

Análise das notificações de violência autoprovocada no território brasileiro entre 2009 e 2018

Notification Analysis of self-inflicted violence in Brazilian territory between 2009 and 2018

Louyse Jerônimo de Moraes¹, Gabriela de Alcântara Fonseca¹, João Lucas Pordeus de Menezes¹, Patrícia Oliveira Lima de Macedo¹, Vítor Medeiros Delgado¹, Danilo Fernandes Costa¹

RESUMO

Introdução: Os índices de suicídio estão distribuídos de forma desigual pelo mundo. A intencionalidade do ato é o que distingue uma lesão acidental de uma tentativa de suicídio. **Objetivo:** Identificar o perfil epidemiológico das pessoas atendidas e notificadas no setor da saúde como violência autoprovocada entre 2009 a 2018. **Métodos:** Estudo transversal, a partir de dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). A análise descritiva dos casos notificados foi realizada com base nas características sociodemográficas dos indivíduos, assim como, na característica da violência e análise temporal por região brasileira. A comparação de diferenças e distribuição entre proporções foi realizada com o teste do qui-quadrado de Pearson, com nível de significância de 5%. **Resultados:** Embora os dados brutos apontem para mais casos na região Sudeste, a taxa de casos a cada 100 mil habitantes foi maior na região Sul. A distribuição das variáveis sociodemográficas e a natureza da violência foram diferentes entre os sexos. De todas as notificações, 67% delas envolveram pessoas do sexo feminino. A maior parte acometeu indivíduos entre 20 e 59 anos e de raça branca. Casos de violência de repetição foram 72,4%, em mulheres. O método de violência mais utilizado foi o envenenamento. **Conclusão:** O perfil epidemiológico foi constituído por mulheres brancas, de 20 a 59 anos, que costumam utilizar envenenamento como principal método de autoagressão. A falta de algumas informações na coleta de dados indica a necessidade de treinamento dos profissionais de saúde para um melhor preenchimento das fichas de notificação.

Palavras-chave: Comportamento Autodestrutivo; Epidemiologia; Tentativa de Suicídio; Violência.

ABSTRACT

Introduction: Suicide rates has been unequal distributed worldwide. The intentionality of the act is what distinguishes an accidental injury from a suicide attempt. **Objective:** To identify the epidemiological profile of people who attended and were notified in the health sector as self-inflicted violence between 2009 and 2018. **Material and Methods:** Cross-sectional study, using secondary data from the Information System for Notifiable Diseases (ISND). The descriptive analysis of the reported cases was based on the sociodemographic characteristics of the individuals, as well as on the characteristic of violence and temporal analysis according to Brazilian regions. The comparison of differences and distribution between proportions was performed using Pearson's chi-square test, with a significance level of 5%. **Results:** Although the raw data point out to more cases in the Southeast, the rate of cases per 100,000 inhabitants is higher in the South region. The distribution of sociodemographic variables and the nature of violence were different between the sexes. Of all the notifications, 67% of them comprised women. Most of them affected individuals between 20 and 59 years of age and those of white race. Cases of repetitive violence were 72.4%, in women. Poisoning was the most commonly used method of self-inflicted violence. **Conclusion:** The epidemiological profile was made up of white women, between 20 and 59 years old, who usually used poisoning as the main method of self-injury. The lack of some information in the data collection points out the need for training of health professionals to better fill out the notification records.

Keywords: Self-Injurious Behavior; Epidemiology; Suicide, Attempted; Violence.

Contribuição dos autores: LIM coleta e tabulação dos dados, delineamento do estudo e redação do manuscrito. GAF redação do manuscrito. JLPM coleta dos dados e redação do manuscrito. POLM redação do manuscrito. VMD redação do manuscrito. DFC orientação do projeto e revisão do manuscrito.

Contato para correspondência:
Louyse Jerônimo de Moraes

E-mail:
louyse.morais@hotmail.com

Conflito de interesses: Não

Financiamento: Não há

Recebido: 15/03/21
Aprovado: 06/05/22



INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define violência como a utilização de forma intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra uma pessoa, grupo ou comunidade, até mesmo contra si próprio, resultando ou podendo resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação¹. A

notificação de casos de violência interpessoal e autoprovocada é compulsória no Brasil. Ela é um elemento essencial na atenção integral às pessoas; uma vez que dá visibilidade aos casos de violência, favorecendo a formulação de políticas públicas e de ações de prevenção e permitindo que a rede de proteção e de garantia de direitos seja acionada e articulada².

A OMS classifica a violência em três categorias: interpessoal, coletiva e autoinfligida ou autoprovocada intencionalmente. A violência autoprovocada abrange comportamentos violentos, incluindo ato suicida e agressão a si próprio¹. Anualmente, cerca de 800 mil pessoas tiram a própria vida no mundo, sendo que 79% dos suicídios ocorreram em países de baixa e média renda, em 2016. O suicídio foi responsável por 1,4% de todas as mortes no mundo, tornando-se a 18ª causa de morte nesse mesmo ano³.

Existem várias situações de vulnerabilidade associadas ao risco de suicídio, a exemplo de doenças físicas incapacitantes, enfermidades mentais, abuso de álcool e outras drogas, assim como, problemas familiares e socioeconômicos. Durante a infância e a adolescência, são mais relevantes os abusos físicos e sexuais no núcleo intrafamiliar⁴.

Os índices de suicídio estão distribuídos de forma desigual pelo mundo. Alguns aspectos, particularmente, possuem grande relevância na epidemiologia da violência autoprovocada, como sexo, idade, cultura e etnia⁵. Em geral, a violência contra si mesmo é subnotificada, mesmo em países com bom sistema de notificação. Segundo a OMS, apenas 25% dos que tentam se matar entram em contato com os hospitais^{6,7}.

A importância das ações de notificação, monitoramento e vigilância no campo do suicídio apresenta como marco legal a Portaria MS/GM Nº 1.876/2006, que institui as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio^{8,9}. Pode-se verificar que há uma subnotificação dos registros de violência autoprovocada; uma vez que requer reflexões subjetivas acerca do cuidado realizado pelo profissional de saúde para a determinação da intencionalidade do ato de violência, já que é isso que distingue uma lesão acidental de uma tentativa de suicídio. A intencionalidade do ato suicida é o que distingue uma lesão acidental de uma tentativa de suicídio⁹.

Diante desta situação, o presente estudo tem como objetivo caracterizar o perfil das pessoas atendidas e notificadas no setor da saúde como violência autoprovocada em uma análise retrospectiva de 2009 a 2018.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, de caráter documental, realizado com base em dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), entre os anos de 2009 e 2018. A análise descritiva dos casos notificados foi realizada com base nas características sociodemográficas dos indivíduos, de acordo com as informações e classificações disponibilizadas no SINAN: ciclo de vida (< 10 anos, 10-19 anos, 20-59 anos e > 60 anos), sexo (feminino e masculino), raça (parda, preta, amarela, branca e indígena) e escolaridade (anos de estudo). A região de notificação foi analisada em conjunto com a tendência temporal dos casos de violência autoprovocada. Além disso, as características deste tipo de violência também foram avaliadas, tais como: local de ocorrência, presença de violência de repetição e método utilizado para a autoagressão. A partir dos dados coletados, foram apuradas frequências simples absolutas e percentuais para as variáveis categóricas, as quais foram organizadas em Tabelas e Gráficos.

A comparação de diferenças e distribuição entre proporções foi realizada com o teste do qui-quadrado de Pearson, com nível de significância de 5%. As taxas de notificação a cada 100 mil habitantes, de acordo com as regiões, foram calculadas ao longo do período estudado. Os dados atualizados para a população de cada região/estado foram obtidos no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), tendo como base o censo de 2010. A construção

das Tabelas e análise estatística dos dados obtidas foram realizadas, respectivamente, por meio dos programas Microsoft Excel e SPSS Statistics 2.0.

Não foi necessário realizar submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), uma vez que o estudo utilizou dados secundários de domínio público, a partir do SINAN.

RESULTADOS

No intervalo de tempo estudado, foram notificadas 344.613 lesões autoprovocadas em todo o território brasileiro, o que representou 18,2% de todos os casos de violência. Em 2009, foram notificados 3.941 casos de violência autoprovocada, ao passo que, em 2018, dez anos depois, as notificações subiram para 89.272. Esse número é 22,6 vezes maior que a quantidade notificada, em 2009.

A avaliação por região brasileira mostrou que, embora os dados brutos apontem para mais casos na região Sudeste, a taxa de casos a cada 100 mil habitantes é maior na região Sul. No ano de 2018, a taxa de notificações a cada 100 mil habitantes na região Sul foi de 88,6. Em seguida, vêm as regiões Sudeste, Centro-Oeste, Nordeste e Norte, as quais apresentaram, respectivamente, 53,63, 47,61, 22,8 e 19,63 casos notificados a cada 100 mil habitantes nesse ano (Figura 1).

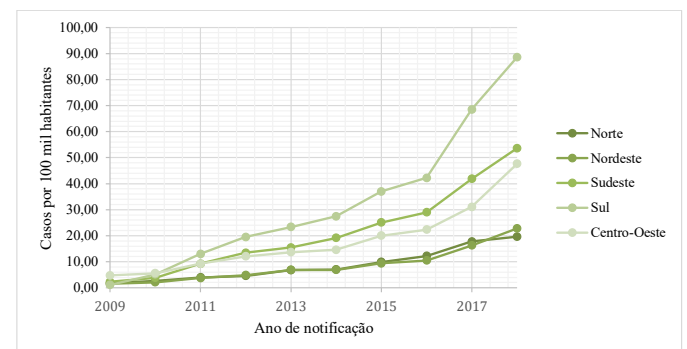


Figura 1: Distribuição das notificações de violência autoprovocada a cada cem mil habitantes por região brasileira ao longo de dez anos. Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)¹⁰

Diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,001$) foram obtidas na distribuição das variáveis sociodemográficas e quanto à natureza da violência, em função do sexo dos indivíduos (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas de indivíduos que cometeram violência autoprovocada no Brasil entre 2009 e 2018, segundo dados do SINAN.

Características	Feminino		Masculino		p-valor
	N = 231196	67%	N = 113392	32,90%	
	N	%	N	%	
Ciclo de vida					
< 10 anos	2470	1,10	2161	1,90	p < 0,001
10-19 anos	66932	29	23415	20,70	
20-59 anos	154916	67	80737	71,20	
> 60 anos	6781	2,90	7036	6,20	
Raça					
Branca	115349	56,50	54803	54,30	p < 0,001
Negra	14157	6,90	7630	7,60	
Parda	72000	35,30	36653	36,30	
Amarela	1549	0,80	778	0,80	
Indígena	10611	0,50	1014	1	
Escaridade (anos de estudo)					
Nenhum	1605	1,10	1338	2	p < 0,001
1-3 anos	10293	7,10	7243	10,70	
4-7 anos	41105	28,40	19712	29,20	
8-11 anos	42734	29,60	18483	27,30	
≥ 12 anos	48847	33,80	20830	30,80	

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)¹⁰/ Ministério da Saúde *Há divergência no somatório dos registros de notificação devido à não contabilização dos dados em branco ou ignorados.

De todas as notificações, 67% delas envolveram pessoas do sexo feminino. A maior parte acometeu indivíduos entre 20 e 59 anos (68,4%; n = 235.672) e a raça mais notificada foi a raça branca (49,4%; n = 170.156). No que se refere à escolaridade, a violência autoprovocada foi mais comum em indivíduos com mais de 12 anos de escolarização tanto no sexo masculino quanto no feminino. No entanto, é válido ressaltar que, em cerca de 40% (n = 132.418) de todas as notificações, não constam dados sobre escolaridade, os quais não foram contabilizados na análise estatística. Sendo assim, os dados podem estar subestimados ou superestimados.

Foi observado que 32,9% dos casos (n = 113.348) consistiram em violência autoprovocada de repetição, sendo importante apontar que 24,5% (n = 84.286) das notificações constaram esse dado como ignorado ou em branco. Isso indica que os números que representam o caráter de repetição podem estar subestimados. Além disso, é válido destacar que, de todos os casos de violência de repetição; 72,4% foram em mulheres (n = 82.031). No que se refere ao local de ocorrência; 80,5% dos casos ocorreram na própria residência dos indivíduos (n = 277.400).

Quanto ao método utilizado para a autoagressão, destaca-se o envenenamento como sendo o principal responsável pelos casos (49,8%; n = 171.767). Este método é particularmente significativo no sexo feminino, uma vez que representou 53,7% (n = 124.165) das notificações por autoagressão nesse gênero (Tabela 2).

Tabela 2. Características da violência autoprovocada cometida no Brasil entre 2009 e 2018, de acordo com o SINAN.

Características	Feminino		Masculino		p-valor
	N	%	N	%	
Violência de repetição					p < 0,001
Sim	82031	46,50	31312	37,30	
Não	94333	53,50	52635	62,70	
Local da ocorrência					p < 0,001
Residência	194148	90,30	83237	80	
Escola	2180	1	919	0,90	
Via pública	9449	4,40	10363	10	
Outros	9330	4,30	9487	9,10	
Meio utilizado					p < 0,001
Arma de fogo	1036	0,40	3494	3%	
Envenenamento	124165	52,90	47590	41,10	
Substância/ Objeto quente	3079	1,30	1643	1,40	
Objeto perfuro- cortante	27073	11,50	16531	14,30	
Objeto contundente	3091	1,30	2117	1,80	
Enforcamento	9242	3,90	14848	12,80	
Força corporal/ espancamento	19210	8,20	8909	7,70	
Outra agressão	47638	20,30	20647	17,80	

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)¹⁰

*Há divergência no somatório dos registros de notificação devido à não contabilização dos dados em branco ou ignorados.

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo mostram crescimento do número de notificações de violência autoprovocada em todas as regiões do Brasil. Tal crescimento pode ser devido a um real aumento deste tipo de violência, mas também a uma melhora no sistema de notificações. Neste sentido, a modernização dos instrumentos e métodos de coleta e organização das notificações podem ter impactado substancialmente e elevado o número de casos notificados. Devido à ampliação do número de casos, a criação de políticas públicas

voltadas à prevenção de lesões autoprovocadas alicerçadas nos dados gerados pelas notificações é fundamental.

Incluir aspectos como os ciclos da vida, censo populacional, economia, sócio demografia, etnia, sexo, além de modalidade, local e se houve ou não repetição da agressão torna este trabalho enriquecedor no que tange a discussão sobre as vítimas da violência autoprovocada. Isso se justifica porque, de certa forma, este estudo auxilia na definição do risco de cometer suicídio e, assim, torna mais fácil preveni-lo. Recomenda-se que todos os pacientes que são alocados para emergências - e quando é possível associar os casos com lesão autoprovocada - devem ser rastreados quanto a este risco¹¹.

É válido ressaltar que as diferenças existentes entre as regiões abordadas são sobremaneira influenciadas pela forma de construção socioeconômica e fatores culturais arraigados¹². Assim, as formas como cada população de determinada localidade lida com as lesões autoprovocadas devem ser consideradas. Um trabalho semelhante mostrou que há elevadas taxas de lesões autoprovocadas em adolescentes na região Sul do país. Os autores explicam que pode haver uma combinação de condicionantes sociodemográficos, socioculturais, econômicos e psico-biológicos que podem explicar esse dado^{13,14}. A cultura predominantemente alemã e a consequente "imigração" da taxa de suicídio do país de origem, bem como, a tradição do patriarcado, baixa escolaridade e grande incidência de transtornos mentais, em conjunto ao histórico geracional de suicídio, são questões relevantes para a reflexão acerca desse assunto¹⁴.

Deve ser destacado também um estudo que descreveu internações hospitalares decorrentes de lesões autoprovocadas intencionalmente atendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O trabalho ressaltou como fator significativo para o grande número de casos na região Sudeste o maior contingente populacional e outros fatores ambientais¹⁵.

Quanto aos ciclos de vida, é indicada maior prevalência de casos em adultos com idade entre 20 e 59 anos. Isso corrobora com a literatura, coexistindo, inclusive, uma tendência mundial para o aumento da mortalidade por lesões autoprovocadas nessa faixa etária, demonstrando-se forte associação com o mercado de trabalho¹⁶.

A predominância de 67% das notificações de violência autoprovocada no sexo feminino pode ser vista como um resultado da organização ainda patriarcal da sociedade, com desigualdades na distribuição de poder entre os gêneros, além da atribuição ou naturalização de estereótipos e papéis específicos a eles. Assim, foram construídas hierarquias de poder que valorizam o homem em detrimento da mulher, legitimam a dominação masculina e expõem as mulheres a situações de violência ao longo da vida.

A ausência de autonomia sexual e reprodutiva exemplificada pelo início precoce da vida sexual feminina através do estupro, pela criminalização de abortos, gravidez indesejada e maternidade obrigatória podem exprimir riscos para autoagressão. Ademais, são frequentes os problemas com a imagem corporal devido à pressão social pelo corpo ideal, a violência (verbal, psicológica, física, sexual, patrimonial, institucional) sofrida em casa, a divisão sexual do trabalho e ausência de remuneração para as atividades domésticas, a determinação da responsabilidade pela manutenção do casamento e pelo cuidado da casa e dos filhos, assim como o exercício da prostituição e a exploração sexual¹⁷.

Tal conjuntura sociocultural também pode elucidar os resultados encontrados em relação ao método utilizado para a autoagressão entre homens e mulheres, uma vez que se adotam comportamentos autodestrutivos congruentes com as peculiaridades de cada gênero.

Houve um predomínio do sexo feminino quanto ao método da autointoxicação, principalmente, no uso de drogas medicamentosas, já quanto aos homens, eles prevalecem no uso de métodos mais letais como enforcamento e uso de armas de fogo. Fato que pode indicar que métodos mais letais sejam socialmente mais aceitos para homens, podendo o uso de medicamentos ser visto como sinal de fraqueza ou covardia nesse grupo^{18,19}.

Ademais, embora os dados sugiram uma pequena prevalência da violência autoprovocada em homens quando se compara com as mulheres, deve-se ressaltar que indivíduos do sexo masculino costumam ser mais atingidos por outros tipos de violência, a exemplo do homicídio. Segundo o atlas da violência gerido pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) com a colaboração do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP) no período de 2009 a 2017, 477.406 homens foram vítimas de homicídio, o que representa 91,95% dos homicídios cometidos nesse período, enquanto 41.800 mulheres foram vítimas de homicídio entre esses anos, correspondendo por 8,05% do total¹⁹. Os homens também são as principais vítimas de acidentes de trânsito fatais, havendo 335.837 mortes entre pessoas do sexo masculino por essa causa entre 2009 e 2018, enquanto 73.065 mulheres vieram a óbito por motivo semelhante nesse período, segundo informações do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)²¹.

A constatação de maior utilização de mecanismos mais letais por parte dos homens evidencia dados sugeridos por outros estudos. Tais pesquisas mostram que os homens apresentam maior sucesso para culminar em óbito do que as mulheres e estas mostram maior tendência a praticar tentativas de suicídio⁷.

Quanto à raça acometida, percebe-se que há uma grande prevalência das notificações na raça branca em detrimento de outras raças, sobretudo, a negra. De fato, um estudo de revisão de literatura brasileira mostrou que a população negra, em especial, as mulheres, têm sua adesão e acesso aos serviços de saúde limitados devido às inadequações na oferta da assistência, problemas estruturais, fatores sociais e econômicos, além do desrespeito à diversidade cultural, étnica e cultural²². Sendo assim, é importante que haja ações visando melhorar a acessibilidade e adesão dessa parcela da população, pensando em tal hipótese, a fim de reduzi as margens de erro das notificações de casos de lesões autoprovocadas.

Somado a estes aspectos, ainda há a questão de que alguns estudos mostram que mais da metade dos profissionais de saúde possuem conhecimento do que é uma violência interpessoal e autoprovocada, mas não sabem da existência da ficha de notificação^{23,24}. Tal dado nos revela que, apesar do visível crescimento do número de notificações de violência autoprovocada, esse número ainda pode estar subestimado devido à falta de conhecimento por parte dos profissionais de saúde.

Desse modo, uma limitação do presente estudo é o viés de seleção, pois os dados coletados podem não representar a real totalidade de casos de violência autoprovocada no território brasileiro. Sendo assim, há de se ressaltar que o treinamento dos profissionais de saúde é fundamental para a melhoria do sistema de notificações. Nesse sentido, deve-se incluir não só o conhecimento da existência da ficha de notificação, mas também a importância do seu correto preenchimento, levando em consideração dados relevantes, como a escolaridade e a violência de repetição.

Apesar destas limitações, é importante destacar que o SINAN foi implantado gradualmente a partir do início da década de 1990²⁵ e é um programa que vem se modernizando e se ampliando cada vez mais, ultimamente. Por ter como objetivo a coleta, a transmissão e

a disseminação dos dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional²⁶, o sistema apresenta diversas potencialidades no que se refere à democratização da informação e ao planejamento em saúde²⁵. Além disso, o programa, em sua amplitude de dados, possibilita o estudo da história natural de um agravo ou doença, a indicação de riscos aos quais a população está exposta, a análise do perfil de morbidade e a realização de um diagnóstico dinâmico da situação^{25,26}, sendo uma ferramenta essencial para o estudo em saúde e que deve ser valorizada como tal.

Ainda sobre a questão da equipe de saúde, é importante observar que a saúde mental é um dos seus objetivos de trabalho. Neste contexto, a promoção de vínculo entre usuários, familiares e profissionais de saúde, promovida através do princípio da longitudinalidade do SUS, é um fator favorável na ampliação do potencial terapêutico, aproximando os indivíduos e evitando a violência autoprovocada de repetição^{27,28}.

Este estreitamento de laços entre a comunidade e o serviço de saúde fortalece o empoderamento individual e coletivo e proporciona, inclusive, uma terapêutica desmedicalizante. Atualmente, existem diversos avanços na busca por uma maior humanização da assistência à saúde, por meio da Política Nacional de Humanização e da Política Nacional de Promoção à Saúde. Estas políticas buscam considerar o indivíduo integralmente como um ser inserido socialmente, no entanto, o que ocorre é que, na prática, ainda há muitas batalhas a serem conquistadas, especialmente, no que se refere às pessoas em sofrimento mental. Muitos ainda consideram a doença do ser, não dando valor à integralidade do indivíduo, o que torna a medicalização algo frequente e banaliza o uso de psicofármacos²⁸.

CONCLUSÃO

O presente trabalho mostrou o quanto ainda há para se problematizar na saúde mental brasileira, incluindo o perfil epidemiológico constituído por mulheres brancas adultas e a grande prevalência de casos na região Sul. Ainda assim, foi observada uma melhoria significativa na notificação dos casos com base no SINAN, o que revela a importância de tal instrumento para a realização de estudos epidemiológicos.

É recomendado que sejam realizados trabalhos que busquem utilizar outros tipos de dados, e não apenas os secundários, com vistas a se adquirir mais conhecimentos acerca deste tema e levantar mais questões a serem refletidas.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Geneva: World report on violence and health [monografia na Internet]. Geneva: WHO; 2002 [acesso em 2020 Dez 31]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf?sessionid=93283D0941B5891AD-2F80B48AB2FEC68?sequence=1
2. Ministério da Saúde. Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas [monografia na Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017 [acesso em 2020 Dez 31]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/notificacao_violencias_interpessoais_autoprovocadas.pdf
3. World Health Organization Suicídio: fatos importantes; 2019 [acesso em 2020 Dez 31]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
4. Cezar PK, Arpini DM, Goetz ER. Registros de notificação compulsória de violência envolvendo crianças e adolescentes. *Psicol Ciênc Prof.* 2017;37(2):432-45. doi.org/10.1590/1982-3703001942015
5. Ibituruna TR. Análise das fichas de notificação de violência autoprovocada entre jovens (de 10 a 24 anos) registradas em um hospital terciário do Distrito Federal no período de janeiro de 2017 a maio de 2018 [trabalho de conclusão de curso]. Brasília (DF): Universidade de Brasília - UnB; 2019.
6. Bahia CA, Avanci JQ, Pinto LW, Minayo MCS. Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2017;22(9): 2841-50. doi.org/10.1590/1413-81232017229.12242017

7. World Health Organization [homepage na Internet]. Geneva: WHO; 2020 [acesso em 2020 Dez 31]. The world health report 2003: shaping the future. Disponível em: <https://www.who.int/whr/2003/en/>
8. Ministério da Saúde [homepage na Internet]. [acesso em 2020 Dez 31]. Portaria Nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão; [aproximadamente 8 telas]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html
9. Rodrigues KFB. Caracterização da violência autoprovocada em Campos dos Goytacazes/RJ: uma análise no campo da política pública de saúde mental [dissertação]. Campos dos Goytacazes: Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro - UENF; 2018.
10. Brasil [homepage na Internet]. Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan: Violência interpessoal/autoprovocada; 2009-2018 [acesso em 2020 Dez 31]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinanet/cnv/violebr.def>
11. Ballard ED, Cwik M, Storr CL, Goldstein M, Eaton WW, Wilcox HC. Recent medical service utilization and health conditions associated with a history of suicide attempts. *Gen Hosp Psychiatr.* 2014;36(4):437-41. doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2014.03.004
12. Pinto LLT, Meira SS, Ribeiro IJS, Nery AA, Casotti CA. Tendência de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente no Brasil no período de 2004 a 2014. *J Bras Psiquiatr.* 2017;66(4):203-10. doi.org/10.1590/0047-2085000000172
13. Bahia CA, Avanci JQ, Pinto LW, Minayo MCS. Notificações e internações por lesão autoprovocada em adolescentes no Brasil, 2007-2016. *Epidemiol Serv Saúde.* 2020;29(2):e2019060. doi.org/10.5123/S1679-49742020000200006
14. Gomes THM, Garcia LAA, Casaburi LE, Santos, AS. Mortalidade por suicídio da população idosa de um município do interior mineiro. *Rev Atenção Saúde.* 2020;18(64):1-8. doi.org/10.13037/ras.vol18n64.5882
15. Monteiro RA, Bahia CA, Paiva EA, Sá NNB, Minayo MCS. Hospitalizations due to self-inflicted injuries - Brazil, 2002 to 2013. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2015;20(3):689-99. doi.org/10.1590/1413-81232015203.16282014
16. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2012: uma análise da situação de saúde e dos 40 anos do Programa Nacional de Imunizações [monografia na Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 2020 Dez 31]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2012_analise_situacao_saude.pdf
17. Meneghel SN, Moura R, Hesler LZ, Gutierrez DMD. Tentativa de suicídio em mulheres idosas – uma perspectiva de gênero. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2015;20(6):1721-30. doi.org/10.1590/1413-81232015206.02112015
18. Palma DCA, Santos ES, Ignotti E. Análise dos padrões espaciais e caracterização dos suicídios no Brasil entre 1990 e 2015. *Cad Saúde Pública.* 2020;36(4):e00092819. doi.org/10.1590/0102-311X00092819
19. Mata KCR, Daltro MR, Ponde MP. Perfil epidemiológico de mortalidade por suicídio no Brasil entre 2006 e 2015. *Rev Psicol Diversid Saúde.* 2020;9(1):74-87. doi.org/10.17267/2317-3394rps.v9i1.2842
20. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA [homepage na internet]. Atlas da Violência; 2009-2017 [acesso em 2020 Dez 31]. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/dados-series/17>.
21. Brasil [homepage na internet]. Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM; 2009-2018 [acesso em 2020 Dez 31]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10uf.def>.
22. Silva NN, Favacho VBC, Boska GA, Andrade EC, Mercês NP, Oliveira MAF. Acesso da população negra a serviços de saúde: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(4):e20180834. doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0834
23. Girianelli VR, Ferreira AP, Vianna MB, Teles N, Erthal RMC, Oliveira MHB. Qualidade das notificações de violências interpessoal e autoprovocada no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2009-2016. *Cad Saúde Coletiva.* 2018;26(3):318-26. doi.org/10.1590/1414-462X201800030075
24. Cruz NPS, Silva MC, Santos HL, Oliveira CM. Preenchimento da ficha de notificação compulsória de violência interpessoal e autoprovocada: desafios enfrentados pelo profissional de Saúde. *Rev Hum@nae.* 2019;13(2):1-16.
25. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de informação de agravos de notificação–Sinan: normas e rotinas [monografia na Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006 [acesso em 2020 Dez 31]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_informacao_agravos_notificacao_sinan.pdf
26. Escosteguy CC, Pereira AGL, Medronho RA. Três décadas de epidemiologia hospitalar e o desafio da integração da Vigilância em Saúde: reflexões a partir de um caso. *Ciênc Saúde Colet.* 2017;22(10):3365-79. doi.org/10.1590/1413-812320172210.17562017
27. Fernandes ADSA, Matsukura TS, Lourenço MSG. Práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Básica: identificando pesquisas no contexto brasileiro. *Cad Bras Ter Ocup.* 2018;26(4):904-14. doi.org/10.4322/2526-8910.ctoar1162
28. Roque ACM. O serviço de saúde mental sob o olhar dos adolescentes acompanhados pela estratégia Saúde da Família [dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2019.