



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

ANA CAROLINA BRAGA GALVÃO

**ANÁLISE DAS FICHAS DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA
AUTOPROVOCADA NO DISTRITO FEDERAL**

BRASÍLIA

2021

ANA CAROLINA BRAGA GALVÃO

**ANÁLISE DAS FICHAS DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA
AUTOPROVOCADA NO DISTRITO FEDERAL**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (FS-UnB), como requisito parcial para a conclusão do curso.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Maria da Glória Lima.

BRASÍLIA

2021

ANA CAROLINA BRAGA GALVÃO

**ANÁLISE DAS FICHAS DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA
AUTOPROVOCADA NO DISTRITO FEDERAL**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (FS-UnB), como requisito parcial para a conclusão do curso.

BANCA EXAMINADORA

Professora Dra. Maria da Glória Lima – Presidente
Departamento de Enfermagem, Universidade de Brasília

Professor Dr. Alisson Fernandes Bolina – Membro Efetivo
Departamento de Enfermagem, Universidade de Brasília

Professora Dra. Mariana Andre Honorato Franzoi - Membro Efetivo
Departamento de Enfermagem, Universidade de Brasília

Professor Dr. Jonas Lotufo Brant de Carvalho – Membro Suplente
Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília

Aprovado em:

Brasília, 18 de maio de 2021

DEDICATÓRIA

A minha mãe, Jurema Braga.

A minha irmã, Mariane Gomes.

Meus tios João Luiz, Joana Braga e Maria Isabel.

As amigas Francisca Creusa , Maria Ferreira e Maria da Purificação.

AGRADECIMENTOS

A maior gratidão está em poder contar aqui esta história, que por meio da luta de minha mãe, que em meio a tantos dias quentes de sol ardente e a noites frias vendendo salgados nas ruas e reciclando latas comigo e com meu irmão Breno, fez o possível e o impossível para me dar condições para eu poder estudar e hoje estar aqui contando minha trajetória em meio a tantas circunstâncias. Ensinou sobre a importância do conhecimento, o valor que o próximo tem e sobretudo a humildade. Minha admiração em forma de mulher, forte, batalhadora e determinada.

Ao presente que a vida me deu em forma de pessoa, minha irmã e melhor amiga Mariane, que sempre me incentiva a ser melhor, a ter coragem e a não desistir jamais. Obrigada por ser minha família.

Aos meus tios João Luis e Joana Braga e Maria Isabel que sempre me apoiaram em todos os meus sonhos, foram minhas inspirações de seres humanos e de perseverança.

Aos amigos que fiz ao longo do caminho universitário, que estiveram ao meu lado nos momentos mais difíceis da graduação.

A amizade que construí com Francisca Creusa (Fran) , Maria Ferreira (Mazé) e Maria da Purificação (Lia), no Bloco de Salas Sul da Universidade de Brasília enquanto aguardava nos corredores entre uma aula e outra, das quais muitas vezes estive faminta e cansada, e elas sempre me apoiaram com carinho. Vocês são exemplo de garra e bravura. Obrigada pela amizade de vocês em minha vida.

A todos professores que tive durante a graduação, em especial à professora Glória Lima, minha orientadora com quem compartilhei momentos importantes de minha vida e que pude construir um enorme carinho e admiração.

A professora Andréa Mathes que foi fundamental na minha trajetória acadêmica, no momento mais difícil da minha vida esteve presente e se fez amiga. Obrigada por tudo.

Meu agradecimento a todos que nunca descreditaram de mim, que contribuíram e que ainda contribuem para que eu continue escrevendo minha história.

EPÍGRAFE

“Aprender é de longe a maior recompensa.”

(William Hazlitt)

GALVÃO, Ana Carolina Braga. Análise das Fichas de Notificação de Violência Autoprovocada no Distrito Federal. TCC (Graduação) – Universidade de Brasília. Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (FS-UnB), 2021.

RESUMO

INTRODUÇÃO: O avanço das violências na sociedade, dentre elas, a violência autoprovocada, que é o ato violento realizado pela própria pessoa contra si mesmo, sendo assim subdividida em autoagressão ou em comportamento suicida; tem se tornado um problema em larga escala, atingindo quantidade cada vez maior de pessoas, o que engloba diferentes aspectos da sociedade advindos de fatores internos e externos derivados de cada indivíduo. **OBJETIVO:** Analisar o perfil de saúde e sociodemográfico dos casos notificados de violência autoprovocada no Distrito Federal. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, com análise documental de dados secundários da base do Sistema de Informações de Agravos de Notificação, SINAN, fornecido pelo Ministério da Saúde, do ano de 2019. Para análise dos dados utilizou-se o Epi Info e a estatística descritiva simples, com dados apresentados em tabelas. **RESULTADOS:** Os resultados evidenciaram nos casos notificados elevada frequência quanto ao número de registros de violência interpessoal referentes as vítimas do sexo feminino quando comparadas ao sexo masculino; predominância em indivíduos adultos entre 25 e 59 anos em ambos os sexos; diferenças significativas quanto à escolaridade do autor da violência, com total pertinente a maior parte de casos registrados no Ensino Médio completo e baixo registro perfil da vítima, elevado número de registros notificados como ignorados nas variáveis escolaridade e raça quanto ao meio de agressão utilizado; , nota-se que 16.07% das lesões autoprovocadas decorreram do uso de objetos perfuro-cortantes. Em 4,61% dos casos houve registro de violência motivada por conflito geracional. Foi possível observar 1,16% das mulheres notificadas quanto a violência motivada por sexismo ou atitude de discriminação, pode-se verificar que no ano de 2019 0,56% de Mulheres Transexuais apresentaram reincidência a nível da lesão, seguido por 0,26% de Homens Transexuais, e 0,03% de Travestis. Constata-se que a maior taxa de frequência dos encaminhamentos realizados aos usuários ocorre na rede de saúde, em torno de 80,0% mas também em diferentes pontos da rede pública, em uma ação em rede intersetorial. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os resultados evidenciam que o fenômeno da violência autoprovocada requer compreensão em uma perspectiva biopsicossocial acerca dos fatores agravantes, para que mediante a qualificação do processo do registro do preenchimento das fichas de notificação possam direcionar as ações de vigilância a saúde e ajudar a tomada de decisão no âmbito da gestão e do processo de intervenções adequadas em saúde, com ações de promoção e prevenção nessas situações de violências autoprovocadas.

DESCRITORES: Violência Autoprovocada; Suicídio; Saúde Mental.

GALVÃO, Ana Carolina Braga. Análise das Fichas de Notificação de Violência Autoprovocada no Distrito Federal. TCC (Graduação) – Universidade de Brasília. Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (FS-UnB), 2021.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The advance of violence in society, among them, self-inflicted violence, which is the violent act carried out by the person against himself, thus being subdivided into self-harm or suicidal behavior; it has become a problem on a large scale, reaching an increasing number of people, which encompasses different aspects of society arising from internal and external factors derived from each individual.

OBJECTIVE: To analyze the health and sociodemographic profile of reported cases of self-harm in the Federal District. **METHODS:** This is a descriptive epidemiological study, with documentary analysis of secondary data from the base of the Information System for Notifiable Diseases, SINAN, provided by the Ministry of Health, in the year 2019. For data analysis, we used Epi Info and simple descriptive statistics, with data presented in tables. **RESULTS:** The results showed in the notified cases a high frequency as to the number of records of interpersonal violence referring to female victims when compared to male; predominance in adult individuals between 25 and 59 years old in both sexes; significant differences as to the education level of the perpetrator of the violence, with most pertinent cases recorded in high school complete and low profile of the victim, high number of records reported as ignored in the variables education and race regarding the means of aggression used; , it is noted that 16.07% of self-inflicted injuries resulted from the use of sharp objects. In 4.61% of the cases, there was a record of violence motivated by generational conflict. It was possible to observe 1.16% of the women notified regarding violence motivated by sexism or an attitude of discrimination, it can be seen that in 2019 0.56% of Transsexual Women presented recurrence in terms of injury, followed by 0.26% of Transsexual Men, and 0.03% of Transvestites. It appears that the highest frequency of referrals made to users occurs in the health network, around 80.0% but also in different points of the public network, in an action in an intersectoral network. **FINAL CONSIDERATIONS:** The results show that the phenomenon of self-inflicted violence requires understanding in a biopsychosocial perspective about the aggravating factors, so that through the qualification of the registration process of filling out the notification forms, they can direct the health surveillance actions and help the taking decision-making within the scope of management and the process of appropriate health interventions, with actions to promote and prevent these situations of self-harm.

DESCRIPTORS: Self-harmed violence; Suicide; Mental health.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1.	Distribuição das frequências absolutas e percentuais dos casos notificados de violência autoprovocada, segundo sexo. Distrito Federal, 2018 - 2019.	11
Tabela 2.	Distribuição das frequências percentuais de variáveis do perfil de casos notificados de violência autoprovocada, segundo sexo. Distrito Federal, 2019.	12
Tabela 3.	Distribuição das frequências percentuais de identidade de gênero e orientação sexual de casos notificados de violência autoprovocada, segundo sexo biologicamente atribuído ao nascimento. Distrito Federal, 2019.	14
Tabela 4.	Distribuição das frequências percentuais de identidade de gênero, segundo reincidência de casos notificados de violência autoprovocada. Distrito Federal, 2019.	15
Tabela 5.	Distribuição das frequências percentuais de encaminhamentos de casos notificados de violência autoprovocada, segundo sexo. Distrito Federal, 2019.	16

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	1
2	REFERENCIAL TEÓRICO	5
3	OBJETIVO	8
4	MÉTODO	9
5	RESULTADOS	11
6	DISCUSSÃO	18
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
	REFERÊNCIAS	24
	ANEXO: Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada do Ministério da Saúde	26

1 INTRODUÇÃO

Cada vez mais presente na sociedade atual, a violência autoprovocada tem se tornado um problema em larga escala, apresentando-se como um sinalizador a respostas de conflitos e sofrimentos internos, ocorrendo em variados perfis epidemiológicos. Com o natural desenvolvimento da sociedade, principalmente no âmbito das tecnologias e da saúde, as pessoas recebem a natural transformação destes meios e como fator desencadeia mudanças singulares, algumas positivas, outras negativas mediante o contexto de cada indivíduo. Por meio de tais fatores, a violência autoprovocada apresenta-se presente no cotidiano das pessoas acompanhada de sentimentos de impotência para reverter situações de sofrimento, sendo considerado um agravo de grande magnitude para a saúde da sociedade, tornando-se uma questão de saúde pública (Monteiro et al., 2015).

Segundo a WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al* (2014) dentre os mais conhecidos casos de violência autoprovocada está o suicídio. O suicídio concretizado de forma fatal está entre as dez primeiras causas de maior número de óbitos no mundo, atingindo em sua grande maioria jovens e jovens adultos, gerando inúmeros impactos para a sociedade. Segundo a Organização mundial de saúde (OMS), a violência autoprovocada ou auto infligida engloba a ideação suicida, autoviolência, tentativas e a consumação do suicídio em si.

Derivada da categoria de tipologia das violências, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2002 classificou a violência em três diferentes formas: interpessoal, coletiva e auto infligida. A violência de forma interpessoal se caracteriza por meio do uso intencional do poder ou da força física em contexto comunitário e extrafamiliar, como também em condições doméstica e intrafamiliar, seja em agravos reais ou em forma de ameaças, destacando a intencionalidade do ato violento. A forma coletiva inclui todas as formas violência física, sexual ou psicológica praticadas por pessoas reunidas em numerosos grupos de indivíduos contra outros, ou por intermédio dos Estados. A última forma, também denominada como violência autoprovocada, é realizada pela própria pessoa contra si mesma, sendo assim subdividida em autoagressão ou em comportamento suicida. (WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.*, 2014).

Indivíduos que realizam autoagressão em que tais ações não apresentem como resultados danos fatais, apresentam comportamentos para se ferir sem intenção de

autocídio, sendo este derivado dos comportamentos autoagressivos dos quais iniciam-se com a ameaça, seguida pela tentativa, englobando atos de automutilação, desde arranhaduras, cortes e mordidas, até a amputação de membros na própria vítima; São estes identificados por meio de ideações suicidas, da qual não está necessariamente relacionada ao desejo de encerrar a própria vida, podendo agravar-se por meio do estímulo de pensamentos que incentivam tal desejo, acompanhados de um projeto consumação para a realização do ato de autoextermínio. (Monteiro et al., 2015).

Ao se considerar tais comportamentos violentos não fatais, pode-se afirmar que a violência autoprovocada resulta de um ato de violência praticado pela própria pessoa, de forma consciente e autodestrutiva, derivados de situações descritas como intencionais, relacionadas a abusos de drogas lícitas e ilícitas, automedicação e outros variados fatores, e assim resulta possivelmente no cessar voluntário à própria vida, porém em nenhuma de tais manifestações individuais da violência referida, o objetivo final está inerentemente relacionado ao desejo de extermínio e cessar da vida, caracterizando-se assim a violência autoprovocada (ROBERTO *et al.*, 2019).

Diversos casos não são devidamente notificados, o que gera a subnotificação e divergências quanto a qualidade e veracidade das informações contidas no sistema de notificação, considerando que a compreensão, apuração e análise correta dos dados são de suma importância no âmbito de violência autoprovocada (BAHIA *et al.*, 2017). Passa a ser fundamental que todos os profissionais de saúde ou de serviço assistencial à saúde se comprometam a realizar a notificação para todos os casos de violência, sendo esta, considerada uma notificação compulsória em conformidade com a legislação (portaria MS nº204/2016). Em casos de tentativa de suicídio, é preciso que seja realizada notificação imediata, em até 24 horas, sendo necessário comunicar Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS).

Em casos de falecimento decorrentes da violência autoprovocada, a Declaração de Óbito é preenchida por um perito legista, sendo detalhado no documento a natureza da lesão, sem identificação fundamental do suicídio para melhor compreensão e análise do perfil de mortalidade determinada, sendo assim dificultada as formas de ações preventivas e sua implementação a nível governamental (LOZADA *et al.*, 2009).

As situações de violência autoprovocada devem estar articuladas e não fragmentadas quanto ao atendimento ao usuário do serviço, organizando o fluxo do mesmo por meio de estratégias de integralidade dos serviços de urgência e emergência

como porta de entrada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que surgiu a partir da Política Nacional de Saúde Mental, e tem como objetivo a promoção de um modelo de atenção aberto com base comunitária, a fim de estabelecer pontos de atenção para melhor assistir e atender pessoas com problemas mentais, assim como usuários de crack, álcool e outras drogas.

Baseados na promoção dos direitos de cada indivíduo e na convivência comunitária em sociedade, a rede é composta por Centros de Atenção Psicossocial(CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidade de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III). Atualmente a RAPS se encontra presente na Atenção Básica, na Atenção Psicossocial Estratégica, na Atenção de Urgência e Emergência, na Atenção Residencial de Caráter Transitório, na Atenção Hospitalar, na Estratégia de Desinstitucionalização, e nas Estratégias de Reabilitação Psicossocial, promovendo atendimento, acolhimento e cidadania (BRASIL, 2013).

O medo somado ao preconceito em cada indivíduo vinculado a todos os aspectos que envolvem o tema, viabiliza e contribui progressivamente para a perpetuação da recusa, quanto a aceitação da condição, em que a pessoa se encontra e a procura de ajuda, diminuindo desta forma, cada vez mais as possibilidades de sair do estado de sofrimento. Segundo CICOGNA, HILLESHEIM & HALLAL (2019), estima-se que no mundo, a cada 40 segundos, uma pessoa se suicida, fato este de extremo interesse e relevância para a saúde pública, sendo um indicador e sinalizador para a importância da efetiva criação de políticas públicas focadas na prevenção do suicídio.

Segundo Lozada *et al.* (2009), com o reflexo da sociedade atual, as causas externas e internas relacionadas ao indivíduo que influenciam o ato da violência autoprovocada, encontram-se cada vez mais presentes, modificando diretamente a intensificação de sofrimentos podendo acarretar as denominadas lesões.

Com o reflexo dos crescentes números de notificações de violências autoprovocadas no Brasil, estudar o perfil das vítimas a fim de caracterizá-las é um fator determinante para intervir de forma resolutiva na busca do controle do número de casos notificados, objetivando o usuário que se encontra em sofrimento mental, permitindo assim uma perspectiva mais abrangente referente a estes agravos no Distrito Federal, visando a assistência profissional eficaz, assim como a orientação acerca de políticas de

promoção à saúde, mediante a identificação dos grupos de risco. (ROBERTO *et al.*, 2019).

Analisar e identificar o perfil da população que mais acomete a violência autoprovocada, em suas diferentes formas de tentativas, contribui para o conhecimento relacionado à compreensão da violência, caracterizando os grupos de risco para compreender assim os efeitos originários dos programas de prevenção já existentes. Além de tratar-se de uma análise de dados quantitativos, trata-se de uma nova perspectiva social e científica sobre o fenômeno da autoviolência e seus métodos motivadores, compreendendo assim o meio e as causas externas ao indivíduo, a fim da criação de novas estratégias de intervenção da vulnerabilidade referida.

A criação, inclusão e implementação de políticas públicas que necessitem do diálogo para desconstrução de estigmas relacionados ao medo e pouca vivência e proximidade dos profissionais com o tema, refletidos na prática assistencial da enfermagem, sucedem como fator determinante para a assistência adequada, visto que o profissional da enfermagem é crucial no primeiro contato com a vítima após o ato de violência, do qual por meio de dos conhecimentos técnicos, científicos e da escuta ativa nas práticas assistenciais, pode identificar a violência autoprovocada como desfecho de um sofrimento mental, tornando-se um problema sociocultural e psicossocial, do qual pode identificar a necessidade do auxílio adequado.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A violência é considerada na perspectiva social um fenômeno presente na história da sociedade, e encontra-se vigente no cotidiano de todo indivíduo ou conjunto social, apresentando-se por meio de múltiplas facetas; se faz necessário o incentivo ao diálogo, modificando assim a abordagem do tema, desestigmatizando-o e tornando-o cada vez mais debatido (MENEGHEL *et al.*, 2003).

O comportamento suicida e as violências autoprovocadas são temáticas delicadas, refletindo em rasas discussões e conjuga-se necessário uma extrema sutileza para interação com os indivíduos que estão em posição de receber assistência, pois ainda há o estigma da doença. O medo do desconhecido, relacionado à falta de compreensão sobre a condição, provenientes de crenças preexistentes que dificultam o conhecimento sobre o assunto e a falta de diálogo em torno do mesmo, o qual por vezes torna-se a principal causa do indivíduo não solicitar ajuda.

Cuidar do ser humano e de suas aflições, é cuidar da sociedade, assim como tratar o tema violência autoprovocada é cuidar da vida. Sendo assim, o suicídio é uma decisão, dependente de ação racional, consciente e com intenção de realização por parte da vítima, sendo influenciada muitas vezes pelo sistema social do qual aquele indivíduo está inserido; A Sociologia foi capaz de alertar e assegurar a melhor compreensão deste evento, por meio da obra de Émile Durkheim que definiu e ressaltou o suicídio como fenômeno social, sendo a expressão de uma crise indicada pela desintegração do indivíduo em sociedade e pela patologia social (DURKHEIM, 1982).

As violências autoprovocadas como fenômenos sociais, e necessitam de uma maior atenção pelo corpo da sociedade, ainda marcada e determinada por resistências e preconceitos ruidosos e impeditivos de evolução no cuidado e tratamento dos casos. Desta forma, tratar o tema enfrentando os estigmas estimulando a conscientização e o aprofundamento do debate, pode contribuir para reverter à situação atual dos ascendentes números de casos (MENDES *et al.*, 2015).

Compreender que a violência autoprovocada é derivada de fatores multicausais, sem razão específica, relacionada a disparidades e vulnerabilidades sociais, físicas, econômicas, dentre outras, é importante para desenvolver uma análise do perfil epidemiológico da pessoa vítima da lesão autoprovocada, sendo esta uma alternativa que visa a abrangência do tema em questão e assim contribui para melhor compreensão

da alta taxa de incidência de tais acontecimentos no Distrito Federal (BAHIA *et al.*, 2017).

Segundo BAHIA *et al* (2017), quanto aos fatores correlacionados são estes de suma importância para subsidiar ações de promoção e de prevenção da saúde mental na sociedade, por meio dos profissionais de saúde e da Rede de Atenção Psicossocial do DF. Vale ressaltar que para a organização dos serviços de saúde e da rede de saúde, torna-se indispensável, conhecer os perfis de pacientes e todos os obstáculos e desafios enfrentados pelos mesmos.

A violência autoprovocada é classificada pelo CID-10, referente à Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. (ROBERTO *et al.*, 2019).

Os fatores de risco presentes no contexto de cada indivíduo associados aos comportamentos que influenciam uma pessoa a cometer a violência autoprovocada, estão vinculados a todas as esferas da vida, podendo estar possivelmente relacionadas ao nível socioeconômico de cada indivíduo, por região demográfica, por condições de moradia, também por fatores relacionados ao histórico de tentativas progressas da violência, questões médicas, biológicas, sofrimento mental, como depressão, mudanças de humor, disfunções psiquiátricas, dependências químicas, reflexões existenciais, desesperança, exílio, comorbidades e/ou por incentivo social do meio no qual aquele indivíduo está inserido (BAHIA *et al.*, 2017).

Os aspectos que são mais frequentemente relacionados às ideações suicidas em adultos são a depressão e o uso do álcool, sendo este dependente químico extremamente significativo quanto ao estímulo da natureza da lesão. Em jovens adultos é considerada a segunda maior causa de morte; Em crianças e adolescentes os abusos caracterizados de forma física e sexual, assim como questões acerca da orientação sexual; questões associadas a personalidade em aspectos relacionados a hipocondria, introversão e extrema autonomia são os principais fatores que mais afetam a população idosa quando relacionados a violência autoprovocada (BAHIA *et al.*, 2017).

De acordo com ARRUDA *et al* (2019), para cada tentativa de consumação do ato suicida em si, existem de 10 a 20 tentativas progressas efetuadas pelas pessoas vítimas de violência autoprovocada, o que gera inúmeras preocupações quanto ao agravamento do estado de saúde da população e o aumento dos números de óbitos. O suicídio na maior parte das vezes em que ocorre, é o desfecho do agravo da violência

autoprovocada, estando entre as dez primeiras causas de morte no mundo; a estimativa anual dentre as causas de mortes decorrentes de suicídio, é de aproximadamente 800.000, dados esses que possibilitam concluir que a cada 40 segundos no mundo, uma pessoa vai a óbito por motivos de autoextermínio (CICOGNA, HILLESHEIM & HALLAL, 2019).

Mediante as circunstâncias descritas, as ascendentes taxas de incidência e reincidência relacionadas aos números de notificação de violência autoprovocada atestam as consequências motivadoras que induzem cada indivíduo a consumir atos relacionados a violência auto infligida. Tal estudo se propôs a analisar e a traçar o perfil de saúde e perfil sociodemográfico de tais usuários, atendidos no Distrito Federal, dos quais segundo indicadores do ano 2019 constantes no Informe Epidemiológico da Subsecretaria de Vigilância Epidemiológica/SES-DF, as regiões administrativas Central, seguido pela região Centro-Sul, Leste, Norte, Oeste, Sudoeste e, Superintendência Sul foram as regiões que possuíram substancialmente maior número de casos registrados (INFORME EPIDEMIOLÓGICO, 2020).

Vale dizer finalmente, a importância de realização de estudos com vista a propiciar a melhor caracterização desses casos notificados de violência autoprovocada, de forma a propiciar uma melhor compreensão desse fenômeno social, de maneira a prestar uma atenção ainda mais qualificada e apropriada à pessoa que encontra-se em sofrimento, e ainda fazer uma escuta qualificada da sua dor, trabalhar os estigmas e obstáculos ao cuidado dessas pessoas e ao debater o tema, e assim, contribuir para a redução do número de vítimas acometidos pela violência autoprovocada.

3 OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Análise das Fichas de Notificação de Violência Autoprovocada no Distrito Federal.

OBJETIVO ESPECÍFICO

Caracterizar o perfil dos usuários relacionados aos casos de violências autoprovocadas das fichas de notificações no Distrito Federal.

4 MÉTODO

Estudo epidemiológico descritivo exploratório mediante análise do dados secundários da violência autoprovocada, no período de janeiro a dezembro do ano de 2019, com objetivo de caracterizar o perfil dos casos notificados das violências autoprovocadas de pacientes atendidos no Distrito Federal

A população/amostra foi definida de acordo com a coleta e análise dos casos de notificação no Distrito Federal, dos quais foram organizados e tabulados pela estatística descritiva para determinar no estudo melhor compreensão e assimilação dos casos de notificação de violência autoprovocada, das quais foram utilizadas como base o Sistema de Agravos de Notificação (SINAN), fornecido pelo Ministério da Saúde, pelo Governo do Distrito Federal e pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, da Subsecretaria de Vigilância à Saúde (ARRUDA *et al.*, 2019).

Os dados utilizados na pesquisa foram obtidos de forma legítima mediante solicitação da base de dados do sistema fornecido pelo Governo do Distrito Federal e pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, da Subsecretaria de Vigilância à Saúde, e pelo Sistema de Informação em Saúde (SIS), que abrange dados relativos à nascimento, mortalidade, morbidade e assistência à saúde. Estes dados encontram-se disponíveis publicamente em página on-line, com registro de local de residência e atendimento das unidades de saúde da Região do Distrito Federal.

Por meio da seleção complementar dos dados compostos no SINAN, que utiliza como base de informações, informações referentes da ficha de notificação individual de doenças e agravos de maior relevância, abrangendo desta forma a magnitude da violência e dos agravos referidos na mesma, foram selecionados casos notificados para análise do estudo a partir do filtro inicial do mês de janeiro a dezembro de 2019 no Distrito Federal.

A partir da análise da ficha, foi utilizado como delimitador de investigação o item 54, visto que este caracteriza o fator da lesão ter sido autoprovocada ou não. Nos casos em que neste item o campo estava marcado como “Não” ou “Ignorado”, não foi dada continuidade à investigação da determinada ficha, focando apenas nas fichas dos indivíduos notificados com este tipo de lesão, para assim traçar o perfil de quem pratica tal violência.

Para dar continuidade a análise, foram selecionados somente os itens objetivos disponíveis na ficha de agravos de notificação, a fim de escolher para apuração dos dados somente os casos notificados vítimas de violência autoprovocada, sendo estes selecionados por meio dos itens: 4 Unidade Federativa, 6 Unidade Notificadora, 12 Idade, 13 Sexo, 15 Raça/Cor, 16 Escolaridade, 36 Orientação Sexual, 37 Identidade de gênero, 52 Local de ocorrência, 53 Ocorreu outras vezes, 54 A lesão foi autoprovocada, 55 Essa violência foi motivada por, 57 Meio de agressão, 63 Suspeita de uso de álcool, 64 Ciclo de vida do provável autor da violência e 65 Encaminhamento, da Ficha de Notificação Individual.

Como critérios de inclusão foram adotados para organização do estudo as variáveis de interesse pré-selecionadas contidas nas amostras referentes ao preenchimento da ficha de notificação de violência autoprovocada no Distrito Federal, no período de janeiro a dezembro de 2019, sendo estas: Agravado, Sexo, Idade, Raça/Cor, Escolaridade, Identidade de Gênero, Orientação Sexual, Local de Ocorrência, Meio de Agressão Utilizado, Violência Motivada Por, Encaminhamento e Suspeita do Uso de Álcool. Os dados selecionados foram organizados em planilhas do *Microsoft Office Excel* (2016) para elaboração de gráficos e tabelas no *software Epi Info Versão 7.2* de domínio público, disponibilizado pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), o qual permite a criação de dados, questionários e análises em investigações de saúde direcionadas à epidemiologia.

A análise das fichas de notificação autoprovocadas foram organizadas e tabuladas para melhor compreensão e assimilação dos perfis analisados no estudo, assim como para comparação e correlação dos anos selecionados.

O estudo não necessitou ser avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), por serem utilizados dados secundários para fundamentação teórica. Sua elaboração e execução foram realizadas com base exclusivamente em dados e informações de domínio público, assegurando a não identificação dos participantes quando recebidos, apurados e analisados constituintes do sistema SINAN, a fim de compor o estudo, estando desta forma coerente com as recomendações dispostas na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (MS/CNS), respeitando a autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, que envolvem e abrangem todos aspectos dos envolvidos.

5 RESULTADOS

Na **Tabela 1**, segundo informações contidas na base de dados do SINAN, no ano de 2019, os dados evidenciam a ocorrência de lesões autoprovocadas em ambos os sexos, com registro total de 3436 casos notificados, destes verificou-se maior prevalência referente ao sexo feminino 72,58%, são registros de pessoas referidas ao sexo biológico feminino atribuído ao nascimento. A título de ilustração, dos casos notificados nos anos de 2018 e 2019, meio da análise dos casos de notificações referentes às fichas de notificação do DF foi evidenciado aumento em relação ao número de registros relacionados a violência autoprovocada nos respectivos anos, e a maioria dos registro atribuídos ao sexo feminino.

Tabela 1. Distribuição das frequências absolutas e percentuais dos casos notificados de violência autoprovocada, segundo sexo. Distrito Federal, 2018 - 2019.

ANO	2018		2019	
	Número	%	Número	%
SEXO				
Feminino	1412	70,39	2494	72,58
Masculino	594	29,61	942	27,42
TOTAL	2006	100	3436	100

Pode-se verificar na **Tabela 2** a predominância relativa referente ao ciclo de vida do usuário quanto ao número de casos notificados era de indivíduos adultos, entre 25 e 59 anos em ambos os sexos, sendo 42,54% relativos ao sexo feminino e 42,99% ao sexo masculino, seguido diretamente pelos números notificados de adolescentes, de 10 a 19 anos de idade de 28,91% referentes a sexo feminino e 22,08% ao masculino. 28,10% das vítimas de violência autoprovocada eram de cor de pele parda e 13,42% branca. Na comparação por intermédio dos sexos, constatou-se que o percentual de pardos entre as mulheres foi superior, sendo este de 28,66%. Observou-se também o número elevado de notificações das quais a raça/cor do usuário tenha sido ignorada ao preencher a ficha, sendo este dado relativo a 55,09% do número total de casos.

Em relação a escolaridade do usuário quando acometido a violência, foi possível identificar diferenças estatisticamente significativas quanto a essa escolaridade do autor da violência, com total pertinência a maior parte de casos (8,85%) registrados no Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau), sendo observado maior percentual do sexo masculino (9,36%) quando comparados ao sexo feminino (8,66%). Não obstante o sexo,

faz-se necessário destacar o número dos casos notificados que possuía ensino fundamental, antigo ginásio incompleto (6,56%). Salienta-se também a subnotificação da variável escolaridade ao analisar o perfil da vítima, considerando a maior parte dos casos ignorados para esta variável (64,26%)

Tabela 2. Distribuição das frequências percentuais de variáveis do perfil de casos notificados de violência autoprovocada, segundo sexo. Distrito Federal, 2019.

VARIÁVEL	FEMININO	MASCULINO	TOTAL
LESÃO AUTOPROVOCADA			
CID 10 - Y09	72,58%	27,42%	100,00%
CICLO DE VIDA DO PROVÁVEL AUTOR DA VIOLÊNCIA			
Criança (0 a 9 anos)	0,24%	0,85%	0,41%
Adolescente (10 a 19 anos)	28,91%	22,08%	27,04%
Ignorado	7,34%	8,07%	7,54%
Jovem (20 a 24 anos)	19,49%	23,78%	20,66%
Pessoa adulta (25 a 59 anos)	42,54%	42,99%	42,67%
Pessoa idosa (60 anos ou mais)	1,48%	2,23%	1,69%
RAÇA/COR			
Amarela	0,36%	0,33%	0,35%
Branca	14,13%	11,51%	13,42%
Ignorado	53,65%	58,96%	55,09%
Indígena	0,24%	0,22%	0,24%
Parda	28,66%	26,60%	28,10%
Preta	2,95%	2,39%	2,80%
ESCOLARIDADE			
1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau)	0,79%	1,00%	0,85%
4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau)	0,46%	0,33%	0,42%
5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau)	7,42%	4,24%	6,56%
Analfabeto	0,17%	0,00%	0,12%
Educação superior completa	2,82%	3,57%	3,02%
Educação superior incompleta	4,31%	4,57%	4,38%
Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau)	1,86%	1,67%	1,81%
Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau)	8,66%	9,36%	8,85%
Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau)	8,58%	7,58%	8,31%
Ignorado	63,70%	65,77%	64,26%
Não se aplica	1,24%	1,90%	1,42%
LOCAL DA OCORRÊNCIA			
Bar ou similar	0,16%	0,21%	0,17%
Comércio/serviço	0,32%	0,32%	0,32%
Escola	0,76%	0,21%	0,61%
Habitação coletiva	0,36%	1,92%	0,79%
Ignorado	16,63%	18,42%	17,12%
Local de prática esportiva	0,12%	0,00%	0,09%
Outro	1,37%	2,77%	1,75%
Residência	75,82%	67,84%	73,64%
Via pública	4,46%	8,31%	5,51%

MEIO DE AGRESSÃO UTILIZADO

Ameaça	1,33%	0,99%	1,24%
Arma de Fogo	0,37%	0,77%	0,48%
Enforcamento	4,90%	12,17%	6,90%
Força Corporal/Espancamento	1,16%	0,77%	1,05%
Objeto Contundente	1,87%	1,54%	1,78%
Objeto Perfuro-Cortante	15,71%	17,01%	16,07%
Substância/Objeto quente	0,75%	0,33%	0,63%
Outro	35,93%	19,23%	31,34%
Ignorado	37,98%	47,19%	40,51%

SUSPEITA DE USO DE ÁLCOOL

Ignorado	47,98%	47,14%	47,75%
Não	42,38%	34,05%	40,09%
Sim	9,64%	18,81%	12,16%

VIOLÊNCIA MOTIVADA POR:

Conflito geracional	5,13%	3,61%	4,71%
Deficiência	0,40%	0,32%	0,38%
Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia	0,20%	0,21%	0,20%
Ignorado	71,41%	72,72%	71,77%
Não se aplica	10,87%	11,36%	11,00%
Outros	10,63%	10,51%	10,59%
Racismo	0,04%	0,00%	0,03%
Sexismo	1,16%	1,06%	1,14%
Situação de rua	0,08%	0,21%	0,12%
Xenofobia	0,08%	0,00%	0,06%

Faz-se relevante ressaltar que as mulheres se sobrepõem aos homens na baixa escolaridade, quanto no local de ocorrência da violência em domicílio, em detrimento ao local da ocorrência (75,82% contra 67,84%), sendo este o local em que se realizam a maior parte das lesões.

De acordo com a **Tabela 2**, quanto ao meio de agressão utilizado, nota-se que 16,07% das lesões autoprovocadas decorreram do uso de objetos perfuro-cortantes, seguido por outros meios de agressão, dos quais estão inclusos envenenamento, precipitação de lugar elevado e colisão. Atenta-se ao fato de que 12,17% dos homens empregaram enforcamento para se auto infligir, em contraposição às mulheres com prevalência de 4,9%, assim como em sua grande maioria de suspeita de uso de álcool ao se cometer o ato, detém-se em 18,81% confirmados para os homens, contra 9,64% das mulheres. Em 4,61% dos casos houve registro de violência motivada por conflito geracional com diferenças culturais, econômicas e sociais entre gerações. Foi possível observar 1,16% das mulheres notificadas quanto a violência motivada por sexismo ou atitude de discriminação fundamentada no sexo, enquanto 1,06 dos registros detiveram-se aos homens.

A partir dos dados analisados na **Tabela 3**, evidencia-se a distribuição da variável identidade de gênero em comparação ao sexo biológico atribuído ao nascimento segundo variáveis adequadas para o estudo. Observa-se também que o gênero do usuário está diretamente associado ao suicídio, visto que é uma interpretação posterior ao ato da violência e de dados epidemiológicos que envolvem a violência autoprovocada, sendo assim, considerado um fator de risco associado ao suicídio, o gênero gera discriminação e preconceitos relacionado as diferenças sexuais e de identidade, fazendo-se presente no ato do preenchimento o estigma relacionado a sexualidade, sendo que em 69,99% dos dados, os usuários foram ignorados em identidade de gênero a nível de notificação, e 63,18% a nível de orientação sexual.

Destes dados, pode-se verificar erros de preenchimento quando selecionados como Homem Transexual, o gênero feminino biologicamente atribuído ao nascimento (0,12%), e como Mulher Transexual o gênero masculino biologicamente atribuído ao nascimento (0,74%).

Pode-se identificar na **Tabela 3** que usuários cuja orientação sexual denomina-se como Heterossexual, apresentam maior frequência de notificação de violência autoprovocada, sendo estes 27,15%; seguidos pela orientação Homossexual (gay/lésbica), com 2,65% dos casos notificados.

Tabela 3. Distribuição das frequências percentuais de identidade de gênero e orientação sexual de casos notificados de violência autoprovocada, segundo sexo biologicamente atribuído ao nascimento. Distrito Federal, 2019.

VARIÁVEL	FEMININO	MASCULINO	TOTAL
IDENTIDADE DE GÊNERO			
Homem Transexual	0,12%	0,64%	0,26%
Ignorado	69,61%	71,02%	69,99%
Mulher Transexual	0,48%	0,74%	0,55%
Não se aplica	29,79%	27,49%	29,16%
Travesti	0,00%	0,11%	0,03%
TOTAL	72,58%	27,42%	100,00%
ORIENTAÇÃO SEXUAL			
Bissexual	1,00%	0,85%	0,96%
Heterossexual	28,39%	23,89%	27,15%
Homossexual (gay/lésbica)	2,45%	3,18%	2,65%
Ignorado	62,51%	64,97%	63,18%
Não se aplica	5,65%	7,11%	6,05%
TOTAL	72,58%	27,42%	100,00%

De acordo com o ítem 54 da Ficha de Notificação Individual, é possível identificar se a lesão ocorreu outras vezes; conforme dados constante na **Tabela 4** foram avaliadas as reincidências, considerando que um dos critérios que possibilitam definir se vítima da violência autoprovocada naquele momento do atendimento e preenchimento da ficha é reincidente quanto as tentativas de suicídio, é a escuta ativa, que permite identificar por meio dos relatos de familiares e da própria vítima histórias progressas desse tipo de violência. Ao que diz respeito a este fato, verifica-se que no ano de 2019, 0,56% de Mulheres Transexuais apresentaram reincidência a nível da lesão, seguido por 0,26% de Homens Transexuais, e 0,03% de Travestis.

Distribuição das frequências percentuais de identidade de gênero e orientação sexual de casos notificados de violência autoprovocada, segundo sexo biologicamente atribuído ao nascimento. Distrito Federal, 2019.

Tabela 4. Distribuição das frequências percentuais de identidade de gênero, segundo reincidência de casos notificados de violência autoprovocada. Distrito Federal, 2019.

IDENTIDADE DE GÊNERO	OCORREU OUTRAS VEZES?			TOTAL
	Ignorado	Não	Sim	
Homem Transexual	0,08%	0,15%	0,49%	0,26%
Ignorado	88,70%	50,65%	62,12%	69,94%
Mulher Transexual	0,08%	0,44%	1,05%	0,56%
Não se aplica	11,15%	48,77%	36,26%	29,21%
Travesti	0,00%	0,00%	0,07%	0,03%
TOTAL	38,12%	20,19%	41,69%	100,00%

Com base na **Tabela 5**, e aos encaminhamentos relacionados ao sexo do usuário, constata-se que a maior taxa de frequência dos encaminhamentos realizados aos usuários encontra-se na rede de saúde (85,00%), sendo que deste encaminhamento em específico 85,20% são de mulheres e 84,48% dos homens.

Tabela 5. Distribuição das frequências percentuais de encaminhamentos de casos notificados de violência autoprovocada, segundo sexo. Distrito Federal, 2019.

ENCAMINHAMENTO	FEMININO	MASCULINO	TOTAL
CENTRO DE REFERÊNCIA DOS DIREITOS HUMANOS			
Ignorado	13,80%	14,72%	14,05%
Não	86,16%	85,28%	85,92%
Sim	0,04%	0,00%	0,03%
TOTAL	72,46%	27,54	100%
CONSELHO DO IDOSO			
Ignorado	13,56%	14,29%	13,76%
Não	86,44%	85,71%	86,24%
TOTAL	72,45%	27,55%	100,00%
CONSELHO TUTELAR			
Ignorado	13,47%	14,50%	13,76%
Não	83,96%	84,19%	84,02%
Sim	2,57%	1,31%	2,22%
TOTAL	72,45%	27,55%	100,00%
DEFENSORIA PÚBLICA			
Ignorado	13,81%	14,61%	14,03%
Não	86,15%	85,39%	85,94%
Sim	0,04%	0,00%	0,03%
TOTAL	72,45%	27,55%	100,00%
DELEGACIA DE ATENDIMENTO À MULHER			
Ignorado	13,76%	14,39%	13,94%
Não	85,99%	85,61%	85,88%
Sim	0,25%	0,00%	0,18%
TOTAL	72,45%	27,55%	100,00%
DELEGACIA DE ATENDIMENTO AO IDOSO			
Ignorado	13,56%	14,29%	13,76%
Não	86,40%	85,71%	86,21%
Sim	0,04%	0,00%	0,03%
TOTAL	72,45%	27,55%	100,00%
DELEGACIA ESPECIALIZADA DE PROTEÇÃO À CRIANÇA E ADOLESCENTE			
Ignorado	13,86%	14,56%	14,06%
Não	86,14%	85,44%	85,94%
TOTAL	72,45%	27,55%	100,00%
JUSTIÇA DA INFÂNCIA E DA JUVENTUDE			
Ignorado	13,72%	14,39%	13,91%
Não	86,28%	85,50%	86,06%
Sim	0,00%	0,11%	0,03%
TOTAL	72,45%	27,55%	100,00%
MINISTÉRIO PÚBLICO			
Ignorado	13,76%	14,61%	14,00%
Não	86,15%	85,17%	85,88%
Sim	0,08%	0,22%	0,12%
TOTAL	72,45%	27,55%	100,00%
OUTRAS DELEGACIAS			
Ignorado	13,81%	14,50%	14,00%
Não	86,15%	85,39%	85,94%
Sim	0,04%	0,11%	0,06%
TOTAL	72,45 %	27,55 %	100,00%

REDE DA ASSISTÊNCIA SOCIAL			
Ignorado	13,42%	14,61%	13,75%
Não	83,60%	82,99%	83,43%
Sim	2,98%	2,40%	2,82%
TOTAL	72,47%	27,53%	100,00%
REDE DA SAÚDE			
Ignorado	8,86%	8,18%	8,67%
Não	5,94%	7,33%	6,33%
Sim	85,20%	84,48%	85,00%
TOTAL	72,44%	27,56%	100,00%
REDE DE ATENDIMENTO À MULHER			
Ignorado	13,92%	14,39%	14,05%
Não	85,83%	85,61%	85,77%
Sim	0,25%	0,00%	0,18%
TOTAL	72,46%	27,54%	100,00%
REDE DE EDUCAÇÃO			
Ignorado	13,80%	14,50%	13,99%
Não	85,83%	85,28%	85,68%
Sim	0,37%	0,22%	0,33%
TOTAL	72,46%	27,54%	100,00%

6. DISCUSSÃO

O detalhamento do perfil dos usuários e sua proporção relacionada ao número de violências autoprovocadas contribui para a caracterização das violências autoprovocadas no Distrito Federal, assim como para o detalhamento do perfil do usuário, para que assim possa promover a reorganização da rede de atenção à saúde em detrimento do planejamento dos processos de trabalho a âmbito hospitalar e em atenção primária, assim como dos processos de trabalho em saúde e na atenção psicossocial.

O estudo do perfil das vítimas por lesão autoprovocada em diferentes ciclos da vida, com referência de base populacional do Distrito Federal, permitiu detectar fatores associados que contribuíram para a análise dos casos notificados como faixa etária, escolaridade, raça/cor, local da ocorrência, meio de agressão utilizado, suspeita do uso de álcool e a motivação da violência. Desta forma, mereceu destaque as notificações que envolvem pessoas adultas, evidenciando-se com maior incidência casos relacionados às mulheres, notando-se também elevado número de lesões autoprovocadas em adolescentes, com número ressaltado ao sexo feminino.

Segundo BAHIA *et al* (2017), constata-se que no Brasil os dados que apresentam a taxa de óbito mais elevada motivada por suicídio em conjunto com o maior índice em estimativas relacionadas a lesões autoprovocadas, estão associados ao sexo feminino. Dado este que evidencia a urgência acerca da condição de constante coerção da mulher sob as pressões exercidas pela sociedade atual.

De acordo com CICOGNA (2019), vale salientar que na adolescência está o segundo maior percentual de grupo de vítimas de lesões autoprovocadas, sendo este um período cuja transição é tênue e vulnerável com maior sensibilidade a reagir com atitudes relacionadas a ideações suicidas como respostas a conflitos internos.

A vulnerabilidade de gênero, assim como identidade e orientação sexual foram as bases analisadas no presente estudo destacando a relevância quanto à imprescindível abordagem do mesmo, o que evidencia uma sociedade cada vez mais desigual, denunciando sinais de preconceito (BAÉRE, 2018).

Faz-se necessário considerar as diferentes vias de manifestações das emoções do ser humano, ponderando o fato de que existem pensamentos e comportamentos que estão associados e que são inteiramente influenciados pelo gênero do autor da violência, reforçando assim, perenemente os estereótipos impostos pela sociedade, o que evidencia a distinção de transtornos mentais a nível epidemiológico entre gêneros distintos, sendo

esta uma análise que contribui para a compreensão dos sintomas de psicodiagnósticos (BAÉRE, 2018).

A maior parte das violências autoprovocadas são praticadas por pessoas pardas, perfazendo mais de 28,00% do total do número de casos, entretanto ressalta-se a elevada proporção relativa ao tópico do número de dados ignorados, o que gera a possibilidade de variadas interpretações e dificulta a análise precisa do perfil da vítima. A maior parte das lesões ocorre em ambiente residencial, o que evidencia sua prática em um ambiente seguro do qual a pessoa não será necessariamente interrompida ao realizar esse ato.

Percebe-se elevado número de notificações referentes às vítimas cuja escolaridade refere-se ao ensino médio completo, dados estes interrelacionados as questões de gênero na sociedade atual, considerando que a escolaridade relacionada ao menor grau de instrução dificulta o acesso do homem ao mercado de trabalho, envolvendo questões machistas impostas no meio social, do qual é intrínseco ao homem o papel de provedor do lar, e proporcionalmente quanto menor o tempo de escolaridade, menores serão as condições de trabalho e de qualidade de vida afetando assim o êxito profissional do homem quando valorado tal papel social (ZANELLO, 2020).

Os dados apurados apontam para questões relacionadas à escolaridade associadas ao sexo feminino, sendo este um impasse a decisões quanto a dedicação à carreira profissional, e a constituição familiar, ocorrendo a conciliação e junção de ambas as áreas gerando assim sofrimento e cansaço mental (ZANELLO, 2018).

O consumo de álcool relacionado ao momento do ato da violência autoprovocada, constitui-se como condição agravante quando a vítima se encontra em sofrimento mental, fator que pode ser considerado um estimulante a comportamentos cada vez mais autodestrutivos (BAHIA *et al.*, 2017).

Por se tratar de um estigma na sociedade, falar sobre o tema violência autoprovocada ainda se encontra em lugar de tabu e censura, fazendo-se necessário compreender sob novas perspectivas os fatores agravantes da violência interpessoal. De acordo com ARRUDA *et al* (2019), a demanda de usuários em Saúde Mental têm sido cada vez maior, a necessidade de ações de intervenção, como encaminhamentos efetivos, para viabilizar o tratamento adequado aquele usuário, o que conjectura a implementação de possíveis ações de educação permanente das equipes de saúde para melhor diagnóstico situacional e ações de planificação em saúde pela vigilância.

Sendo assim, torna-se fundamental a total atenção por intermédio de profissionais de saúde, em especial ao profissional da enfermagem, com a assistência correta e humanizada, fortalecendo a atenção qualificada, propiciando a correta iniciativa quanto às decisões de gestores a fim de inserir políticas públicas efetivas para redução do número de casos, juntamente com o encaminhamento apropriado relacionado ao perfil de cada indivíduo, a nível de prevenção e promoção da saúde associando os eventos relacionados a violência, sendo a enfermagem como ciência vinculada a violência autoprovocada por meio da percepção de sinais evitando assim sua reincidência; a abordagem do paciente em risco e em sofrimento mental pelo profissional enfermeiro é de suma importância para a prevenção da violência (ARRUDA *et al.*, 2019).

A maior restrição e limitação identificada no estudo relacionadas à análise e caracterização do perfil do usuário de violência autoprovocada, foi a subnotificação dos casos de violência, sendo considerada, segundo OLIVEIRA *et al* (2012), a falta de conscientização social do profissional quanto ao resultado gerado da falta de informações da violência, também relacionada ao medo de interferir de forma inoportuna em assuntos familiares, receio de aborrecimentos legais e acusações infundadas, descrença relacionada ao desenvolvimento e resolutividade da notificação referentes a falta de êxito nos amparos sociais já existentes, geram atitudes que perpetuam cada vez mais para a baixa notificação de violência autoprovocada no Brasil.

Considerado o país que mais mata transexuais no mundo pelo 12º ano consecutivo, associa-se a situação econômica, a rejeição familiar ou a impunidade, o que gera um sentimento de não pertencimento dessas pessoas na sociedade brasileira, gerando assim sofrimento mental, o qual acarreta ideações suicidas e sua reincidência. Por se tratar de um tema do qual estão enraizados inúmeros preconceitos, existe uma barreira a ser desconstruída ao abordar o tema, propiciando a visibilidade e a compreensão para cessar as relações que incitam o sexismo, a violência e discriminação no meio social (SANTOS, 2017).

Por fim, para que o tema de violência autoprovocada não seja mais um problema ou um tabu na sociedade, o ponto de partida para a regressão de casos como esse deve ser a identificação de sinais de autoextermínio referentes ao sofrimento mental de cada indivíduo, sob a ótica atenta e fundamentada para reverter a atual situação. Quanto mais qualificado for o preenchimento da ficha de notificação, maiores serão as probabilidades

de se perceber a violência como fenômeno social, viabilizando a intervenção de forma positiva (MENESES, 2017).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Torna-se visível a necessidade em compreender sob novas perspectivas os fatores agravantes da violência interpessoal, para que assim possam constituir ações de intervenção, como encaminhamentos efetivos e qualificação a nível de preenchimento, para viabilizar a assistência adequada àquele usuário para seu tratamento e prevenção das reincidências.

No presente estudo foi possível identificar que de janeiro do ano de 2018 a dezembro do ano de 2019, houve crescente número de registro de casos, dado este que requer maiores investigações quanto à questão de melhora efetiva dos registros de violência autoprovocada, ou a um aumento real de casos.

O maior índice em estimativas relacionadas a lesões autoprovocadas foram atribuídos ao sexo feminino, destacando-se as notificações que envolvem pessoas no ciclo de vida na fase adulta. O segundo maior percentual de grupo de vítimas de lesões autoprovocadas refere-se ao ciclo de vida na fase da adolescência.

Pessoas cuja cor de pele foi notificada ao preenchimento como cor parda, representam a maior parte dos números de casos analisados; no ambiente residencial, foram encontradas a maior frequência de lesões autoprovocadas, realizadas em sua grande maioria por indivíduos com ensino médio completo.

Pode-se identificar que usuários cuja orientação sexual é denominada de Heterossexual, apresentam-se com a maior frequência de notificação de violência autoprovocada, seguidos diretamente pela orientação Homossexual (gay/lésbica), com a maior parte dos encaminhamentos direcionados a Rede de Saúde.

O percentual elevado de registros ignorados observados ao preenchimento da ficha de notificação configura-se como um grande problema a ser enfrentado para uma melhor vigilância à saúde e melhor planejamento da tomada de decisões pela gestão para o enfrentamento desse fenômeno da violência autoprovocada. Desta forma, também torna-se um limite deste estudo, a fim de caracterizar o perfil da vítima de violência auto infligida.

Quando há preenchimento correto e fidedigno das variáveis da Ficha de Notificação, é possível planejar e interferir com objetividade e precisão na prevenção da violência, com a educação permanente de gestores e profissionais de saúde do registro adequado para melhor identificação e encaminhamento correto e pertinente de situações de violência.

Outra limitação que merece atenção é a necessidade de maiores estudos sobre a distribuição dos casos de notificação nas diferentes regiões de saúde do Distrito Federal no que diz respeito a contextos de vulnerabilidades e desigualdades.

Em consonância com o presente estudo, verificou-se a importância humanizada da atenção ao usuário, assim como a coleta de dados pertinentes à violência autoprovocada e sua notificação qualificada, viabilizando a implementação de possíveis ações de educação permanente em equipes de saúde, para melhor diagnóstico situacional e ações de planificação com medidas de prevenção e controle de reincidências em casos de violência autoprovocada correlacionando a saúde mental pelo sistema de vigilância epidemiológica em saúde.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, Laís Eduarda Silva de et al. **Violência autoprovocada em adolescentes no período de 2013-2017: Um grave problema em Pernambuco** Violencia autoprovocada en adolescentes 2013-2017: Un grave problema de salud pública en Pernambuco self-advocated violence in adolescents in the 2013-2017 Period: A, 2019. Disponível em: DOI: <<https://doi.org/10.31692/ICOINTERPDVS.2019.0013>>. Acesso em: 18 de outubro de 2020.

BAHIA, Camila Alves et al. Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 2841-2850, 2017. Disponível em: DOI: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.12242017>>. Acesso em: 22 de novembro de 2020.

BAÉRE, Felipe de; ZANELLO, Valeska. **O gênero no comportamento suicida: uma leitura epidemiológica dos dados do Distrito Federal**. Estudos de Psicologia, v. 23, n. 2, abr./jun. 2018, p. 168-178. Disponível em: DOI: <<http://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20180017>>. Acesso em: 14 de dezembro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Ações e Programas. **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**. 2013. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf>. Acesso em: 18 de dezembro de 2020.

CICOGNA, Júlia Isabel Richter; HILLESHEIM, Danúbia; HALLAL, Ana Luiza de Lima Curi. Mortalidade por suicídio de adolescentes no Brasil: tendência temporal de crescimento entre 2000 e 2015. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 68, n. 1, p. 1-7, 2019. Disponível em: DOI: <<http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000218>>. Acesso em: 18 de dezembro de 2020.

DURKHEIM, Émile et al. **O suicídio: estudo sociológico**. 1982. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4239077/mod_resource/content/0/%C3%89mile%20Durkheim%20-%20O%20Suicidio%20%282000%29.pdf>. Acesso em: 20 de dezembro de 2020.

INFORME EPIDEMIOLÓGICO - DISTRITO FEDERAL (DF), Ano 01, nº 02, maio de 2020. Subsecretaria de Vigilância à Saúde - Secretaria de Saúde do Distrito Federal . **Informe Epidemiológico de monitoramento Quadrimestral de Violência Interpessoal e Autoprovocada no Distrito Federal, 2020**. Disponível em: <<http://saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2020/07/INFORME-EPIDEMIOLOGICO-1-QUADRIMESTRE-2020-.pdf>>. Acesso em: 20 de dezembro de 2020.

LOZADA, Elizabeth Mitiko Konno de et al. Informações sobre mortalidade por causas externas e eventos de intenção indeterminada, Paraná, Brasil, 1979 a 2005. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 1, p. 223-228, 2009. Disponível em: DOI: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000100024>>. Acesso em: 18 de janeiro de 2021.

MENDES, Jussara Maria Rosa; WERLANG, Rosangela. Da violência contra si: a autodestruição por meio do suicídio no meio rural no Rio Grande do Sul/Brasil. **Krypton**, n. 5| 6, p.151-160, 2015. Disponível em: <<http://romatrepres.uniroma3.it/wp-content/uploads/2020/01/KRYPTON-VOL.56-2015-VIOLENZA.pdf#page=151>>. Acesso em: 18 de janeiro de 2021.

MENEGHEL, Stela Nazareth et al. Impacto de grupos de mulheres em situação de vulnerabilidade de gênero. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, p. 955-963, 2003. Disponível em: DOI: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000400018>>. Acesso em: 18 de janeiro de 2021.

MENESES, Wellane Acaciara Andrade Leite; LEITE, Leila Leal. **Proposta de Intervenção Para Treinamento e Incentivo à Notificação dos Casos de Violência Interpessoal e Autoprovocada nas Unidades Básicas de Saúde de Teresina-PI**, 2017. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/11822>>. Acesso em: 18 de janeiro de 2021.

MONTEIRO, Rosane Aparecida, Alves Bahia, Camila, Anjos Paiva, Eneida, Bandeira de Sá, Naíza Nayla, de Souza Minayo, Maria Cecília, Hospitalizações relacionadas a lesões autoprovocadas intencionalmente – Brasil, 2002 a 2013. **Ciência & Saúde Coletiva** Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63035388007>>. Acesso em: 08 de maio de 2021.

ROBERTO, Tiago Moreno Lopes et al. **Caracterização do perfil do indivíduo em caso de violência autoprovocada**. 2019. Disponível em: <<http://bdtd.famerp.br/handle/tede/555#preview-link0>> . Acesso em: 08 de maio de 2021.

SANTOS, Juliana Oliveira; KRAWCZAK, Kaoanne Wolf. Brasil, o País que mais mata: Uma Análise Crítica Acerca da Violência Contra Travestis e Transexuais. **CIÊNCIAS CRIMINAIS & DIREITOS HUMANOS**, p. 94, 2017. Disponível em: <<https://publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaconhecimento/article/view/7779/6516>>. Acesso em: 20 de janeiro de 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Preventing suicide: A global imperative**. World Health Organization, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf;jsessionid=F0A8F19C702F62252460252C90A8C83C?sequence=1>. Acesso em: 20 de janeiro de 2021.

ZANELLO, Valeska. **Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação**. Editora Appris, 2020. Disponível em: <<https://www.editoraappris.com.br/produto/1907-sade-mental-gnero-e-dispositivos-cultura-e-processos-de-subjetivao>>. Acesso em: 20 de janeiro de 2021.

ANEXO

Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada do Ministério da Saúde

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL		Nº
Caso suspeito ou confirmado 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. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação: 2 - Individual		3 Data da notificação	
	2 Agravado(a) VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		Código (CID10) Y09	Código (IBGE)
	4 UF	5 Município de notificação		
	6 Unidade Notificadora: <input type="checkbox"/> 1 - Unidade de Saúde, <input type="checkbox"/> 2 - Unidade de Assistência Social, <input type="checkbox"/> 3 - Estabelecimento de Ensino, <input type="checkbox"/> 4 - Conselho Tutelar, <input type="checkbox"/> 5 - Unidade de Saúde Indígena, <input type="checkbox"/> 6 - Centro Especializado de Atendimento à Mulher, <input type="checkbox"/> 7 - Outros			
Notificação Individual	7 Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade	9 Data da ocorrência da violência
	8 Unidade de Saúde		Código (CNCS)	
	10 Nome do paciente		11 Data de nascimento	
	12 (ou) Idade: 1 - Hora, 2 - Dia, 3 - Mês, 4 - Ano	13 Sexo: M - Masculino, F - Feminino, I - Ignorado	14 Gestante: 1 - 1º trimestre, 2 - 2º trimestre, 3 - 3º trimestre, 4 - Isada gestacional/ignorada, 5 - Não, 6 - Não se aplica, 9 - Ignorado	15 Raça/Cor: 1 - Branca, 2 - Preta, 3 - Amarela, 4 - Parda, 5 - Indígena, 9 - Ignorado
16 Escolaridade: 0 - Analfabeto, 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau), 2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau), 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau), 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau), 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau), 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau), 7 - Educação superior incompleta, 8 - Educação superior completa, 9 - Ignorado, 10 - Não se aplica				
17 Número do Cartão SUS		18 Nome da mãe		
Dados de Residência	19 UF	20 Município de Residência	Código (IBGE)	21 Distrito
	22 Bairro	23 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	24 Número	25 Complemento (apto., casa, ...)	26 Geo campo 1	
	27 Geo campo 2	28 Ponto de Referência	29 CEP	
	30 (DDD) Telefone	31 Zona: 1 - Urbana, 2 - Rural, 3 - Periurbana, 9 - Ignorado	32 País (se residente fora do Brasil)	
	Dados Complementares			
Dados da Pessoa Atendida	33 Nome Social		34 Ocupação	
	35 Situação conjugal / Estado civil: 1 - Solteiro, 2 - Casado/união consensual, 3 - Viúvo, 4 - Separado, 8 - Não se aplica, 9 - Ignorado			
	36 Orientação Sexual: 1 - Heterossexual, 2 - Homossexual (gay/lésbica), 3 - Bissexual, 8 - Não se aplica, 9 - Ignorado	37 Identidade de gênero: 1 - Travesti, 2 - Mulher Transexual, 3 - Homem Transexual, 8 - Não se aplica, 9 - Ignorado		
Dados da Ocorrência	38 Possui algum tipo de deficiência/transorno? 1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado	39 Se sim, qual tipo de deficiência/transorno? Deficiência Física, Deficiência Intelectual, Deficiência visual, Deficiência auditiva, Transorno mental, Transorno de comportamento	1 - Sim, 2 - Não, 0 - Não se aplica, 9 - Ignorado	
	40 UF	41 Município de ocorrência	Código (IBGE)	42 Distrito
	43 Bairro	44 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
45 Número	46 Complemento (apto., casa, ...)	47 Geo campo 3	48 Geo campo 4	
49 Ponto de Referência	50 Zona: 1 - Urbana, 2 - Rural, 3 - Periurbana, 9 - Ignorado	51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)		
52 Local de ocorrência: 01 - Residência, 02 - Habitação coletiva, 03 - Escola, 04 - Local de prática esportiva, 05 - Bar ou similar, 06 - Via pública, 07 - Comércio/serviços, 08 - Indústrias/construção, 09 - Outro, 99 - Ignorado	53 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado	54 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado		

SVS 15.06.2016

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação da rua 08-Deficiência 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	56 Tipo de violência 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil	57 Meio de agressão 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espáncamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro	
Violência Sexual	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros		
	59 Procedimento realizado 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
Dados do provável autor da violência	60 Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Imão(ã)	62 Sexo do provável autor da violência 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>
	63 Suspeita de uso de álcool 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <input type="checkbox"/>		
Encaminhamento	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 8-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Detenção Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
Dados finais	66 Violência Relacionada ao Trabalho 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado	68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX
	69 Data de encerramento		
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante		Vínculo/grau de parentesco	(DDD) Telefone
Observações Adicionais:			
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136		TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180	Disque Direitos Humanos 100
Município/Unidade de Saúde		Cod. da Unid. de Saúde/CNES	
Nome		Função	Assinatura
Violência interpessoal/autoprovocada		Sinan	SVS 15.06.2015

Fonte: Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada. Ficha de Notificação Individual, Ministério da Saúde. Brasil, 2016. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2021.