

Revista Saúde em Redes (ISSN 2446-4813), v. 8, n. 3 (2022).

ARTIGO ORIGINAL

DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8n3p183-201

## Análise da Violência Autoprovocada em Jovens do Estado do Rio Grande Do Sul a partir da Tipologia de Espaços Urbanos e Rurais

Analysis Of Self-Inflicted Violence In Young Peoples In The State Of Rio Grande Do Sul From The Typology Of Urban And Rural Spacest

**Odaisa Cristiane Faresin**

E-mail: odaisafaresin@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2576-4942>

**Daniel Canavese**

E-mail: daniel.canavese@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0110-5739>

**Mauricio Polidoro**

E-mail: mauricio.polidoro@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7278-0718>

**Resumo:** A violência autoprovocada, questão sensível de saúde pública no Brasil e no mundo, é considerada uma lesão em que a pessoa inflige a si mesma, e pode ocorrer como comportamento suicida ou autoagressão. A Organização Mundial da Saúde indica que o suicídio é segunda causa de morte no mundo e a quarta causa de morte no Brasil, na faixa etária juvenil entre 15 e 29 anos. O presente estudo, com metodologia descritiva, foi realizado utilizando a tipologia de classificação de espaços rurais e urbanos proposto pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística para atender as mudanças que vêm ocorrendo no Brasil e também em consonância com os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. No Rio Grande do Sul, área de análise deste estudo, no período de 2014 a 2018 foram registradas 104.797 notificações de violência interpessoal e autoprovocada sendo que, deste total, 25.114 (24%) de violências autoprovocadas e 10.206 (40%) na faixa etária de 15 a 29 anos. As notificações foram na maioria registradas pela tipologia de municípios urbanos com 8.285 (81,18%), seguido do rural adjacente 1.334 (13,07%) e intermediário adjacente 587 (5,75%). A análise dos dados de violência autoprovocada articulada com a escala demonstrou potencial contribuição a melhoria do processo de vigilância em saúde e educação em saúde e, por fim, na promoção da cultura de paz.

**Palavras-chave:** Violência; Saúde da População Rural; Saúde da População Urbana; Saúde do Jovem.

**Abstract:** Self-inflicted violence, a sensitive public health issue in Brazil and worldwide, is considered an injury in which the person inflicts himself, and can occur as suicidal behavior or self-harm. The World Health Organization indicates that suicide is the second leading cause of death in the world and the fourth leading cause of death in Brazil, in the youth age group between 15 and 29 years. The present study, with descriptive methodology, was carried out using the typology of classification of rural and urban spaces proposed by the

Institute of Geography and Statistics to meet the changes that have been occurring in Brazil and also in line with the Sustainable Development Goals (SDGs). In Rio Grande do Sul, the area of analysis of this study, in the period from 2014 to 2018, 104,797 notifications of interpersonal and self-inflicted violence were registered, of which 25,114 (24%) of self-inflicted violence and 10,206 (40%) in the age group from 15 to 29 years. The notifications were mostly registered by the typology of urban municipalities with 8,285 (81.18%), followed by the adjacent rural 1,334 (13.07%) and the intermediate intermediate 587 (5.75%). The analysis of data on self-inflicted violence articulated with the scale demonstrated a potential contribution to improving the health surveillance and health education process and, finally, promoting a culture of peace..

**Keywords:** Violence; Rural Health; Urban Health; Adolescent Health.

## Introdução

A violência, fenômeno complexo e polissêmico, acomete significativo número de vítimas e relaciona-se com múltiplos determinantes e condicionantes. As consequências para a saúde abrangem aspectos físicas e mentais, onerando o sistema único de saúde em todos os níveis de atenção.<sup>1,2</sup> A Organização Mundial da Saúde<sup>3</sup> considera a violência como "o uso intencional de força física ou poder, real ou como ameaça contra si próprio, outra pessoa, um grupo ou uma comunidade."

A violência autoprovocada, é considerada uma lesão em que a pessoa inflige a si mesma, e segundo a Organização Mundial da Saúde subdivide-se em comportamento suicida e autoagressão. O comportamento suicida inclui pensamentos suicidas e tentativas de suicídio. Este comportamento pode ser não fatal como forma de ideação suicida, ocorre quando há pensamento que aumenta o desejo de dar fim à existência, podendo agrava-se quando se torna um plano suicida. A tentativa de suicídio ocorre quando há intenção de se matar podendo resultar em ferimentos ou morte. Se a tentativa resulta em morte, passa a ser definida como suicídio.<sup>4,5,6</sup>

A autoagressão ocorre quando há uma a intenção de se ferir sem intenção suicida consciente, podendo ocorrer de forma superficial e moderada (como arranhaduras, cortes e mordidas) ou mais graves (como amputação de membros e autocegueira).<sup>4</sup> A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) considera como autoprovocados, as lesões e os envenenamentos intencionalmente desferidos pela própria pessoa a si mesma e as tentativas de suicídio.<sup>7</sup>

A tentativa de suicídio, é uma questão de saúde pública considerável em todas as regiões do país, contudo com maior preocupação no Rio Grande do Sul, onde fenômeno tem os piores indicadores do Brasil.<sup>3,8</sup> Além da questão territorial, o desafio imposto para a promoção da cultura de paz aponta para a faixa etária de crianças e jovens como os de maior vulnerabilidade nesse tipo de evento.<sup>9</sup>

No Brasil, a necessidade de melhoria dos dados epidemiológicos descrita na política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violência levaram à criação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo estruturado em dois componentes: Sistema de Vigilância Contínua, para os dados de violência interpessoal e autoprovocada coletados nos serviços de saúde e registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e o VIVA Inquérito o qual as informações são coletadas nos serviços de urgência e emergência por pesquisa de amostragem realizada a cada três anos.<sup>10,11</sup>

A notificação, nos casos de violência autoprovocada é compulsória, obrigatória e imediata devendo ser realizada em até 24 horas, sendo realizada por todos os profissionais de saúde. A notificação assegura a inserção da pessoa em situação de violência na rede de cuidado e proteção.<sup>10</sup>

Adiciona-se à discussão do tipo e da motivação da violência a questão da escala, ou seja, do município de ocorrência e do local de ocorrência das violências. No Brasil, relacionar fenômenos de saúde com a escala geográfica não é recorrente e enfrenta desafios relevantes, em especial no contexto das transformações ocorridas a partir da segunda metade do século XX que resultaram em novas e heterogêneas configurações socioespaciais, econômicas e políticas. As particularidades dos municípios são importantes na interpretação dos diversos fenômenos que acometem a saúde e é sobremaneira relevante na leitura da dimensão das violências.<sup>12,13,14,15</sup>

Atualmente o Ministério da Saúde, utiliza a classificação descrita no Instrutivo de Preenchimento da Notificação de 2016, que adota a seguinte definição: (1) Zona Urbana: área com características de cidade, com concentração populacional e existência de estruturas administrativas e serviços públicos; (2) Zona Rural: área com características próprias do campo, com população dispersa, distante dos centros administrativos, acesso limitado a serviços públicos, e agroprodução; (3) Zona Periurbana: área próxima à urbana, com aglomeração populacional geralmente menos concentrada, onde às estruturas urbanas são precárias e os usos assemelham-se as estruturas rurais.<sup>10,16</sup> O IBGE, utiliza a Classificação da Situação Censitária do Censo Demográfico de 2010, para caracterizar estes espaços, sendo o principal critério a divisão administrativa, definida por legislação municipal.<sup>17</sup> Estas classificações são consideradas insuficientes diante das transformações destes espaços.<sup>18,19</sup>

Baseado nestas mudanças o IBGE propôs uma nova tipologia de rural e urbano, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) propôs uma classificação para além da díade “rural” e “urbano”, apoiada por critérios de densidade demográfica, acessibilidade (localização) e alinhada

com tipologias reconhecidas internacionalmente.<sup>12</sup> A iniciativa buscou acompanhar as transformações dos espaços e também atender o alcance e o monitoramento dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS). Dentre eles o ODS 3, Saúde e bem-estar, que possui o objetivo de assegurar uma vida mais saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades, sendo a prevenção ao suicídio umas das estratégias para alcance deste objetivo; ODS 5 que busca a igualdade de gênero; ODS 10, que visa a redução das desigualdades; ODS 11, que propõe tornar as cidades e os assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis; e o ODS 16 visa a paz, justiça e instituições eficazes, que identifica e toma medidas e eficazes contra a corrupção e a violência.<sup>20,21</sup>

A OMS indica que o suicídio é segunda causa de morte no mundo e a quarta causa de morte no Brasil, na faixa etária juvenil entre 15 e 29 anos.<sup>2</sup> Segundo o Boletim Epidemiológico publicado em 2019 pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, no período de 2011 a 2017, foram registrados 80.352 óbitos por suicídio no país a partir dos 10 anos de idade, dos quais a faixa etária entre 15 e 29 anos corresponderam a 21.790 (27,3%), sendo 17.221 (79%) no sexo masculino e 4.567 (21%) sexo feminino.<sup>22</sup> Já no boletim epidemiológico publicado em 2021, no período de 2010 a 2019, foram registradas 112.230 mortes por suicídio no país, havendo aumento de incidência de suicídio em todos os grupos etários, destacando-se as taxas de mortalidade de adolescentes, com aumento de 81% no período, passando de 606 óbitos e de uma taxa de 3,5 mortes por 100 mil hab., para 1.022 óbitos, e uma taxa de 6,4 suicídios para cada 100 mil adolescentes.<sup>23</sup>

Mendes e Werlang<sup>24</sup>, em estudo realizado no Rio Grande do Sul apontaram que os municípios pequenos com predominância de população rural possuem taxas mais altas de suicídio do que aqueles predominantemente urbanos, conforme dados dos anos 2000 a 2012. Apresentaram ainda que o aumento da taxa nos residentes da zona rural tem relação com a degradação dos modos de vida, devido às transformações sociais e econômicas, que geram sofrimento e afetam a saúde mental dos moradores desta região.

Considera-se, nesse sentido, que a discussão sobre a violência autoprovocada e as iniquidades entre jovens de 15 a 29 anos tem ainda uma lacuna para a mediação de ações e políticas públicas, que trata da análise e compreensão do fenômeno nos recortes de escala do espaço brasileiro. Desse modo, o estudo objetiva analisar a situação de violência autoprovocada, nos espaços segundo a nova tipologia de classificação de arranjos populacionais do IBGE, na faixa etária entre 15 a 29 anos, baseado nos dados de notificação do SINAN, no período entre 2014 e 2018, no estado do Rio Grande do Sul.

## Métodos

Trata-se de um estudo descritivo do perfil epidemiológico das notificações de violência autoprovocada registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação -SINAN, com indivíduos entre 15 e 29 anos a partir da tipologia do IBGE <sup>12</sup> da classificação dos municípios em meio rural adjacente, urbano e intermediário adjacente, no estado do RS, entre os anos de 2014 a 2018.

O banco de dados utilizado foi disponibilizado pela Secretaria Estadual da Saúde do Estado do RS, sendo consideradas todas as notificações de violência autoprovocadas dos residentes do estado. Para a análise dos arranjos populacionais utilizou-se a tipologia proposta pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), publicada em 2017 no documento “Classificação e Caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil”, em escala municipal. <sup>12</sup>

Para a elaboração da tipologia algumas premissas foram estabelecidas, (1) os municípios com mais de 50.000 habitantes foram classificados como urbanos; (2) os municípios com população entre 25.000 e 50.000 habitantes, foram classificados conforme o percentual de ocupação densa, sendo maior que 75% e entre 50 a 75% urbano, entre 25 a 50% intermediário e menor que 25% rural; (3) os municípios com população entre 10.000 e 25.000 habitantes, foram classificados conforme o percentual, sendo maior que 75% urbano, entre 50 a 75% intermediário e entre 25 a 50% menor que 25% rural; (4) os municípios com população entre 3.000 e 10.000 habitantes, foram classificados conforme o percentual, sendo maior que 75% intermediário, e os demais percentuais rural e (5) os municípios com população menor que 3.000 habitantes foram classificados como rurais.<sup>12</sup>

Após todos os processos de análise foram definidas as seguintes tipologias: (1) urbano; (2) Intermediário Adjacente; (3) Intermediário Remoto; (4) Rural Adjacente; (5) Rural Remoto. Segundo esta nova tipologia, verifica-se que 76% da população brasileira encontra-se em municípios urbanos, e considerando a área a maior parte é rural 60,4% (54,6% rurais adjacentes e 5,8% rurais remotos).<sup>12</sup>

As variáveis selecionadas foram baseadas na Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada Versão 5.1/ 2015 <sup>10</sup>, discriminadas a seguir: Ano da notificação; Unidade de Notificação; Idade; Sexo; Raça/cor; Escolaridade; Município de residência da vítima; Situação conjugal; Orientação sexual; Identidade de gênero; Presença de deficiência e transtorno; Tipos de Deficiência Física, Intelectual, visual, auditiva, transtorno mental, transtorno de comportamento; Local de Ocorrência; Violência de repetição; Meio de Agressão (força corporal/espancamento, enforcamento, objeto contundente, objeto perfuro cortante, substância objeto quente,

envenenamento e intoxicação, arma de fogo, ameaça).

Utilizou-se para a descrição e caracterização das notificações o software SPSS Statistics Versão 24 e para a análise espacial utilizou-se o software ArcGIS (10.5.1), ambos licenciados pela UFRGS. Com o resultado dos dados obtidos com o SPSS foram realizadas análises descritivas, e após estruturadas as planilhas. A análise dos níveis de atenção considerou a classificação utilizada pelo MS, que varia em níveis de complexidade crescente, sendo eles a Atenção Primária, Secundária e Terciária. Para o estudo das regiões urbanas e rurais realizou-se a inserção de variáveis com a nova proposta de classificação do IBGE, como a escala é municipal os campos de município de notificação, município de ocorrência e município de residência foram utilizados para classificar os espaços, considerando a planilha encaminhada por e-mail pelo IBGE que continha a reclassificação de todos os municípios do estado do RS.

A análise espacial buscou apresentar a distribuição espacial das notificações das violências autoprovocadas. A análise apresentada sobre a completude de preenchimento dos campos existentes na ficha de notificação devido à importância de avaliar a qualidade e a confiabilidade dos dados. O indicador de completude foi calculado considerando o percentual de campos preenchidos e o total de registros com a informação ignorada, em branco ou sem preenchimento a partir do escore de Romero e Cunha (2007) dividido em: excelente ( $\geq 95\%$ ), bom (90-95%), regular (70-90%), ruim (50-70%) e muito ruim ( $<50\%$ ).<sup>25,26,27</sup>

As questões éticas de pesquisa atendem a resolução vigente, com seu registro e aprovação nos Comitês de Ética em Pesquisa: Escola de Saúde Pública/SES-RS CAAE 69992817.5.3001.5312 e Universidade Federal do Rio Grande do Sul CAAE 69992817.5.0000.5347.

## Resultados

No período de 2014 a 2018 ocorreram 104.797 notificações de violência interpessoal e autoprovocada no estado do Rio Grande do Sul sendo que, deste total, 25.114 (24%) foram de violências autoprovocadas e 10.206 (40%) dos casos envolveram residentes do estado na faixa etária de 15 a 29 anos.

O Rio Grande do Sul possui 497 municípios e, conforme a nova tipologia proposta pelo do IBGE, 342 dos municípios (69%) são rural adjacente; 126 (25%) são do tipo urbano; 26 (5%) são do tipo intermediário adjacente, 2 (0,4%) se enquadram em rural remoto e no tipo intermediário remoto apenas 1 (0,2%) município. A tipologia rural remoto, que compreende os municípios de

Garruchos e Maçarambá e intermediário remoto (município do Chuí) não tiveram nenhuma notificação de violência autoprovocada em jovens no período investigado.<sup>12</sup>

Do total de 10.206 notificações de violência autoprovocada envolvendo indivíduos jovens entre 15 a 29 anos, 8.285 (81%) ocorreram na tipologia urbana, 1.334 (13%) rural adjacente, e 587 (6%) intermediário adjacente. A tipologia rural remota, que compreende os municípios de Garruchos e Maçarambá e intermediário remoto (município do Chuí) não tiveram nenhuma notificação de violência autoprovocada em jovens no período investigado.

Das variáveis analisadas e apresentadas na Tabela 1, verificou-se que os campos raça/cor e sexo possuem escores de preenchimentos excelente e bom; escolaridade foi regular nos municípios de tipologia rural e intermediário adjacente e ruim nos municípios do tipo urbano; o campo de orientação sexual teve o pior escore de completude em todos os espaços (76,2% no rural, 73,2% no intermediário adjacente e 59,2% no meio urbano); quanto à situação conjugal, a completude apresentou-se excelente nas notificações realizadas nas tipologias rural e intermediário adjacente e regular no urbano; deficiência teve a completude classificada como boa apenas no rural adjacente, nos demais tipos a classificação foi regular. Cabe apontar que municípios do tipo urbano desempenharam uma qualidade de preenchimento de campos classificada como ruim, diferente da situação que existente nas tipologias rural e intermediário.

Tabela 1. Análise da completude dos dados referentes a raça/cor; sexo; escolaridade; orientação sexual; situação conjugal e pessoa portadora de deficiência, faixa etária entre 15 e 29 anos, dados do SINAN de 2014 a 2018, Rio Grande do Sul.

Variáveis	Rural	Urbano	Intermediário	Total
	Adjacente		Adjacente	
Raça/Cor	97,7%	93,7%	97,1%	94,4%
Sexo	100%	100%	100%	100%
Escolaridade	79,1%	67,8%	78%	69,9%
Orientação Sexual	76,2%	59,2%	73,2%	62,2%
Situação Conjugal	93,2%	87,6%	93,5%	88,6%
Portadora de Deficiência	92,1%	81,6%	87,7%	83,3%

\*Sistema de Informação de Notificação (SINAN), Rio Grande do Sul, anos 2014 a 2018.

\*\*Excluídos os municípios com tipologia intermediário remoto e rural remoto, pois não tiveram nenhuma notificação no período.

A Tabela 2 descreve campos da ficha de notificação que caracterizam o perfil das pessoas

em situação de violência autoprovocada na faixa etária entre 15 e 29 anos nos municípios do estado do Rio Grande do Sul, de 2014 a 2018. As pessoas de sexo feminino somaram 6.997 (68,56%) e do masculino 3.209 (31,44%). No tocante a raça/cor, as jovens eram na sua maioria brancas em 8.113 das notificações (79,49%); negras (pretas e pardas) em 1.464 das notificações (14,34%); amarelas em 31 das notificações (0,30%) e indígenas em apenas 31 dos casos (0,30%).

Em relação à escolaridade, o ensino fundamental incompleto totalizou 1.981 (19,41%) dos casos notificados, o ensino fundamental completo teve 1.145 (11,22%) notificações; o ensino médio incompleto totalizou 1.844 (18,07%) de notificações; o ensino médio completo com 1.514 (14,83%) notificações; o ensino superior incompleto em 494 (4,84%) das notificações; o ensino superior completo computado em 152 (1,49%) e 3 notificações com a escolaridade não se aplica (0,03%). Em relação à situação conjugal foram 7.003 pessoas solteiras (68,62%), 1.669 casadas (16,35%), 8 viúvas (0,08%), 197 separadas (1,93%) e 172 não se aplica (1,69%).

No que tange a identidade de gênero, 18 eram travestis (0,18%), 95 mulheres trans (0,93%), 33 homens trans (0,32%) e relevantes 5.385 tiveram o campo preenchido como não se aplica (57,20%), campo este que inclui as pessoas cisgênero. O campo ignorado da identidade de gênero totalizou substanciais 4.222 notificações (41,37%). Na orientação sexual, 5.257 jovens se autodeclararam heterossexuais (51,51%); 290 homossexuais, que inclui os homens *gays* e as mulheres lésbicas (2,84%); 72 bissexuais (0,71%); 737 não se aplica (7,22%) e relevantes 3.850 notificações tiveram a opção ignorado preenchida (37,72%). Em relação a presença de deficiências ou transtornos, 3.596 jovens (35,23%) possuíam deficiência e transtorno e 4.907 (48,08%) não possuíam evidenciado a interseccionalidade do fenômeno da violência autoprovocada.

Tabela 2. Descrição do sexo, raça/cor, escolaridade, situação conjugal, identidade de gênero, orientação sexual e se possui deficiência e/ou transtorno, das pessoas em situação de violência autoprovocada na faixa etária entre 15 a 29 anos, dados do SINAN de 2014 a 2018, Rio Grande do Sul.

Variáveis	Tipologias						Total	
	Rural Adjacent		Urbano		Intermediário Adjacente			
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Sexo</b>								
Feminino	937	70,24	5672	68,46	388	66,10	6997	68,56
Masculino	397	29,76	2613	31,54	199	33,90	3209	31,44
<b>Raça Cor</b>								

Branca	1073	80,43	6555	79,12	485	82,62	8113	79,49
Negra (Preta+Parda)	209	15,67	1172	14,15	83	14,14	1464	14,34
Amarela	5	0,37	26	0,31	0	0,00	31	0,30
Indígena	16	1,20	13	0,16	2	0,34	31	0,30
Ignorado	31	2,32	519	6,26	17	2,90	567	5,56

**Escolaridade**

## Fundamental

Incompleto	334	25,04	1497	18,00	150	25,55	1981	19,41
------------	-----	-------	------	-------	-----	-------	------	-------

## Fundamental

Completo	140	10,49	925	11,16	80	13,63	1145	11,22
----------	-----	-------	-----	-------	----	-------	------	-------

Médio incompleto	285	21,36	1436	17,33	123	20,95	1844	18,07
------------------	-----	-------	------	-------	-----	-------	------	-------

Médio completo	216	16,19	1222	14,75	76	12,95	1514	14,83
----------------	-----	-------	------	-------	----	-------	------	-------

Superior incompleto	56	4,20	411	4,96	27	4,60	494	4,84
---------------------	----	------	-----	------	----	------	-----	------

Superior completa	24	1,80	125	1,51	3	0,51	152	1,49
-------------------	----	------	-----	------	---	------	-----	------

Não se aplica	0	0	3	0,04	0	0	3	0,03
---------------	---	---	---	------	---	---	---	------

Ignorado	279	20,91	2666	32,18	128	21,81	3073	30,11
----------	-----	-------	------	-------	-----	-------	------	-------

**Situação Conjugal**

Solteiro	854	64,02	5731	69,17	418	71,21	7003	68,62
----------	-----	-------	------	-------	-----	-------	------	-------

Casado	334	25,04	1224	14,77	111	18,91	1669	16,35
--------	-----	-------	------	-------	-----	-------	------	-------

Viúvo	0	0,00	6	0,07	2	0,34	8	0,08
-------	---	------	---	------	---	------	---	------

Separado	37	2,77	147	1,77	13	2,21	197	1,93
----------	----	------	-----	------	----	------	-----	------

Não se aplica	19	1,42	148	1,79	5	0,85	172	1,69
---------------	----	------	-----	------	---	------	-----	------

Ignorado	90	6,75	1029	12,42	38	6,47	1157	11,34
----------	----	------	------	-------	----	------	------	-------

**Identidade de gênero**

Travesti	2	0,15	15	0,18	1	0,17	18	0,18
----------	---	------	----	------	---	------	----	------

## Mulher

Transexual	14	1,05	73	0,88	8	1,36	95	0,93
------------	----	------	----	------	---	------	----	------

## Homem

Transexual	6	0,45	26	0,31	1	0,17	33	0,32
------------	---	------	----	------	---	------	----	------

Não se aplica	859	64,39	4588	55,38	391	66,61	5838	57,20
---------------	-----	-------	------	-------	-----	-------	------	-------

Ignorado	453	33,96	3583	43,25	186	31,69	4222	41,37
----------	-----	-------	------	-------	-----	-------	------	-------

**Orientação sexual**

Heterossexual	873	65,44	4025	48,58	359	61,16	5257	51,51
---------------	-----	-------	------	-------	-----	-------	------	-------

Homossexual	23	1,72	244	2,95	23	3,92	290	2,84
-------------	----	------	-----	------	----	------	-----	------

Bissexual	6	0,45	62	0,75	4	0,68	72	0,71
Não se aplica	115	8,62	578	6,98	44	7,50	737	7,22
Ignorado	317	23,76	3376	40,75	157	26,75	3850	37,72
<b>Possui algum tipo de deficiência/transtorno</b>								
Sim	369	27,66	3044	36,74	183	31,18	3596	35,23
Não	860	64,47	3715	44,84	332	56,56	4907	48,08
Ignorado	105	7,87	1526	18,42	72	12,27	1703	16,69
<b>Total</b>	<b>1334</b>	<b>100</b>	<b>8285</b>	<b>100,00</b>	<b>587</b>	<b>100</b>	<b>10206</b>	<b>100</b>

\* Sistema de Informação de Notificação (SINAN), Rio Grande do Sul, anos 2014 a 2018.

\*\*Excluídos os municípios com tipologia intermediário remoto e rural remoto pois não tiveram nenhuma notificação no período.

Na Tabela 3, que trata das características das pessoas jovens em situação de violência segundo a tipologia de municípios, observa-se que a reincidência (campo “Ocorreu outras vezes”) esteve presente em 4.181 (40,97%) das (os) usuárias (os), expressando, portanto, a magnitude do fenômeno de repetição. O local de ocorrência da violência autoprovocada foi, na maioria das vezes, a própria residência com 8.590 (84,2%) notificações, independente da tipologia do município.

A caracterização da violência em/por pessoas jovens e a presença de deficiência e/ou transtorno, apontados na Tabela 3, demonstraram que as jovens que possuíam deficiência física somaram 1,02% das notificações; 6,14% possuíam deficiência intelectual; 0,77% tinham deficiência visual; 0,55% possuíam deficiência auditiva; 49,12 % com transtorno mental e 42,71% com transtorno de comportamento.

Ainda em referência a Tabela 3, verificou-se que o meio de agressão variou conforme a tipologia de municípios. A força corporal ocorreu em 6,58% das notificações nos municípios do tipo rural; 3,96% em municípios do tipo urbano e 5,97% no tipo intermediário. Já o enforcamento esteve presente em 17,13% das notificações em municípios do tipo rural; 10,36% no tipo urbano e 12,52% na tipologia intermediário; o uso de objeto contundente foi computado com 2,17% nos municípios do tipo rural; 1,41% do tipo urbano e 1,54% na tipologia de intermediário; o uso de objeto perfurocortante somou 22,27% nos tipos rural; 20,28% no urbano e 25,82% na tipologia intermediário; a substância ou objeto quente foi o meio de agressão em 1,89% das notificações em municípios do tipo rural; 1,41% nos municípios tipo urbano e 1,54% intermediário.

O envenenamento e a intoxicação foram meio de agressão em 44% das notificações para municípios do tipo rural; 59,57% tipo urbano e 50,48% em tipo intermediário. Por fim, o uso da arma de fogo ocorreu em 1,62% nos municípios do tipo rural; 0,93% do topo urbano e 0,58% do tipo intermediário adjacente.

O meio de agressão mais utilizado tanto no sexo feminino quanto no masculino foi envenenamento e a intoxicação com 3.414 (60,83%) no sexo feminino e 1.304 (48,71%) no sexo masculino. Verifica-se, no tocante a violência autoprovocada, o percentual na utilização como meios de agressão no sexo feminino o objeto perfuro cortante em 1.215 (21,65%) das notificações; enforcamento 376 (6,70%); a força corporal em 285 (5,06%), objeto quente 72 (1,28%) e arma de fogo com 16 (0,29%) dos casos. Já o sexo masculino o enforcamento ocorreu em 569 (21,26%) das notificações, objeto perfuro cortante 517 (19,31%), força corporal 84 (3,14%), arma de fogo 67 (2,5%) objeto quente 51 (1,91%), objeto contundente 38 (1,42%).

Tabela 3. Descrição da repetição ou não da violência, local de ocorrência, tipo de deficiência e meio de agressão das pessoas em situação de violência autoprovocada da faixa etária entre 15 a 29 anos segundo tipologia de municípios, dados do SINAN de 2014 a 2018, Rio Grande do Sul.

Variável	Tipologias						Total	
	Rural Adjacente		Urbano		Intermediário Adjacente			
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Ocorreu outras vezes</b>								
Sim	560	41,98	3341	40,33	280	47,70	4181	40,97
Não	644	48,28	3121	37,67	232	39,52	3997	39,16
Total Completo	1204	90,25	6462	78,00	512	87,22	8178	80,13
Ignorado	130	9,75	1823	22,00	75	12,78	2028	19,87
Total	1334	100	8285	100	587	100	10206	100
<b>Local de ocorrência</b>								
Residência	1143	85,68	6945	83,83	502	85,96	8590	84,19
Habitação coletiva	7	0,52	69	0,83	8	1,37	84	0,82
Escola	24	1,80	59	0,71	6	1,03	89	0,87
Local de prática esportiva	1	0,07	4	0,05	0	0,00	5	0,05
Bar ou similar	5	0,37	36	0,43	5	0,86	46	0,45
Via pública	62	4,65	356	4,30	28	4,79	446	4,37
Comércio/Serviços	9	1	63	0,76	0	0	72	0,71
Indústrias/construção	1	0,07	11	0,13	4	0,68	16	0,16
Outro	53	3,97	248	2,99	26	4,45	327	3,20
Total	1334	100	8285	100	584	100	10203	100
<b>Tipos de deficiência</b>								

Deficiência Física	8	1,90	30	0,87	3	1,73	41	1,02
Deficiência Intelectual	14	3,32	220	6,41	13	7,51	247	6,14
Deficiência Visual	16	3,79	14	0,41	1	0,58	31	0,77
Deficiência Auditiva	2	0,47	19	0,55	1	0,58	22	0,55
Transtorno Mental	197	46,68	1695	49,42	85	49,13	1977	49,12
Transtorno de Comportamento	185	43,84	1452	42,33	70	40,46	1707	42,41
Total *	422	100	3430	100	173	100	4025	100
<b>Meio de Agressão</b>								
Força corporal/espandimento	73	6,58	264	3,96	31	5,97	368	4,44
Enforcamento	190	17,13	690	10,36	65	12,52	945	11,40
Objeto Contundente	30	2,71	94	1,41	8	1,54	132	1,59
Objeto Perfuro- Cortante	247	22,27	1351	20,28	134	25,82	1732	20,90
Substância/Objeto Quente	21	1,89	94	1,41	8	1,54	123	1,48
Envenenamento, Intoxicação	488	44,00	3968	59,57	262	50,48	4718	56,92
Arma de fogo	18	1,62	62	0,93	3	0,58	83	1,00
Ameaça	42	3,79	138	2,07	8	1,54	188	2,27
Total Meio de agressão**	1109	100	6661	100	519	100	8289	100

\*Sistema de Informação de Notificação (SINAN), Rio Grande do Sul, anos 2014 a 2018.

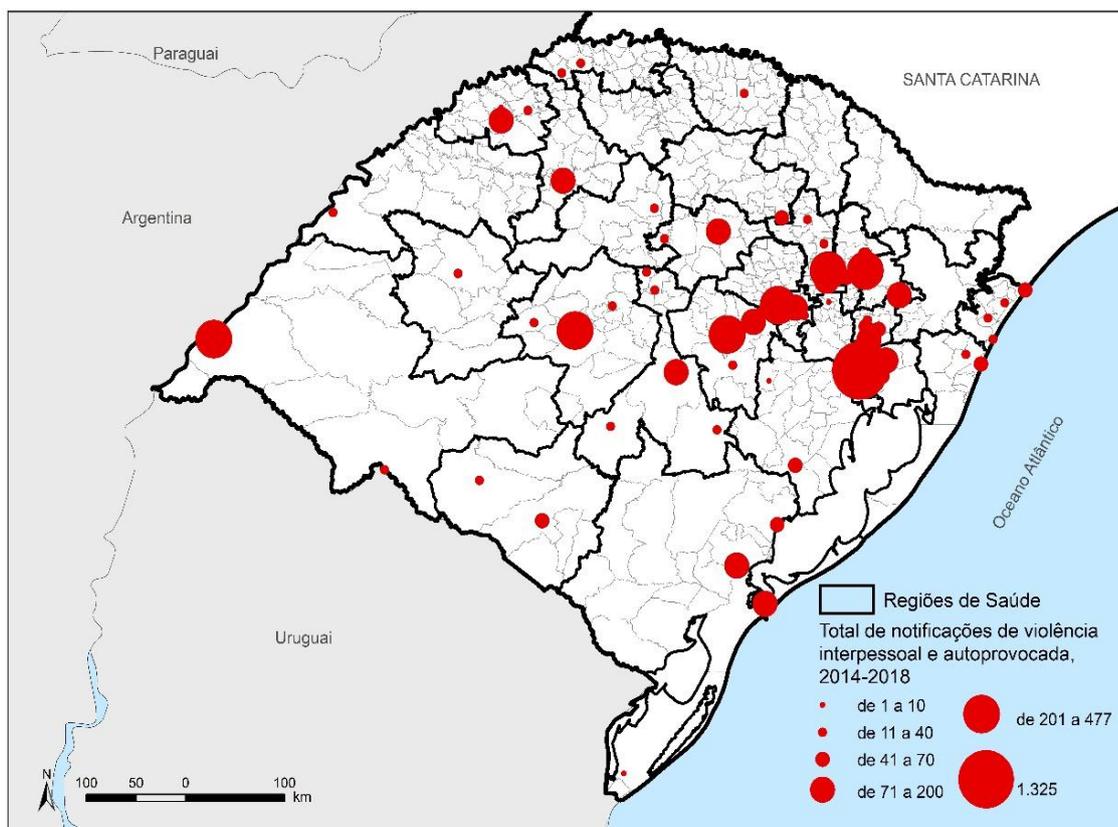
\*\* O total não se iguala com o N pois pode ter mais de uma opção na notificação.

\*\*\*Excluídos municípios com tipologia intermediário remoto e rural remoto pois não tiveram nenhuma notificação no período.

Em relação a distribuição espacial das notificações apresentada na Figura 1, nota-se uma concentração das notificações na região metropolitana de Porto Alegre, Serra Gaúcha e na concentração urbana linear (BR-287) Lajeado – Santa Maria. Destaca-se Porto Alegre com maior contribuição no período (n=1.325); Caxias do Sul (n=477); Lajeado (n=115); Canoas, que é limítrofe a capital (n=346); Santa Maria (n=320); Santa Cruz do Sul (n=213) e Bento Gonçalves (n=210). A porção sul do estado é onde se visualiza a maior concentração de municípios silenciosos (aqueles que nunca notificaram), ou seja, que não realizaram nenhuma notificação de violência autoprovocada em jovens no período em análise, com algumas exceções, como de Uruguaiana

(n=204) na fronteira sudoeste; Pelotas (n=151); Rio Grande (n=159) e Bagé (n=68).

Figura 1. Distribuição espacial da Violência Autoprovocada em pessoas em situação de violência autoprovocada da faixa etária entre 15 a 29 anos segundo tipologia de municípios, dados do SINAN de 2014 a 2018, Rio Grande do Sul.



\*Sistema de Informação de Notificação (SINAN), Rio Grande do Sul, anos 2014 a 2018.

\*\*Excluídos municípios com tipologia intermediário remoto e rural remoto pois não tiveram nenhuma notificação no período.

Na Tabela 4 observamos os níveis de atenção das unidades notificadoras e, na tipologia rural adjacente, as notificações foram realizadas na atenção primária em 30,43% do total dos casos, na secundária com 21,21%, na terciária com 44,23% e em outros estabelecimentos (exemplo um serviço administrativo como Coordenadoria Regional de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde ou o serviço de vigilância em saúde do município) com 3,97%. Na tipologia urbano, 4,63% das notificações foram realizadas na atenção primária, 32,72% na secundária, 57,47% na terciária e 5% em outros. Nos municípios classificados como intermediário adjacente, 8,69% dos casos foram notificados pela atenção primária, 14,99% secundária, 70,19% terciária e 5,96% outros.

Tabela 4. Descrição dos níveis de atenção onde ocorreram as notificações de violência autoprovocada na faixa etária entre 15 a 29 anos segundo tipologia de municípios, dados do SINAN de 2014 a 2018, Rio Grande do Sul.

Tipologia	Total
-----------	-------

Nível de atenção	Rural Adjacente		Urbano		Intermediário Adjacente			
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Primária</b>	406	30,43	384	4,63	51	8,69	841	8,24
<b>Secundária</b>	283	21,21	2711	32,72	88	14,99	3082	30,20
<b>Terciária</b>	590	44,23	4761	57,47	412	70,19	1463	14,33
<b>Outros</b>	53	3,97	414	5,00	35	5,96	502	4,92
<b>Ignorados</b>	2	0,15	12	0,14	1	0,17	15	0,15
<b>Total</b>	1334	100	8285	100	587	100,00	10206	100,00

\*Sistema de Informação de Notificação (SINAN), Rio Grande do Sul, anos 2014 a 2018.

\*\*Excluídos municípios com tipologia intermediário remoto e rural remoto pois não tiveram nenhuma notificação no período.

\*\*\*Outros: vigilância municipal, CRS, SMS e outros.

## Discussão

A notificação de violência no SUS pode ser considerada recente visto que o agravo consta há menos de uma década no SINAN. Portanto, a análise e a interpretação do fenômeno passa pelo desconhecimento do registro, pela subnotificação de casos e pela qualidade de preenchimento dos dados. Esses aspectos são limitações consideráveis deste estudo. Contudo é indispensável considerar o uso dos dados do SINAN como ferramenta importante para paulatinamente permitir aproximações na compreensão da violência.

O Boletim Epidemiológico publicado pelo Ministério da Saúde em 2021<sup>23</sup>, analisou mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil entre os anos de 2010 e 2019 e identificou resultados semelhantes aos apresentados neste estudo, mostrando que o perfil das notificações de lesões autoprovocadas ocorreram mais em pessoas brancas, do sexo feminino, com baixo grau de instrução e com idade entre 15 e 29 anos, o local de ocorrência mais comum é a residência e o meio mais empregado para a tentativa de suicídio é o envenenamento.

Neste estudo, observa-se que a reincidência esteve presente em 40% das notificações de violência autoprovocada, sendo um dado também apresentado no Boletim Epidemiológico de 2021 onde a repetição do evento foi registrada em 41% dos casos<sup>23</sup>. Este dado é valioso haja visto que, comumente os primeiros atendimentos são realizados pela atenção terciária, nos centros de urgência e emergência, onde oriunda a notificação, esta informação pode ser um meio para buscar

a atuação da Atenção Primária em Saúde na prevenção do comportamento suicida e da autoagressão.

Os resultados se aproximam com os identificados por Bahia e colaboradores <sup>6</sup> em análise das lesões autoprovocadas notificadas nos serviços de urgência e indicam que o número de tentativas de suicídio e de automutilação é maior entre as mulheres enquanto os homens tendem a utilizar métodos mais letais. Também estão de acordo com Leão e colaboradores <sup>29</sup>, que apontam que na maioria dos países, incluindo o Brasil, os homens apresentam os maiores índices de suicídio completo, devido aos meios de violência autoprovocada mais efetivos, e observam-se mais tentativas entre as mulheres.

Com relação aos meios de agressão, os resultados apresentados apontam que o envenenamento e intoxicação são os maiores meios utilizados na violência autoprovocada, em consonância com os resultados do Boletim Epidemiológico <sup>23</sup> e do estudo de Santos e colaboradores <sup>30</sup>, que indicaram que a intoxicação foi a primeira causa de internação e a segunda de óbito por suicídio, correspondendo a 70% das notificações de tentativa de suicídio.

De 2014 para 2018 houve um crescimento de 27% no número de notificações de violência autoprovocada, um possível reflexo da adesão dos serviços de saúde ao sistema de notificação das violências, mas também do trabalho sistemático de capacitação de profissionais da rede que ocorre sob supervisão do Centro Estadual de Vigilância em Saúde do RS (CEVS-RS). Além disso, o número também pode estar relacionado ao aumento do número de casos, apesar da subnotificação. Segundo Marcolan <sup>31</sup>, a subnotificação do comportamento suicida é notória no sistema de saúde e pode ser verificada nas pesquisas da prática com o mascaramento de dados.

Este resultado indica e corresponde aos achados do estudo realizado sobre o registro das notificações compulsórias de violências envolvendo crianças e adolescente, em que se percebeu um aumento ano após ano no número de registros, dando visibilidade a este evento que historicamente é silencioso. Com a notificação, é possível reconhecer os aspectos que envolvem este fenômeno ampliando os subsídios para o enfrentamento da violência <sup>32</sup>.

## Conclusão

Este estudo trouxe mais subsídios para a compreensão da violência autoprovocada que assola jovens do estado do Rio Grande do Sul. A partir dos determinantes biológicos, sociais e, também, da escala geográfica com a classificação proposta pelo IBGE, percebeu-se que os municípios enquadrados na tipologia urbana têm muito a avançar na identificação e no registro da violência entre jovens, tendo em vista que a captura do fenômeno prepondera na atenção terciária e

permanece quase que invisível na atenção primária.

Os primeiros locais de atendimento das pessoas vítimas de violência autoprovocada comumente são os serviços de urgência e emergência. Todavia, não são estes locais que promovem atenção integral e continuada destas pessoas. Desta forma, destaca-se a importância do acompanhamento e monitoramento destes casos pela rede de atenção primária em saúde e da rede intersetorial (em especial as escolas), que, com desenvolvimento de ações e intervenções antecipadas em casos de risco, poderá atuar na prevenção de tentativas de suicídio e óbitos.

Em consonância, os municípios na tipologia rural demonstram a importância da notificação de violência na atenção primária e da qualidade do registro. Urge nesse sentido a necessidade de sensibilizar as escolas, espaços de vivência cotidiana dos jovens quase que por excelência, como indispensáveis na rede de cuidado e de enfrentamento da violência autoprovocada, sobretudo entre os jovens.

Fenômeno social complexo, a violência precisa também ser investigada a partir dos espaços nos quais adquire materialidade, ou seja, para além do espaço público-privado, nos tipos de municípios e suas respectivas particularidades. Isso porque são estes os loci onde são estabelecidas os pactos sociais e as práticas culturais. Ao final, tais características parecem ser variáveis que permitirão aprofundar a compreensão das tentativas de suicídio e lesões autoprovocadas. Outrossim, a variância escalar em um estado implica em situações como o planejamento nas áreas da saúde, da educação, da assistência social, do conselho tutelar e da segurança pública, redes indispensáveis na prevenção do fenômeno.

A notificação de violência no SUS pode ser considerada recente visto que o agravo consta há menos de uma década no SINAN. Portanto, a análise e a interpretação do fenômeno passam pelo desconhecimento do registro, pela subnotificação de casos e pela qualidade de preenchimento dos dados. Esses aspectos são limitações consideráveis deste estudo. Contudo é indispensável considerar o uso dos dados do SINAN como ferramenta importante para paulatinamente permitir aproximações na compreensão da violência.

Como situação que impõe estratégias intersetoriais de enfrentamento, a análise dos dados de violência autoprovocada articulada com a escala demonstrou potencial contribuição a melhoria do processo de vigilância em saúde e educação em saúde e, por fim, na promoção da cultura de paz.

## Agradecimentos

Os autores agradecem a Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS)

pelo apoio financeiro ao projeto através do Edital 03/2017.

## Referências

1. Minayo MCS. *Violência e saúde*. Vol. 13, 805–806 p. Rio de Janeiro: Ciência & Saúde Coletiva.
2. World Health Organization. Suicide in the world: Global health estimates (No. WHO/MSD/MER/19.3). 2019; Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326948/WHO-MSD-MER-19.3-eng.pdf>
3. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial sobre a prevenção da violência 2014.
4. World Health Organization (WHO). World report on violence and health Geneva: WHO; 2002.
5. World Health Organization. Suicide in the world: Global health estimates (No. WHO/MSD/MER/19.3). 2019; Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326948/WHO-MSD-MER-19.3-eng.pdf>
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. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2017 Sep;22(9):2841–50. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002902841&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002902841&lng=pt&tlng=pt)
7. Organização Mundial Da Saúde (OMS). Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10° Revisão São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2009. Vol. I.
8. Meneghel SN, Victora CG, Faria NMX, Carvalho LA de, Falk JW. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2004 Dec [cited 2020 Apr 29];38(6):804–10. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102004000600008&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000600008&lng=pt&tlng=pt)
9. Conte M, Meneghel SN, Trindade AG, Ceccon RF, Hesler LZ, Cruz CW, Soares R, Pereira S, Jesus I. Programa de Prevenção ao Suicídio: estudo de caso em um município do sul do Brasil. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2012 Aug;17(8):2017–26. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000800013&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800013&lng=pt&tlng=pt)
10. Ministério da Saúde (MS). Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada [recurso eletrônico] [Internet]. 2016. 94 p. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva\\_instrutivo\\_violencia\\_interpessoal\\_](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_)
11. Canavese D, Polidoro M. Situação da violência contra as populações negra, LGBT, indígena e em situação de rua no sistema único de saúde do Rio Grande do Sul, Brasil. UFRGS. Maurício Po11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Série relatórios metodológicos metodologia do Censo demográfico 2010. 2a. IBGE, editor. Rio de Janeiro; 2016. 711 p.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Classificação e Caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil, uma primeira aproximação. 1st ed. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, editor. Rio de Janeiro: IBGE; 2017. 83 p.

13. Valadares AA. O gigante invisível: território e população rural para além das convenções oficiais . [Internet]. 1st ed. IPEA, editor. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Economica Aplicada; 2014. 42 p. Available from: [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2866/1/TD\\_1942.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2866/1/TD_1942.pdf)
14. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Projeto de Pesquisa Atenção primária à saúde em territórios rurais e remotos no Brasil Ministério da Saúde [Internet]. Rodrigues Fausto MC, Márcia Cristina HM, Goulart Penzin VM, editors. 2019. 1–44 p. Available from: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/home/>
15. Souza M, Dolci TS. Turismo Rural: fundamentos e reflexões [Internet]. UFRGS; 2019. 118 p. Available from: <https://utad0910desrural.wikispaces.com/file/view/T+R.pdf> lidoro e Daniel Canavese, editor. Porto Alegre; 2018. 64 p.
16. FARIA, N. M. X. et al. Suicide rates in the State of Rio Grande do Sul, Brazil: association with socioeconomic, cultural, and agricultural factors. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 12, p. 2611–2621, dez. 2006.
17. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Série relatórios metodológicos metodologia do Censo demográfico 2010. 2a ed. Rio de Janeiro: [2016].
18. RIVARA, F. et al. The Effects Of Violence On Health. *Health Affairs*, v. 38, n. 10, p. 1622–1629, 1 out. 2019.
19. Valadares AA. O gigante invisível: território e população rural para além das convenções oficiais. [Internet]. 1st ed. IPEA, editor. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Economica Aplicada; 2014. 42 p. Available from: [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2866/1/TD\\_1942.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2866/1/TD_1942.pdf).
20. Organização das Nações Unidas (ONU). Objetivos do desenvolvimento sustentável (ODS). ONU [Internet]. 2015;14(2):72. Available from: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>
21. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Vigilância em Saúde no Brasil 2003/2019: da criação da Secretaria de Vigilância em Saúde aos dias atuais. *Boletim Epidemiológico* [Internet]. 2019;50:1–154. Available from: <http://www.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>.
22. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Vigilância em Saúde no Brasil 2003/2019: da criação da Secretaria de Vigilância em Saúde aos dias atuais. *Boletim Epidemiológico* [Internet]. 2019;50:1–154. Available from: <http://www.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>
23. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. *Boletim Epidemiológico* nº 33 [Internet]. 2021;52:1–10. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos>
24. Maria J, Mendes R. Da violência contra si: a autodestruição por meio do suicídio no meio rural no Rio Grande do Sul/Brasil. *LUME UFRGS*. 2015;
26. Ministério da Saúde (Ministério da Saúde). Qualidade dos dados de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, Brasil. 2019;23(3):2019.
27. Romero DE, Cunha CB da. Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, 2002. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2007 Mar;23(3):701–14. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000300028&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300028&lng=pt&tlng=pt)

28. Cunda BV, Canavese D, Pinheiro J, Ostroski J, Yelena L, Yamaguchi W, Reus M, Ribeiro S, Polidoro M, Soares JO, Rosa JCS, Motta IG, Muller GS, Vettorato P, Raymundo NP, Goes CR, Volkmer A, Fell M. Vigilância da violência no Rio Grande do Sul: panorama da qualidade e da quantidade das informações no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (2014 a 2017). Porto Alegre: 2018.
29. Leão RCH, Filho FL, Fiamoncini CM, Sousa RA de, Vasconcelos SC, Sougey EB, Silva TPSD. Behavior of self-inflicted violence in patients with bipolar disorder. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98(33):16851.
30. Santos SA, Legay LF, Lovisi GM, de Santos JFC, Lima LA. Suicide and attempts suicide by exogenous intoxication in rio de janeiro: Analysis of data from official health information systems, 2006-2008. *Rev Bras Epidemiol*. 2013;16(2):376–87.
31. Marcolan JF. Pela política pública de atenção ao comportamento suicida. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(suppl 5):2343–7. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=132862742&site=ehost-live>
32. Cezar PK, Arpini DM, Goetz ER, Cezar PK, Arpini DM, Goetz ER. Registros de Notificação Compulsória de Violência Envolvendo Crianças e Adolescentes. *Psicol Ciência e Profissão* [Internet]. 2017 Jun [cited 2020 Apr 27];37(2):432–45. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932017000200432&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932017000200432&lng=pt&tlng=pt)