadro 2** - Violências autoprovocadas nas regiões brasileiras, segundo faixa etária, raça/cor e escolaridade, no período de 2009-2017

VARIÁVEIS	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Total		P-valor
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>FAIXA ETÁRIA</b>													
<b>Ignorado/Branco</b>	4	0,04	30	0,09	70	0,05	20	0,03	13	0,07	137	0,05	<0,01
<b>01-09 anos</b>	241	2,28	643	1,95	1724	1,35	537	0,83	365	1,95	3510	1,37	<0,01
<b>10-19 anos</b>	3533	33,44	8819	26,78	30230	23,59	15854	24,41	5262	28,12	63698	24,95	<0,01
<b>20-29</b>	3217	30,45	9588	29,11	34202	26,69	16111	24,80	5281	28,22	68399	26,79	<0,01
<b>30-39</b>	2004	18,97	6815	20,69	29090	22,70	13472	20,74	3750	20,04	55131	21,60	<0,01
<b>40-49</b>	935	8,85	3867	11,74	18455	14,40	10080	15,52	2259	12,07	35596	13,94	<0,01
<b>50-59</b>	365	3,45	1774	5,39	9223	7,20	5574	8,58	1046	5,59	17982	7,04	<0,01

<b>60 e mais</b>	266	2,52	1398	4,24	5130	4,00	3306	5,09	737	3,94	10837	4,24	<0,01
<b>RAÇA/COR</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	
<b>Ignorado/Branco</b>	384	3,63	8464	25,70	16922	13,21	2539	3,91	3265	17,45	31574	12,37	<0,01
<b>Branca</b>	1228	11,62	4099	12,45	62437	48,73	52429	80,72	5815	31,07	126008	49,36	<0,01
<b>Preta</b>	506	4,79	1935	5,88	10230	7,98	2574	3,96	1030	5,50	16275	6,38	<0,01
<b>Amarela</b>	120	1,14	212	0,64	849	0,66	315	0,48	232	1,24	1728	0,68	<0,01
<b>Parda</b>	7635	72,27	18099	54,96	37409	29,20	6873	10,58	8122	43,40	78138	30,61	<0,01
<b>Indígena</b>	692	6,55	125	0,38	277	0,22	224	0,34	249	1,33	1567	0,61	<0,01
<b>ESCOLARIDADE</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	
<b>Ignorado /Branco</b>	2902	27,47	17625	53,52	54313	42,39	18099	27,86	7944	42,45	100883	39,52	<0,01
<b>Analfabeto</b>	215	2,04	706	2,14	838	0,65	469	0,72	167	0,89	2395	0,94	<0,01
<b>1ª a 4ª série incompleta do EF</b>	795	7,52	2129	6,46	6122	4,78	4160	6,40	983	5,25	14189	5,56	<0,01
<b>4ª série completa do EF</b>	414	3,92	825	2,51	4487	3,50	2871	4,42	548	2,93	9145	3,58	<0,01
<b>5ª a 8ª série incompleta do EF</b>	1850	17,51	3875	11,77	16116	12,58	12111	18,65	2960	15,82	36912	14,46	<0,01
<b>Ensino fundamental completo</b>	719	6,81	1207	3,66	8295	6,47	5939	9,14	1026	5,48	17186	6,73	<0,01
<b>Ensino médio incompleto</b>	1382	13,08	2201	6,68	12806	10,00	7853	12,09	1979	10,58	26221	10,27	<0,01
<b>Ensino médio completo</b>	1506	14,25	2656	8,06	17681	13,80	9192	14,15	1803	9,64	32838	12,86	<0,01
<b>Educação superior incompleta</b>	334	3,16	643	1,95	2850	2,22	1967	3,03	576	3,08	6370	2,50	<0,01
<b>Educação superior completa</b>	257	2,43	452	1,37	2980	2,33	1809	2,79	400	2,14	5898	2,31	<0,01
<b>Não se aplica</b>	191	1,81	615	1,87	1636	1,28	484	0,75	327	1,75	3253	1,27	<0,01
<b>TOTAL DE CASOS</b>	10565		32934		128124		64954		18713		255290		

Fonte: Sistema de Informações de Agravos de Notificação. \*Elaborado pelos autores.

Nota: EF (Ensino Fundamental).

**Quadro 3** - Frequência absoluta, proporção e variação percentual dos casos de violências autoprovocadas nas regiões brasileiras, segundo região, no período de 2009-2017.

Ano	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro Oeste		Brasil	
	%	Δ%*	%	Δ%*	%	Δ%*	%	Δ%*	%	Δ%*	%	Δ%*
<b>2009</b>	2,6	N/A **	2,51	N/A **	1,46	N/A **	0,46	N/A **	3,58	N/A **	1,5	N/A **
<b>2010</b>	3,84	47,64%	3,34	32,73%	2,39	63,53%	2,15	367,56%	4,16	16,29%	2,6	71,00%
<b>2011</b>	6,01	56,40%	6,05	81,44%	5,82	143,82%	5,48	154,51%	6,92	66,45%	5,9	121,66%
<b>2012</b>	6,84	13,86%	7,79	28,59%	8,45	45,25%	8,23	50,25%	9,08	31,20%	8,3	41,67%
<b>2013</b>	10,21	49,24%	11,1	42,51%	9,69	14,69%	9,85	19,73%	10,2	12,60%	10	20,35%
<b>2014</b>	10,61	3,89%	11	-0,55%	12,01	23,85%	11,57	17,42%	10,9	6,85%	12	16,61%
<b>2015</b>	14,93	40,68%	15,1	37,01%	15,75	31,16%	15,61	34,87%	15	37,38%	16	33,60%
<b>2016</b>	18,31	22,64%	16,9	11,59%	18,19	15,49%	17,78	13,94%	16,8	11,75%	18	14,63%
<b>2017</b>	26,64	45,55%	26,2	55,26%	26,24	44,29%	28,87	62,33%	23,4	39,23%	27	49,92%
<b>Total</b>	100	923,64%	100	941,79%	100	1698,13%	100	6170,57%	100	553,06%	100	1630,12%
		***		***		***		***		***		***

Fonte: Sistema de Informações de Agravos de Notificação. \*Elaborado pelos autores.

Notas: \* Variação percentual a partir da comparação com o ano anterior. \*\* Registros existentes no sistema a partir de 2009. \*\*\*Variação percentual total - 2009 a 2017.

## Discussão

Observou-se no presente estudo um elevado aumento dos casos notificados por violências autoprovocadas no Brasil, cuja região Sul apresentou a maior taxa de prevalência para este agravo no país. Pinto et al. (2017) relacionou esse achado com as questões socioeconômicas que afetam a vida do trabalhador em sua saúde física e psicológica. Por conseguinte, a região Sudeste também apresentou prevalências bem significativas, além do aumento em todo o período de estudo, o que pode estar relacionado com o custo de vida elevado, a dificuldade de inserção no mercado de trabalho que interferem significativamente na saúde psicológica dos indivíduos.

Com relação a variável sexo, o feminino obteve as maiores prevalências em todas as regiões geográficas e no Brasil, o que pode estar diretamente associada ao machismo ainda enraizado na sociedade que visa a inferiorização do sexo feminino em detrimento do masculino. Ressalta-se que, as mulheres desde cedo se apresentam com uma tendência maior para os casos de violências autoprovocadas por estarem inseridas em um contexto social com pressões e inseguranças que afetam a saúde mental (Jorge, Queirós e Saraiva, 2015).

Assim, as mulheres buscam a resolução dos seus problemas através das violências autoprovocadas, muitas vezes por causa da violência intrafamiliar, o que desencadeia o maior índice de depressão no feminino (5,1% nas mulheres e 3,6% em homens). Com relação ao gênero, autores revelam que as mulheres praticam mais tentativas, enquanto os homens realizam mais suicídio. Isso pode estar relacionado com a socialização de gênero, no qual o homem possui mais acesso aos meios mais violentos com maior potencial para letalidade em suas tentativas, como enforcamento e arma de fogo, e as mulheres meios menos violentos como a intoxicação por medicamentos e pesticidas. Além disso, outros autores associam que a maior ocorrência da violência no sexo feminino está relacionada com a maior frequência de mulheres com distúrbios alimentares, psicose pós-parto, baixos níveis de serotonina em casos de aborto, vulnerabilidade pós perda de filhos e até mesmo a violência doméstica (Dantas, 2018).

Um estudo realizado por Minayo, Figueiredo e Mangas (2017), identificou que 10% dos atendimentos nos serviços de urgência e emergência por violência decorrem de violências autoprovocadas, destacando-se os casos que envolvem mulheres e adultos. Assim, percebe-se este achado no presente estudo com maior acometimento no sexo feminino e na faixa etária entre 20-29 anos, população economicamente ativa. Nota-se que para as menores faixas etárias o assunto ainda é primário ao imaginário social, por conseguinte ainda não existe algo bem estruturado quanto a ideia da automutilação, bem como a ação requer uma maior responsabilidade para essa idealização do ato.

Nesta perspectiva, é perceptível a elevada frequência da violência entre as idades de 10 a 19 anos o que pode estar relacionado com o fato da adolescência ser um período crítico de vulnerabilidade do comportamento humano. Algumas particularidades dessa fase contribuem para o aumento dos riscos da prática de violência, dentre elas as transformações biopsicossociais, comportamentos impulsivos e depressivos,

transtornos mentais, consumo de álcool e outras drogas, solidão, influências das redes sociais, convívio social e mídias (Hedeland et. al, 2016).

Ademais, a raça/cor mais acometida foi a branca com evidências frequentes para o não preenchimento desta variável. A portaria N° 344/2017 do Ministério da Saúde, tornou obrigatório o preenchimento deste quesito, respeitando sempre a autodeclaração do indivíduo, o que acarretou um aumento dos casos deixados em branco em 2017, podendo ter ocorrido uma dificuldade no preenchimento da notificação por parte dos profissionais de saúde. Dessa forma, o mal preenchimento das fichas de notificações impactam na realidade evidenciada, pois tais dados conferem um importante instrumento de análise epidemiológica e servem como subsídios para a tomada de decisão e ações em saúde (Oliveira, Silva, Ferreira e Barbosa, 2019).

Diante disso, em uma revisão sistemática realizada por Kabad, Bastos, Ventura (2012), os autores apontam as dificuldades encontradas nos sistemas de informações quanto ao preenchimento do quesito raça/cor. O estudo ressalta que a raça/cor parda possui diversas variações como, por exemplo, vir próximo a categoria preta, o que dificulta a análise desses resultados e impacta quando levado em consideração a notificação somando as duas raças/cores em apenas uma variável.

No que concerne a escolaridade, o maior percentual foi de 5ª a 8ª série incompleta do ensino fundamental, sendo um achado em um grupo de indivíduos que não finalizaram o ensino fundamental por uma determinada necessidade que pode estar relacionada com a gravidez precoce, a necessidade de complementação de renda e a desestruturação familiar (Pereira, 2019). Logo, o processo de volta à escola na fase adulta se torna mais difícil com as inúmeras responsabilidades adquiridas com o passar do tempo, trazendo ao indivíduo uma ideia muito frequente de baixa autoestima, acarretando a dificuldade em lutar pelos seus direitos, bem como a não confiança em si mesmo, o que provoca uma ideia de impossibilidade e uma busca por meio da violência auto infligida para diminuição da sua angústia e do seu sofrimento diário (Monteiro, Bahia, Paiva, Sá e Minayo, 2015).

Além disso, o alto percentual de casos sem informação é bem expressivo dentro da variável escolaridade nos casos de auto violência, o que se confirma no estudo de Guimarães e Cunha (2020), no qual os autores apontam a dificuldade e falhas no seu preenchimento, impossibilitando uma tomada de decisão e alocação dos recursos de forma efetiva no serviço de saúde.

Quanto ao local de ocorrência dos casos de violências autoprovocadas, a residência possuiu o maior registro, provavelmente, por ser onde circunda a maior parte dos problemas com a falta de informação da própria família, visto que algumas dessas ainda carregam consigo o tabu de falar sobre os problemas psicológicos dentro do seu núcleo familiar, não dialogando sobre os riscos que os comportamentos autodestrutivos acarretam para a vida do indivíduo. Assim, o comportamento se caracteriza por uma busca que visa encontrar um alívio imediato da dor, dessa forma, o ato de violência passa a ser praticado de forma privada cuja vítima deseja aliviar a dor momentânea, mas se isola ao sentir vergonha e medo das reações dos que a cercam (Rocha et al., 2015).

Assim, identificou-se neste estudo um maior percentual de agressão por envenenamento e um percentual expressivo de repetição da violência. Segundo um

estudo Multicêntrico de Intervenção no Comportamento Suicida (SUPRE-MISS) da OMS (2002), a ocorrência do suicídio acontece após a repetição da automutilação até o desfecho fatal. Diante disso, é importante pontuar que o meio de agressão por envenenamento pode ser justificado pelo fácil acesso da substância, principalmente quando levado em consideração aqueles vendidos ilegalmente e de forma clandestina. Sendo assim, numa pesquisa realizada pela enfermagem identificou-se que por não apresentar o sabor da substância, o “chumbinho”, facilita a autointoxicação pelo produto (Silva; Coelho; Pinto, 2016).

Outrossim, é importante ressaltar que quando o paciente chega ao hospital em situações que ocorreram automutilação, faz-se necessário um plano de segurança que transmita ao indivíduo confiança e busca pelo conforto junto aos profissionais (médico, enfermeiro, agentes comunitários de saúde - ACS, psicólogos, sanitarista, outros) e serviços de saúde, sendo necessário o rastreamento por uma atenção à saúde de qualidade que atue na não recidiva do ato a fim de evitar um suicídio a posteriori. Para isso, necessita-se de uma rede integrada com a equipe de saúde da família, com o intuito de garantir o cuidado do indivíduo após a alta hospitalar, além de um acompanhamento efetivo do enfermeiro e os agentes comunitários de saúde como forma de fortalecer as ações em saúde e o matriciamento (Bahia et. al, 2017).

Por conseguinte, a própria prática do enfermeiro dentro da Estratégia de Saúde da Família e do ACS visa acolher de modo efetivo o indivíduo ao levar em consideração a sua integralidade, além do que as práticas desses profissionais não devem ser apenas baseadas em protocolos e normas institucionais, mas também na identificação, no acolhimento, no matriciamento e no monitoramento dessas famílias com maior vulnerabilidade (Corrêa; Acioli; Tinoco, 2018).

Por fim, a violência autoprovocada ainda se constitui como problema de relevante impacto na saúde pública brasileira. Nesse ínterim, a ação afeta não só a vítima que utilizou a autoagressão para silenciar uma dor, mas também aos familiares, aos amigos e os profissionais de saúde que acompanham este indivíduo e são impactados com a situação que acomete a saúde mental da vítima (Santos et al., 2019). Estudos epidemiológicos como este são de fundamental importância para compreender as situações relacionadas com a violência não suicida no Brasil e em cada região geográfica, a fim de subsidiar o planejamento de estratégias preventivas eficazes para o suicídio, podendo abranger desde a incorporação de ações legais como a restrição da comercialização de armas, a execução de campanhas de conscientização da população para identificar quais os fatores de risco que estão associados com o comportamento suicida e o não suicida e auxiliar os indivíduos em situação de risco.

É importante pontuar as limitações encontradas neste estudo como a subnotificação de algumas variáveis, principalmente, à raça/cor cujo o mal preenchimento acarreta uma falha de análise por não ser possível conhecer a realidade. Assim como, o próprio uso dos dados secundários não possibilita ao pesquisador um controle real da padronização efetiva dos registros notificados. Outro ponto que se destaca, são as limitações quanto ao preenchimento da ficha de notificação individual da violência autoprovocada que se apresenta com campo aberto, sem a padronização do preenchimento, o que dificulta a análise dos dados por causa da fragilidade na qualidade dos registros. Além disso, a própria intencionalidade ao corpo não é especificada dentro da ficha de notificação do

Sinan o que, conseqüentemente, acarretam sub-registro e ausência de detalhes para os casos notificados.

## Conclusão

O estudo identificou um cenário alarmante de crescimento dos casos de violências autoprovocadas no Brasil em nove anos, além das altas prevalências para o sexo feminino, trazendo consigo o silêncio e o medo da sociedade em falar sobre o assunto o que pode corroborar para desfechos negativos como o suicídio. Dessa forma, ressalta-se a importância da criação de políticas públicas preventivas que dialoguem de forma efetiva com a sociedade e os familiares. Criando condições para que esse público alvo procure atendimento nos serviços de saúde a fim de possuírem as suas necessidades atendidas. Para tanto, é imprescindível também capacitar os profissionais para evitar os desfechos negativos desta prática. Também se evidenciou a necessidade de capacitar os profissionais para o preenchimento adequado das fichas de notificação.

Por fim, esse estudo contribui para o conhecimento epidemiológico acerca dessa problemática, subsidiando a tomada de decisões dos gestores para implementação e efetivação de políticas públicas voltadas ao assunto. Com o intuito de fortalecer a rede de atenção à saúde para os indivíduos e serem ofertados serviços voltados ao cuidado destes de forma integral e equânime no âmbito do Sistema Único de Saúde.

## Referências Bibliográficas

Bahia, C.A., Avanci, J.Q., Pinto, L.W e Minayo, M.C. de S. (2017). Violência autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 22(9), 2841-2850. doi: 10.1590/1413-81232017229.12242017

Cedaro, J.J. e Nascimento, J.P.G. do. (2013). Dor e Gozo: relatos de mulheres jovens sobre automutilações. *Psicologia USP*, 24(2), 203-223. doi: 10.1590/S0103-65642013000200002

Corrêa, Vanessa de Almeida Ferreira, Acioli, Sonia, & Tinoco, Tayane Fraga. (2018). Cuidado do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: práticas e fundamentações teóricas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(Suppl. 6), 2767-2774. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0383>

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

Guimarães, Lucas Melo, & Cunha, Geraldo Marcelo da. (2020). Diferenças por sexo e idade no preenchimento da escolaridade em fichas de vigilância em capitais brasileiras

com maior incidência de dengue, 2008-2017. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(10), e00187219. Epub October 26, 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00187219>

Hedeland R.L., Teilmann, G., Jørgensen, M.H., Thiesen, L.R., Andersen, J. & Study-Associated Pediatric Departments. (2016). Fatores de risco e características das tentativas de suicídio entre 381 adolescentes suicidas. *Acta Paediatrica*, 105(10), 1231-1238. doi: /10.1111/apa.13458

Jorge, J.C., Queirós O. e Saraiva, J. (2015). Descodificação dos comportamentos autolesivos sem intenção suicida – Estudo qualitativo das funções e significados na adolescência. *Análise Psicológica*, 33(2), 207-217. doi: 10.14417/ap.991

Kabad, Juliana Fernandes, Bastos, João Luiz, & Santos, Ricardo Ventura. (2012). Raça, cor e etnia em estudos epidemiológicos sobre populações brasileiras: revisão sistemática na base PubMed. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 22(3), 895-918. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000300004>

Dantas, E. S. O. (2018). SUICÍDIO DE MULHERES EM UM CONTEXTO PSICOSSOCIAL. Dissertação - Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

Monteiro, R.A., Bahia, C.A., Paiva E.A., Sá, N.N.B. de e Minayo, M.C. de S. (2015). Hospitalizações relacionadas a violências autoprovocadas intencionalmente - Brasil, 2002 a 2013. *Ciência e Saúde Coletiva*, 20(3), 689-699. doi: 10.1590/1413-81232015203.16282014

Oliveira, E.C.A., Silva, I.E.P. da, Ferreira R.J. e Barbosa, C.S. (2019). Incompletude dos óbitos por esquistossomose no sistema de informação sobre mortalidade em Pernambuco, 2000-2014. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 8, 343-353. doi: 10.5585/rgss.v8i3.13698

Pereira, M.C. (2019). Evasão escolar: causas e desafios. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, 01(02), 36-51.

Pinto, L.L.T., Miera, S.S., Ribeiro, Í.J.S., Nery, A.A. e Casotti, C.A. (2017). Tendência de mortalidade por violências autoprovocadas intencionalmente no Brasil no período de 2004 a 2014. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 66(4), 203-210. doi: 10.1590/0047-2085000000172

Rocha, Caroline Neubÿser, Silveira, Danielle Bernardi, Camargo, Roger Santos, Fernandes, Simone, Ferigolo, Maristela, & Barros, Helena Maria Tannhauser. (2015). Suicide risk in cocaine addicts with a current depressive episode: feelings and experiences. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 11(2), 78-84. Recuperado em 24 de março de 2021, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762015000200004&lng=pt&tlng=en..](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762015000200004&lng=pt&tlng=en..)

Santos, A.A.D., Barros, D.R., Lima, B.M. de e Brasileiro T. da C. (2019). Automutilação na adolescência: compreendendo suas causas e consequências. *Temas em Saúde*, 18(3), 54-82. Acedido em: <http://temasensaude.com/wp-content/uploads/2019/03/fippsi03.pdf>

Silva, A.C. e Botti, N.C.L. (2018). Uma investigação sobre automutilação em um grupo da rede social virtual Facebook\*. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 14(4), 203-210. doi: 10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.000355

Silva, Júlio César Santos da, Coelho, Maria José, & Pinto, Cecília Maria Izidoro. (2016). Fatores associados aos óbitos entre homens envenenados por carbamato ("chumbinho"). *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(2), e54799. Epub May 31, 2016. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.54799>

Silva RM, Sousa GS, Vieira LIES, Caldas JMP, Minayo MCS. Suicidal ideation and attempt of older women in Northeastern Brazil. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2018;71(suppl 2):755-62. [Thematic Issue: Health of the Elderly] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0413>

Vieira, M.G., Pires, M.H.R. e Pires, O.C. Automutilação: intensidade dolorosa, fatores desencadeantes e gratificantes. *Revista Dor*, 17(4), 257-260.

Waiselfisz, J.J. (2015). *Mapa da violência 2015: Adolescentes de 16 e 17 anos do Brasil*. Rio de Janeiro: Flacso Brasil.