

**FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
PROGRAMA DE MESTRADO EM PSICOLOGIA E SAÚDE**

TIAGO MORENO LOPES ROBERTO

**CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DO INDIVÍDUO EM
CASO DE VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA**

São José do Rio Preto

2019

TIAGO MORENO LOPES ROBERTO

**CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DO INDIVÍDUO EM
CASO DE VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, como parte dos requisitos para obtenção do Título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Kazuo Kawano Nagamine

São José do Rio Preto

2019

TIAGO MORENO LOPES ROBERTO

**CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DO INDIVÍDUO EM
CASO DE VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA**

DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE

Presidente e Orientador: Prof. Dr. Kazuo Kawano Nagamine
Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP

1ª Examinador: PhD. Rafael Morais Chiaravalloti
Instituição: Universidade do Colégio de Londres

2ª Examinador: Dr. Randolfo dos Santos Junior
Instituição: FUNFARME

São José do Rio Preto, 22 de Março de 2019

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	vi
AGRADECIMENTOS	vii
LISTA DE FIGURAS.....	viii
LISTA DE ANEXOS.....	ix
RESUMO	x
ABSTRACT.....	xi
INTRODUÇÃO	12
MÉTODO	19
Amostra.....	19
Materiais	20
Procedimento	20
Análise de dados	21
Aspectos éticos.....	22
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	23
CONCLUSÕES	49
REFERÊNCIAS.....	50
ANEXOS	54

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha família que esteve presente em todas as etapas da minha vida, ao meu orientador que conseguiu transmitir seus conhecimentos de forma clara e harmoniosa, confiando e dedicando seus horários para discussões e ampliação desta pesquisa, apresentando-me não apenas valores ligados à pesquisa, mas uma integralidade de valores e respeito à vida.

Dedico a todos profissionais de saúde mental que de alguma forma convivem com essa temática, direta ou indiretamente, para que seja possível avançar em nossas práticas e caminhar juntos na busca pela maior compreensão.

AGRADECIMENTOS

Agradeço especialmente ao professor Dr. Kazuo Nagamine pela paciência e orientação nos diversos aspectos da vida; um profissional que muito admiro.

Agradeço também a todos os profissionais da saúde do município de Votuporanga, ao Departamento de Epidemiologia e ao Coordenador de Saúde Mental Reinaldo de Carvalho, e ao Departamento de Epidemiologia do Estado de São Paulo, onde a pesquisa foi acolhida com seriedade e dedicação para a coleta dos dados obtidos; acredito que o esforço de cada um fez desta dissertação uma grande união pelo incentivo à vida.

Agradeço aos professores que lecionaram ao longo do curso de pós-graduação stricto sensu de Psicologia e Saúde, pela grandiosa experiência de estar ao lado de pessoas que lutam e prezam pela comunicação científica.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Classificação do tipo de violência autoprovocada Fonte: (SINAN. 2015).....	24
Figura 2 - Sexo dos indivíduos que tentaram a violência autoprovocada Fonte: (SINAN. 2015).....	28
Figura 3 - Situação conjugal dos indivíduos que tentaram o ato da violência autoprovoca....	29
Figura 4 - Orientação sexual dos indivíduos que tentaram o ato de violência autoprovocada	31
Figura 5 - Identidade de gênero de indivíduos que tentaram o ato de violência autoprovocada. Fonte: (SINAN. 2015)	32
Figura 6 - Faixa Etária por frequência de notificações de violência autoprovocada. Fonte: (SINAN. 2015).....	36
Figura 7 - Escolaridade dos indivíduos que tentaram o ato de violência autoprovocada	37
Figura 8 – Raça/cor de pele dos indivíduos que tentaram o ato de violência autoprovocada por número de notificações.....	38
Figura 9 - Frequência de notificações por bairro da ocorrência. Fonte: (SINAN. 2015)	44
Figura 10 - Frequência de violência autoprovocada por mês. Fonte: (SINAN. 2015).	45

LISTA DE ANEXOS

Anexo A - Certificado do comitê de ética	55
Anexo B - Modelo de notificação de violência / autoprovocada - SINAM.....	56

Roberto, M. L. T. (2018). *Caracterização do perfil do indivíduo em caso de violência autoprovocada*. Dissertação de Mestrado em Psicologia e Saúde. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

RESUMO

A violência autoprovocada tem ocorrido em diversos perfis epidemiológicos, com variados métodos de tentativas contra a própria vida, caracterizando a tentativa de suicídio, indagando possíveis intervenções para essa população que se encontra em maior vulnerabilidade psicossocial, este trabalho visou analisar, por meio de notificações, a caracterização – em um determinado município que se encontra no interior de São Paulo (Votuporanga) - de indivíduos que passaram pelo serviço de saúde após tentar alguma violência contra si mesmo; o período de investigação das ocorrências situa-se entre janeiro de 2015 e junho de 2017. Os dados coletados foram correlacionados de acordo com a localização, sexo, nível escolar, tentativas anteriores, situação conjugal, opção sexual, tipo de tentativa, se possui algum transtorno mental ou deficiência mental entre outros aspectos de relevância; os itens que caracterizam esse indivíduo são preenchidos pelos profissionais da saúde que acolheram essa pessoa que tentou o ato contra si mesmo, os dados epidemiológicos se fizeram essenciais para a compreensão do contexto social e multifatorial encontrados com maior predominância, prevendo possíveis ações biopsicossociais focadas em locais diferentes, adequando-se para culturas diversificadas.

Palavras-chave: Violência autoprovocada. Perfil epidemiológico. Indivíduos.

Roberto, M. L. T. (2018). *Characterization of the profile of the individual in case of self-inflicted violence*. Master's Dissertation in Psychology and Health. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

ABSTRACT

The self-provoked violence has occurred in several epidemiological profiles, with various methods of attempts against one's own life, characterizing the attempted suicide, questioning possible interventions for this population that is in greater Psychosocial vulnerability, this work aims to analyze, through notifications, the characterization – in a given world that is in the interior of São Paulo (Votuporanga)-of individuals who went through the health service after trying some Violence against oneself; The period of investigation of occurrences is between January 2015 and June 2017. The collected data were correlated according to location, gender, school level, previous attempts, marital status, sexual option, type of attempt, if you have any mental disorder or mental deficiency among other aspects of relevance; The items that characterize this individual are filled out by the health professionals who welcomed this person who attempted the act against himself, the epidemiological data were essential for s comprehension of the social and multifactorial context found with Greater predominance, predicting possible biopsychosocial actions focused on different sites, adapting to diversified cultures.

Keywords: Self-violence. Epidemiological profile. Individuals.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde o ato do suicídio está entre as três principais causas de morte de pessoas entre 15 a 44 anos de idade, sendo responsável anualmente por um milhão de óbitos (o que corresponde a 1,4% de mortes); esses dados não incluem as tentativas de suicídio, que são de 10 a 20 vezes mais frequentes que o ato do suicídio em si (WHO, 2014).

As taxas de mortalidade por suicídio representam uma pequena parte de problemática das lesões autoprovocadas intencionalmente, gerando um grande número de internações por estas causas que não resultam em óbito; uma grande parcela destes indivíduos que se lesionam busca atendimento em âmbito ambulatorial, no entanto existem outros que não buscam tratamentos para as lesões tanto físicas quanto psicológicas, e tal situação gera um impacto não apenas nos familiares e no sujeito, mas também no que se refere ao contexto de planejamento da saúde no tocante às medidas de prevenção.

Estudo realizado na cidade de Campinas - São Paulo - Brasil, com amostragem de 500 indivíduos com idade acima de 14 anos e residentes na zona urbana demonstraram que o sexo feminino tem maior prevalência da ideação suicida em adultos entre 30 e 40 anos que vivem sozinhos, bem como os espíritas e os de maior renda (Botega et al., 2009).

O ministério da saúde, por meio da portaria nº 1.271, de 06 de junho de 2014, ressalta a obrigatoriedade da notificação de violência e agravos para os serviços de saúde, médicos e outros profissionais, serviços públicos ou privados sendo instrumento fundamental para o conhecimento do perfil da violência, possibilitando intervenções no controle do âmbito epidemiológico e preventivo para o problema de violência (Brasil, 2014).

Os altos índices de violência, seja ela no âmbito nacional ou internacional, têm gerado um olhar de prioridade e preocupação da saúde pública, envolvendo ações que

priorizem o maior envolvimento dos profissionais técnicos da saúde e um maior diálogo com a sociedade, permitindo maiores reflexões sobre a temática violência e suicídio. Trata-se de um fenômeno social que desestrutura um conjunto de elementos biopsicossociais. (Garbin et al., 2015).

Ocorreram no Brasil 105.097 internações no SUS (288 casos por dia) nos anos de 2000-2013 decorrentes de lesões autoprovocadas intencionalmente, por indivíduos com idade maior que nove anos, sendo 63.468 (60,4%) do sexo masculino e 41.628 (39,6%) do sexo feminino; por meio de pesquisas é possível evidenciar que a sociedade, os familiares e o sistema de saúde podem agir com maior eficácia em modelos de prevenção e atuação profissional, aplicando os procedimentos corretos, disponíveis por meio da OMS (Monteiro et al., 2015).

As lesões autoprovocadas são consideradas importante problema de saúde pública, pois constituem um sinalizador de mal-estar e sofrimento de indivíduos cuja ação geralmente está relacionada a um sentimento de impossibilidade na identificação de alternativas viáveis para a solução de seus conflitos e sofrimentos, optando pelas tentativas de tirar a própria vida como resposta (Monteiro et al., 2015).

Pesquisa realizada na Finlândia ressaltou comportamentos de tentativa de suicídio subsequentes com maior vulnerabilidade à reincidência, e demonstrou que pacientes com transtornos do humor e pacientes com transtorno mental (Esquizofrenia) apresentam um risco maior de uma nova tentativa (com possibilidade superior a 53%), sendo que o portador de transtornos mentais tem maior risco a subsequência (Haukka et al., 2008).

O fenômeno da tentativa de suicídio deve ser observado e analisado separadamente, levando em conta os fatores históricos, socioculturais e a subjetividade que cada caso carrega consigo, é possível notar que a produção de sentimentos e pensamentos não está somente ligada a uma fonte orgânica ou genética, mas que esses eventos estão associados aos fatores

externos ao meio, tornando-se desencadeadores de possíveis tentativas de suicídio; dessa forma, o meio social pode vir a ser responsável por uma série de eventos cotidianos e situações que se escolhe não vivenciar.

Durkheim propõe uma categorização aos tipos de suicídios: egoísta-altruísta e anômico-fatalista; essas duas categorias estão focadas no grau de desequilíbrio de duas forças sociais: *Integração social e Regulação social*; esta correlação está ligada ao grau de contato social, como por exemplo: maiores óbitos em homens solteiros. A sociedade contemporânea se destaca pelo processo de industrialização e individualização do sujeito que, ganhando mais autonomia, revela maior “egoísmo”, competição entre os grupos e, conseqüentemente, gera a desintegração social e o alto índice de óbitos por suicídio (Teixeira, 2002).

Com o desenvolvimento desenfreado da tecnologia, está-se sempre em busca da mudança, sendo um período instável para a vida. Bauman (2001) descreve dois tipos de modernidade: a sólida e a líquida; na sólida existe consolidação e estabilidade entre capital, trabalho e a produção; já na modernidade líquida, a flexibilização é assumida pelo capitalismo, produzindo constantemente rupturas ou vazios nos vínculos entre trabalho e capital, gerando perda de sentido no ato de fazer; o prazer e a satisfação não entram nesse estado de criação e produção, a concorrência e a competição são os mais valorizados pelo sujeito homem (Carvalho, 2011).

Bauman (2001) vai dizer sobre essas mudanças desse período de modernidade e a crise dos valores existenciais gerado pelo social:

A sociedade que entra no século XXI não é menos “moderna” que a que entrou no século XX; o máximo que se pode dizer que ela é moderna de um modo diferente. O que a faz tão moderna como era há mais ou menos um século é o que distingue a modernidade de todas as outras formas históricas do convívio humano; a compulsiva e obsessiva, contínua, irrefreável e sempre incompleta modernização; a opressiva e inerradicável, insaciável sede de

destruição criativa (ou a criatividade destrutiva, se for o caso: de “limpar o lugar” em nome de um “novo e aperfeiçoado” projeto de “desmantelar”. “cortar”, “defasar”, “reunir “ou “reduzir”, isso tudo em nome da maior capacidade de fazer ou mesmo no futuro - em nome da produtividade ou da competitividade) (Bauman, 2001; Carvalho, 2011).

As experiências sensoriais têm se tornando artificiais e menos simbólicas; com o processo tecnológico alguns comportamentos sociais têm entrado em extinção, gerando novos padrões para os meios de comunicação, quebrando o contato tátil, visual, olfativo; têm isolado o sujeito dos grupos sociais e gerado falta de habilidades sociais de convivência, deixando suas relações ainda mais líquidas e dando o sentimento de não pertencimento ao seu ambiente.

Pode-se associar essa unificação de grupos com uma cultura existente aqui no Brasil na Amazônia, no caso, o povo Suruwaha; trata-se de povos indígenas que, embora tivessem a mesma etnia, possuíam autodenominações diferentes (Tabosorodawa, Joihidawa, Adamidawa, Naydanidawa, Sarakodawa, Ydahidawa, Zamadawa); povos que ocupavam o mesmo espaço territorial e falavam a mesma língua, por motivos da exploração material local, deixaram as relações sociais limitadas e menos envolventes com outras culturas, tornando-os mais individualizados. O povo Suruwaha ficou muito conhecido pela prática do suicídio. Nessa sociedade, o ato do óbito por suicídio é interpretado diferentemente do modelo cultural; para eles o suicídio é um ritual no qual a morte é concretizada, e esta não é compreendida como perda da vida, ou das experiências que se poderia vivenciar, mas sim um encontro com outras pessoas que já se foram (Souza & Santos, 2009).

A unificação demonstra o processo das relações com seu meio, a competitividade e a busca pela sobrevivência distanciam da probabilidade de enxergar um novo modelo cultural; a morte desse povo não se tratava apenas da desesperança, mas também de um atrito existencial entre a mesma etnia tornando ainda mais forte a desvalorização do viver, perda de

sentido e aumento da crença religiosa como verdade absoluta e meio de expressar seus comportamentos aprendidos desde a infância, passando esse costume de pai para filho. Tal prática constituía um modelo de aproximação entre a etnia e os que já se foram, como forma de melhor contato na relação. No modelo cultural Suruwanna é possível demonstrar e responder os fenômenos sociais estudados por Durkheim; o suicídio como evento social produto de outro evento social, no qual a religião e a crença são práticas comportamentais que o próprio meio disponibiliza como forma de alívio onde que a religião e a crença também ou busca por um lugar melhor.

O caminho ideal de passagem para essa outra vida seria, somente, a ingestão do Kunaha veneno também conhecido como timbó (comumente utilizado em certas técnicas de pescaria). Dizem os índios que a existência humana só tem sentido quando se visa o suicídio. A linha diretriz do entendimento sobre aponta o suicídio como a máxima de todos os valores (Kroemer, 1994; Souza & Santos, 2009).

Durkheim afirma que cada cultura, cada povo ou grupo tem um tipo de morte mais comum ou “preferida”, que acontece mais vezes no âmbito do suicídio, e a preferência por esses comportamentos raramente muda dentro daquele determinado povo, modificando alguns aspectos e dificilmente muda os padrões dos métodos para consumação (Durkheim, 2000; Rosa, 2011).

Para ambos os sexos, no estado de São Paulo, o método mais utilizado para o suicídio tem sido o sufocamento/enforcamento entre homens e mulheres; em segundo lugar a arma de fogo (geralmente por homens), já outros métodos como envenenamento e quedas se destacam no sexo feminino.

Os métodos utilizados para suicídio estão ligados à forma de se planejar para o ato, meios que facilitam o processo da ideação, objetos, lugares, aspectos que estão em seu ambiente e que pode proporcionar maior acesso aos desencadeadores; pode-se citar

novamente o exemplo dos povos indígenas da Amazônia, os Suruwanna; no caso deles, o meio utilizado para a consumação do suicídio é o veneno utilizado na técnica de pescaria (Timbó); entender os fatores ambientais é primordial para a prevenção do suicídio em indivíduos que estão apresentando sintomas de depressão e isolamento e comportamentos reforçadores.

Analisar o perfil de cada sujeito e forma de tentativas é uma maneira de buscar meios que se expliquem pelo seu ambiente cultural; é ir além dos dados quantitativos e propor um novo olhar para este fenômeno que, de acordo com as propostas de Durkheim, a análise social e caracterização de meios, profissão, crises financeiras, estigmas culturais dentre outras situações é o início para a compreensão do suicídio, deve ser estudado como caso externo do indivíduo; entendendo o contexto social é possível aprofundar-se e criar novos métodos de intervenção, promovendo fortalecimento social desse povo que está vulnerável a uma série de eventos.

A caracterização do meio onde o sujeito vive, os problemas sociais dentro daquela região (município), o que pode causar ou afetar de forma proximal ou distal para eventos traumáticos e estressores, os locais onde existe a impunidade, a falta da execução de leis civil e trabalhistas, todos esses fatores dificultam a expressão do indivíduo com seu meio. Pensar no fenômeno suicídio é pensar na vulnerabilidade das situações observadas.

A presente pesquisa teve como base para elaboração inicial do projeto a observação de profissionais de saúde mental que passaram a lidar frequentemente com o fenômeno da violência auto provocada em indivíduos de diversas idades, gerando a busca pela compreensão desse fenômeno que tem afetado as diversas relações, surgindo então a caracterização do indivíduo. Neste contexto, a importância da elaboração de novos projetos na atualidade como medida de prevenção devem ser pensados e idealizados por meio da investigação epidemiológica de cada grupo, município ou bairro, revendo questões de maior

incidência e prevalência. A inclusão e implementação de novas políticas públicas para esse fenômeno necessita de um diálogo que desconstrua estigmas de medo e inabilidade dos profissionais.

Pensar em novos métodos e políticas públicas como prevenção é também pensar nos gastos que o indivíduo que comete o ato de violência autoprovocada gera no âmbito médico e assistencial. Pesquisa dirigida pelos Estados Unidos demonstrou que os custos médicos gerado pela violência autoprovocada, lesões não fatais e mortes no ano de 2000 alcançaram mais de US \$ 70 bilhões, sendo que a maior parte desse custo (US\$ 64,4 bilhões) foi pela perda de produtividade, representando 92% dos gastos; os outros cerca de US\$ 5,6 bilhões foram gastos em assistência médica por mais de 2,5 milhões de feridos devido à violência interpessoal.

O reflexo dos comportamentos de violência contra si também pode ser observado nos modelos estruturais de saúde, gerando maior demanda de cobertura territorial por parte da rede de saúde mental; a pesquisa ressaltou e concluiu que as estimativas de sobrecarga econômica e de saúde aqui relatadas estavam relacionadas à violência nos EUA, e salientou que a maior carga econômica seria investir em novas pesquisas sobre prevenção dos casos de violência autoprovocada e a necessidade de maior contato com o assunto (Corso et al., 2017).

Mediante todo o exposto, o objetivo primário desta pesquisa é caracterizar o perfil dos indivíduos que tentaram o ato de violência interpessoal contra si mesmo, na busca pela compreensão de possíveis associações entre seu contexto social e características com maior prevalência nessa população.

MÉTODO

Amostra

Foi redigida uma pesquisa, por meio da coleta de dados no Município de Votuporanga (interior Paulista / Noroeste Paulista), original e bibliográfica, com abordagem quantitativa, baseada em dados descritivos epidemiológicos de violência autoprovocada.

A população ou universo da pesquisa caracterizou-se por ser um conjunto bem definido e com propriedades específicas, no caso, a obtenção dos dados (notificação de violência autoprovocada) de indivíduos que tentaram o ato de autoextermínio no período de janeiro de 2015 há junho de 2017, não havendo critério de exclusão de dados.

A notificação de violência interpessoal/autoprovocada é gerada pelo SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), de plena responsabilidade do departamento de epidemiologia do estado de São Paulo.

Foi solicitada a isenção do TCLE (Termo de consentimento livre esclarecido) da presente pesquisa, tendo como justificativa da ausência do termo que a pesquisa iria analisar os dados de notificações de “Violência Interpessoal/AUTOPROVOCADA” no Município de Votuporanga/SP, dados gerado pelo SINAN e que foram disponibilizados por meio de arquivo as descrições epidemiológicas.

As razões para solicitação da isenção do TCLE foram:

- 1) Levantamento retrospectivo de dados que se encontram na notificação de violência autoprovocada, o que não interfere no cuidado recebido pelo paciente;
- 2) Ausência de riscos físicos e/ou biológicos para o paciente, uma vez que o estudo foi meramente observacional;

3) A confidencialidade e sigilo da identificação pessoal dos pacientes foi garantida pelo pesquisador principal e pelas técnicas de levantamento e guarda dos dados: os pacientes foram identificados apenas por meio de iniciais e números de registro, que servem tão somente para validar a individualidade da informação.

Por esses motivos e como o uso e destinação dos dados coletados durante este projeto de pesquisa estão aqui descritos, foi solicitada a dispensa do referido documento.

Materiais

Foram utilizados os seguintes instrumentos na coleta de dados:

1) Dados digitalizados por meio de anexo em e-mail (enviados pelo departamento da Secretaria de Epidemiologia do Estado de São Paulo).

2) Termos de recebimento do anexo enviado para Secretaria de Epidemiologia do Estado de São Paulo.

Procedimento

A base da investigação se deu início por meio da solicitação dos dados de Violência autoprovocada ao departamento de epidemiologia do município de Votuporanga-SP, os quais foram enviados exclusivamente ao e-mail do pesquisador, por meio arquivo digital. Os dados foram direcionados de acordo com o manual enviado, com a categorização em tabelas no Excel; no arquivo recebido estavam relacionados todos os tipos de violências, como por exemplo: sexual, psicológica dentre outras.

Foram categorizadas e separadas somente as notificações de lesões provenientes de violência autoprovocada, as quais agruparam-se por categorias (tipo de tentativa de suicídio,

sexo, idade, situação conjugal, opção sexual, região sócio demográfica, nível escolar, identidade de gênero, raça/cor, número de tentativas por mês); em seguida as correlações existentes entre os indivíduos que tentaram o ato de autoextermínio e os dados existentes em outras culturas demográficas, características e métodos utilizados contra a própria vida, além de variáveis demonstradas por meio da notificação de violência auto provocada que demonstrassem o perfil epidemiológico do sujeito.

Todos os procedimentos levaram em conta a confidencialidade e a privacidade dos sujeitos e familiares, a fim de que não houvesse estigmatização e nem o uso de suas imagens e informações como forma de prejudica-los.

1) Visita ao departamento de epidemiologia do município de Votuporanga, responsável pelo acesso às variáveis das notificações pelo Sistema SINAN, onde foi realizada a solicitação dos dados digitais ao departamento de epidemiologia do estado de São Paulo.

2) Levantamento de dados epidemiológicos fornecidos pelo departamento de epidemiologia do estado de São Paulo.

3) Diálogo e entrevista com o responsável coordenador da rede de saúde mental do município, para melhor compreensão das divergências de dados encontradas na análise.

4) Análise e correlação com os demais contextos epidemiológicos brasileiros e internacionais.

Análise de dados

Os dados coletados foram analisados por gráficos de frequência absoluta em Excel. A primeira parte da análise consistiu na exclusão de dados que não faziam parte das lesões e violência autoprovocada. A segunda parte da análise compreendeu o agrupamento de

categorias; as propriedades foram descobertas após serem relacionadas com o grau de frequência, chegando assim às respostas e aos objetivos desta pesquisa.

Aspectos éticos

Este estudo foi cadastrado na Plataforma Brasil e encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa, tendo sido aprovado no dia 17 de julho de 2017, sob parecer de número: 2.175.362 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 67599917.6.0000.5415. (Anexo II).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A presente pesquisa foi realizada no município de Votuporanga-SP, localizado na região Noroeste Paulista, que tem uma população estimada em 92.769 habitantes, área territorial de 420,703 Km², e apresenta um salário médio mensal dos trabalhadores equivalente a 2.3 salários mínimos; a taxa de escolaridade para indivíduos de 06 a 14 anos de idade é de 98,8%, e o índice de mortalidade infantil é de 9,22 por mil nascidos vivos (IBGE, 2017).

A notificação de Violência interpessoal/autoprovocada corresponde a fatores externos de morbidade e mortalidade, estabelecido por meio do CID (Código Internacional de Doenças). As lesões podem estar especificadas por envenenamento, enforcamento, afogamento, queimaduras, acidente de trânsito, dentre outros; atualmente, a notificação é o único meio de tabulação para identificação das tentativas de suicídio.

Foram coletados dados epidemiológicos sobre a violência autoprovocada no município de Votuporanga-SP no período de janeiro de 2015 a junho de 2017, nos quais 234 notificações foram caracterizadas como intoxicação exógena e 26 notificações especificadas como tentativa de suicídio, conforme Figura 1.

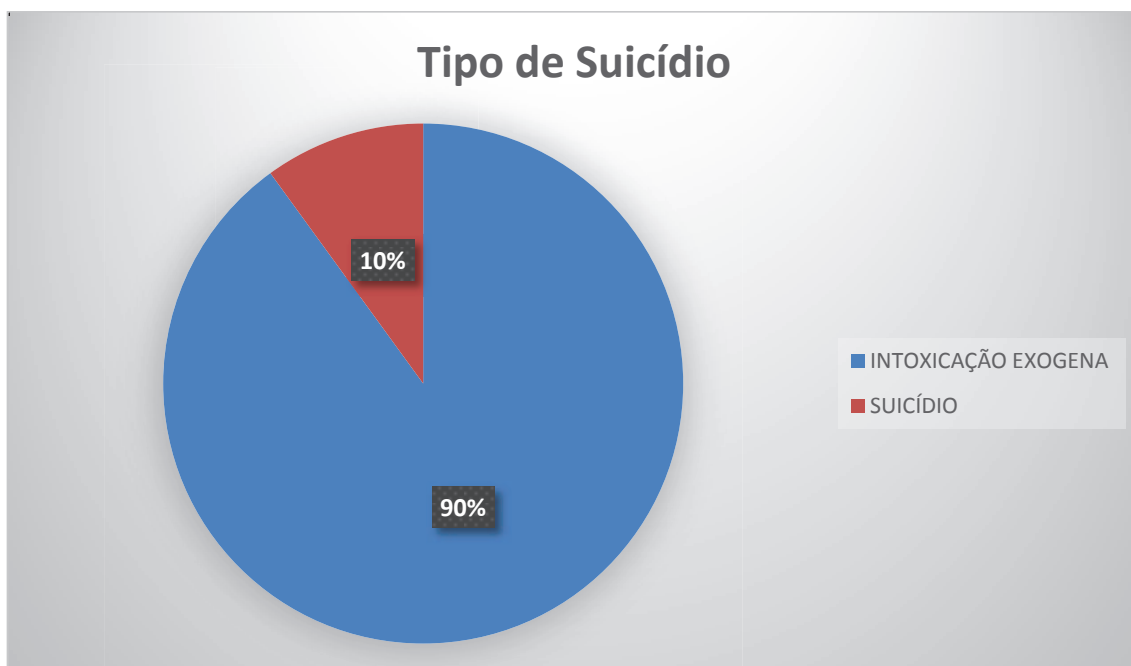


Figura 1 - Classificação do tipo de violência autoprovocada Fonte: (SINAN.

2015)

Categoria: Tipo de violência autoprovocada

Observou-se que o comportamento mais frequente na população de Votuporanga-SP foi a intoxicação exógena; no entanto, analisando as notificações foi possível encontrar falhas de preenchimento na especificação da violência contra si, além de ausência da categorização do tipo de intoxicação (se ingestão de veneno, medicação, chá, dentre outros que poderiam ter sido utilizados no procedimento). Por conta dessas omissões caracterizou-se o despreparo do profissional da saúde, que não está atento a esses detalhes que são fundamentais nos métodos preventivos e para o surgimento de políticas públicas.

Uma pesquisa realizada no Rio de Janeiro fez uma análise das tentativas e dos suicídios por intoxicação exógena e notou-se que o preenchimento da notificação não continha informações básicas como: endereço completo data de nascimento, nome da mãe, e que alguns casos de suicídio não haviam sequer sido registrados, porém haviam sido relatados por médicos. Os dados do estudo concluíram que é possível melhorar as

informações das subnotificações de fenômenos relevantes e pouco estudados, e que a pesquisa se deparou com dificuldades em identificar adequadamente intoxicação como intencional ou não intencional. O problema que nem sempre é de difícil detecção e correção, soma-se a tão conhecida ``subnotificação de tentativa/suicídio`` por motivos socioculturais e econômicos. Além dos erros encontrados nas classificações, a pesquisa ressaltou algumas implicações legais relacionadas à notificação do SINAN, e ao descaso dos profissionais com a portaria GM/MS no 104/2011, que estabelece as responsabilidades e atribuições dos profissionais e serviços de saúde determinando seguir suas obrigações (Santos, 2014).

A categoria suicídio foi acrescentada na notificação onde o profissional da saúde descreveu como tal, porém não especificou a forma da tentativa, permitindo até mesmo uma reflexão sobre a visão que os profissionais da saúde têm em relação ao comportamento suicida, que é considerado como “Não querer viver”. Então, quais métodos de violência são considerados como ato de suicídio? Por meio das notificações nota-se a ausência de habilidade e capacitação do profissional ao redigir a notificação, o que leva a repensar as práticas de capacitação dos profissionais da rede de urgência e emergência e do diálogo com a rede de saúde mental.

Numa pesquisa realizada em um município do sul do país, com profissionais atuantes na rede de urgência e emergência, foi feito um questionamento sobre qual seria a definição de suicídio, por meio de entrevista transcrita em seguida. Segundo grande parte dos entrevistados, suicídio consiste no ato contra a própria vida; porém, dentre os entrevistados foi possível encontrar aqueles que classificaram essa atitude extrema como forma de ``chamar a atenção``. Diante desses resultados verificou-se que a compreensão de alguns dos profissionais da rede de saúde ainda demonstra um olhar estigmatizado e preconceituoso sobre o fenômeno suicídio. (Freitas, A. P. A. d., & Borges, L. M. 2014).

Os dados coletados em Votuporanga-SP demonstraram que não há outras formas de tentativas de suicídio como enforcamento, objeto cortante, objeto quente entre outros métodos que a notificação oferece como opção para detalhamento e melhor compreensão do evento relatados no período pesquisado. Notadas ausências de relatos de tentativas consideradas como fenômenos mais “comuns” dentro do comportamento suicida, o pesquisador perguntou ao coordenador da rede de saúde mental quais seriam mais recorrentes, e foi informado que a tentativa de auto mutilação é um dos comportamentos que ocorre com maior frequência no município; porém, não foram encontradas notificações detalhadas com essa categoria, demonstrando possíveis erros ou omissão dos fenômenos.

Em outras pesquisas publicadas no contexto brasileiro, a intoxicação exógena aparece como a categoria de maior incidência nas tentativas de suicídio e violência autoprovocada, e indivíduos do sexo feminino figuram como predominantes na escolha desse método. Os profissionais da rede de saúde do município de Votuporanga não categorizaram ou detalharam nas notificações os fenômenos como enforcamento, quedas, objeto perfurante, entre outros meios de violência que configuram tentativas de suicídio; sendo assim, os dados não retratam fielmente o cenário epidemiológico dos municípios brasileiros.

No estado do Piauí, pode-se constatar que os profissionais têm menor conhecimento no que se refere às epidemias modernas e no procedimento de notificação (intoxicação exógena, violência sexual/doméstica e tentativa de suicídio), o que pode ser justificado pela recente inclusão dessas epidemias na agenda da saúde pública, e tal inserção poderá ampliar o escopo e olhar epidemiológico das proposições para promoção da saúde e prevenção; os novos agravos incluídos como objeto de vigilância reforçam ainda mais a necessidade de capacitação e articulação na rede de atenção à saúde intersetorial e interdisciplinar (Sousa, 2012).

Categoria: Sexo

A figura 2 apresenta o sexo dos indivíduos que tentaram a violência autoprovocada, sendo a maior prevalência do sexo feminino com 210 notificações, contra 50 do sexo masculino.

Pesquisa realizada no âmbito brasileiro sobre a caracterização de tentativas por substâncias exógenas demonstrou a variância entre sexo masculino e feminino, com maior predominância envolvendo o feminino em função dos agentes tóxicos utilizados; quando analisada a faixa etária pode-se comparar que os adultos (46,7%) e adolescentes (72,7%) utilizaram predominantemente o medicamento, e os idosos (43,7%), principalmente agrotóxicos. Pelos resultados obtidos verificou-se que o suicídio foi frequente entre os homens que fizeram uso de agrotóxicos. O fácil acesso às substâncias tóxicas, demonstra favorecer o impulso de tentar o suicídio, e pensar em medidas protetivas e de conscientização sobre alguns comportamentos visíveis do trabalhador é de extrema importância, bem como ações de controle da venda de agrotóxicos que acolham e promovam assistência adequada aos suicidas, por meio de campanhas e informativos no ato da venda. (Viera, 2015).

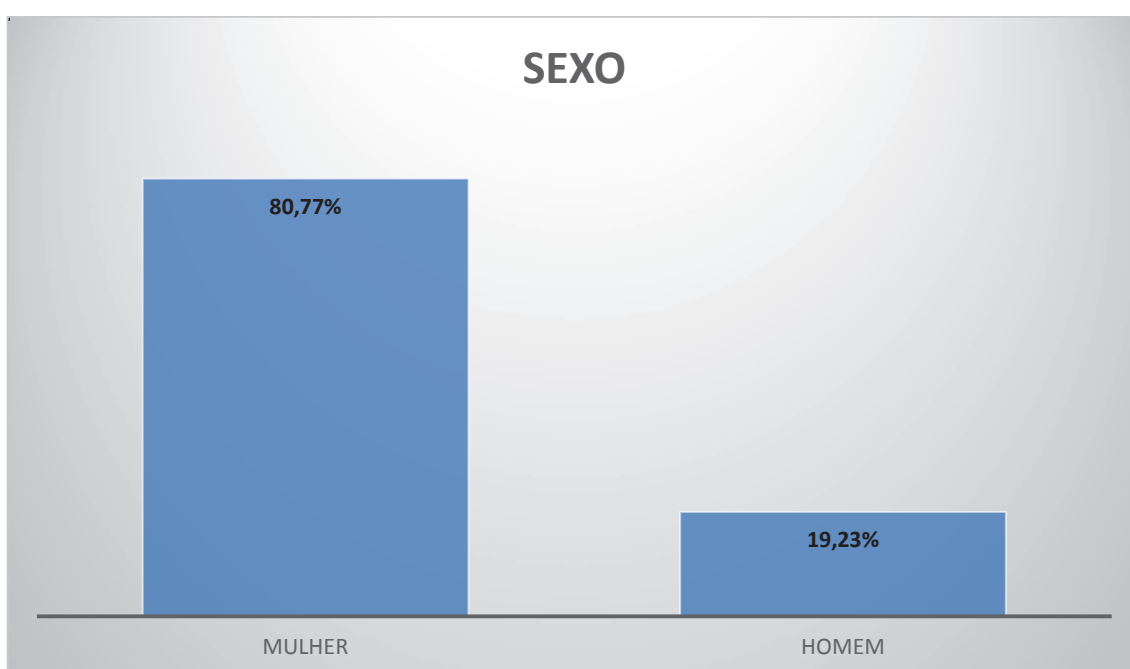


Figura 2 - **Sexo dos indivíduos que tentaram a violência autoprovocada** Fonte: (SINAN. 2015)

Categoria: Situação Conjugal

Na figura 3, pode-se observar a caracterização da situação conjugal dos indivíduos que tentaram o ato de violência autoprovocada, sendo com maior prevalência o ato da violência por solteiros com 148 notificações, 92 notificações como casados ou união instável, 14 notificações na situação conjugal de separado, 4 notificações na situação de viúvo, 2 notificações não se aplicam.

A literatura aponta um maior risco de suicídio entre os solteiros, viúvos e pessoas separadas devido aos fatores de apoio e maior enfrentamento; essa situação pode ser observada de fato nos números de tentativas no estado civil de solteiro. Igualmente, numa pesquisa realizada na microrregião de Barbacena-MG, nos indivíduos que tentaram o suicídio a maior incidência de morte ocorreu entre os casados; considerando que as tentativas mais frequentes ocorrem por parte de solteiros, era esperado que o maior número de óbitos ocorresse também no mesmo grupo.

O maior número de óbitos dos casados trouxe uma reflexão sobre a possibilidade de isso estar associado a fatores de ordem estrutural e socioeconômica. Momentos de crise econômica e desemprego poderiam levar a diversos conflitos familiares e até mesmo ao uso de álcool e outras drogas; tal hipótese, associada aos riscos e métodos de consumação eficazes conduziram o indivíduo na busca da morte como alívio dos problemas. (I, C. E. L. V., I, E. C. D. M. G., & II, L. A. L. 2013).

A pesquisa no município de Votuporanga/SP demonstrou um alto índice de tentativas entre adultos com as idades entre 26 e 35 anos, fase na qual as estruturas socioeconômica e familiar estão em pleno processo de idealização. Planos para o futuro como: casamento,

ensino superior, gestação, dentre outros são prazerosos, mas ao mesmo tempo carregam um maior nível de responsabilidade e aspectos estressores.

Conforme a pesquisa realizada em Barbacena, a população casada tem maior probabilidade de atingir o suicídio consumado, devido aos fatores sociais de responsabilidade, cobranças e exigências da fase de consolidação da vida adulta.

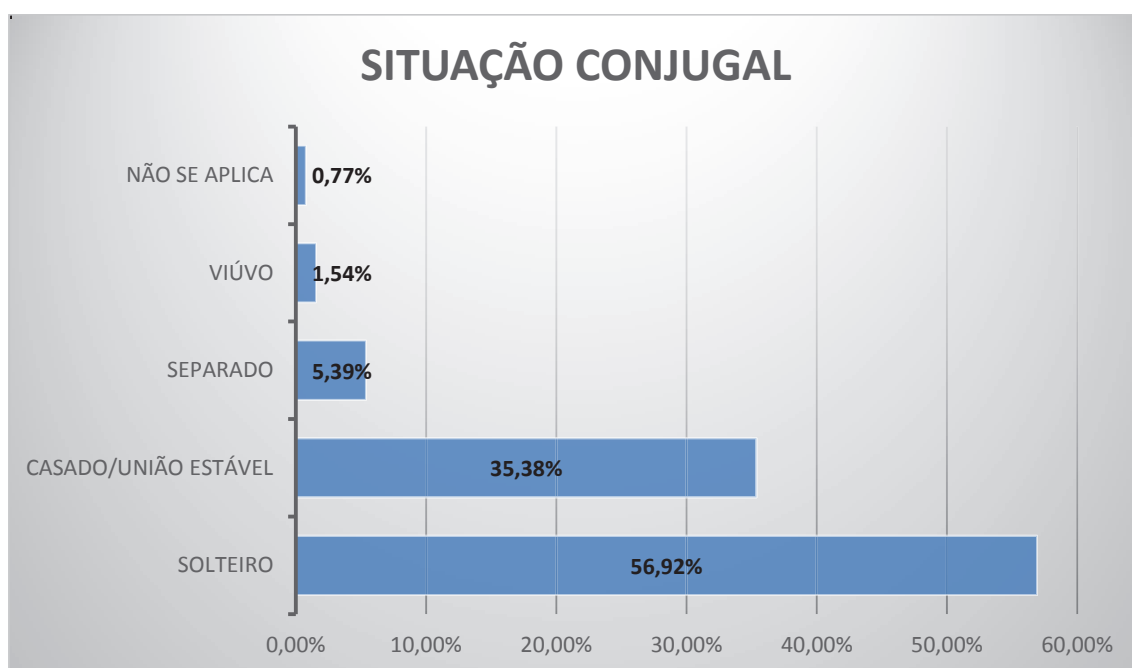


Figura 3 - Situação conjugal dos indivíduos que tentaram o ato da violência autoprovoca
Fonte: (SINAN. 2015)

Categoria: Orientação sexual

A figura 4 apresenta a caracterização da orientação sexual dos indivíduos que tentaram o ato de violência autoprovocada, sendo 251 heterossexuais, 6 homossexuais, 2 não se aplica e 1 com a orientação bissexual.

Nesta categoria o índice com maior predominância em tentativas ocorreu entre os heterossexuais, demonstrando números baixos de indivíduos de outra orientação sexual.

Inúmeros estudos internacionais relatam que os jovens homossexuais têm maior propensão às tentativas, devido aos fatores e implicações da homofobia que descaracteriza a sua integralidade de vivências e experiências. Outra pesquisa realizada no âmbito brasileiro ouviu adolescentes sobre a relação de pensamentos e tentativas de suicídio entre adolescentes gays, lésbicas, transexuais, travestis, transgêneros e heteros, e concluiu que o maior índice de pensamentos e tentativas de suicídio não é com a população LGBT, e sim com os jovens que se dizem heterossexuais. (Teixeira-Filho, F. S., & Marretto, C. A. R. 2008).

Desta forma, também é possível questionar-se a qualidade dos dados da pesquisa realizada em Votuporanga pelo número muito baixo de indivíduos categorizados como homossexuais, gerando uma reflexão como é feita a pergunta ao indivíduo no ato do preenchimento da notificação, ou se de fato é perguntado ou ainda se o profissional apenas interpreta e preenche a ficha de acordo com o comportamento de conduta apresentado. Essas questões fazem com que se pense na qualificação dos profissionais que acolhem esses indivíduos e no entendimento do que seja orientação sexual.

Uma pesquisa feita sobre o discurso dos profissionais da saúde (médicos ou enfermeiras) sobre a diversidade sexual no âmbito da saúde apresenta a importância das crenças religiosas e conceitos morais como sendo fundamentais para o equilíbrio do contexto pessoal; analisando tais discursos percebe-se implicitamente que a heterossexualidade figura como a única opção de normalidade, que é o que agrada a Deus e, assumir uma forma diferente como opção sexual é um risco que a pessoa deve estar disposta a assumir.

A relação com a expressão sexualidade é visível nos discursos dos profissionais, porém, conceitos sedimentados sobre masculinidades e feminilidades ainda

fazem parte das concepções dos profissionais quando falam sobre expressões da sexualidade. (Vitiritti, B., Andrade, S. M. O. d., & Peres, J. E. d. C. 2016).

A sexualidade é uma temática a ser discutida e lidada com maior naturalidade dentro do âmbito saúde, porém o tabu e o preconceito ainda estão instalados em diversos contextos trazendo malefícios ao paciente e a visão que esse cliente passa a ter dos estabelecimentos de saúde, podem se tornar um método de esquiva e até mesmo adiar certos atendimentos e procedimentos.

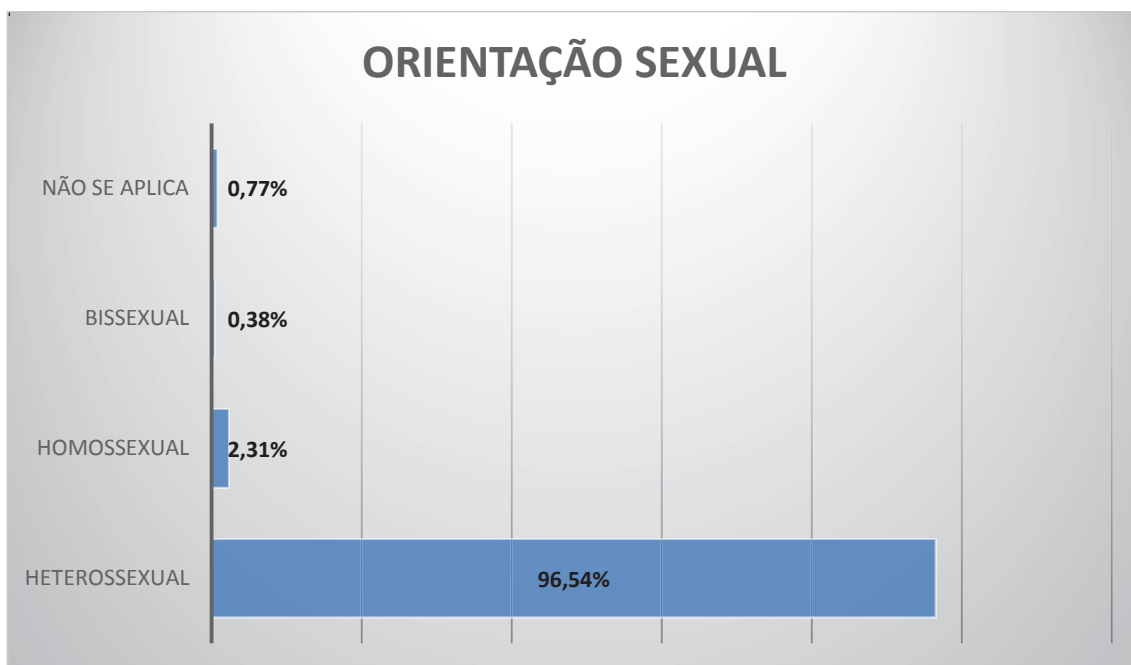


Figura 4 - Orientação sexual dos indivíduos que tentaram o ato de violência autoprovocada
Fonte: (SINAN. 2015)

Categoria: Identidade de Gênero

A figura 5 retrata a caracterização do gênero dos indivíduos que tentaram o ato de violência autoprovocada; nela 257 notificações não se aplicam, 2 notificações apresentam o gênero travesti, e 1 notificação ignorado.

Pode-se concluir um número abaixo do esperado na questão de gênero, sendo que a população transexual segue inúmeros fatores que auxiliam no processo de angústia e sofrimento, com situações de preconceito e situações sociais inesperadas diante do seu gênero.

Estudo ressalta evidências de que o estigma e a exclusão social são aspectos desencadeadores do suicídio e conclui que o aumento de políticas públicas para a inclusão social (apoio social, apoio familiar, identidade e documentos) combate a transfobia acessando o processo transexualizador por meio da terapia hormonal ou a transgenitalização, auxiliando e contribuindo de forma positiva para o bem estar físico e psicológico, diminuindo as taxas de suicídio da população transexual. (Schumann*1, d. B., & Martini, S. R. 2016).

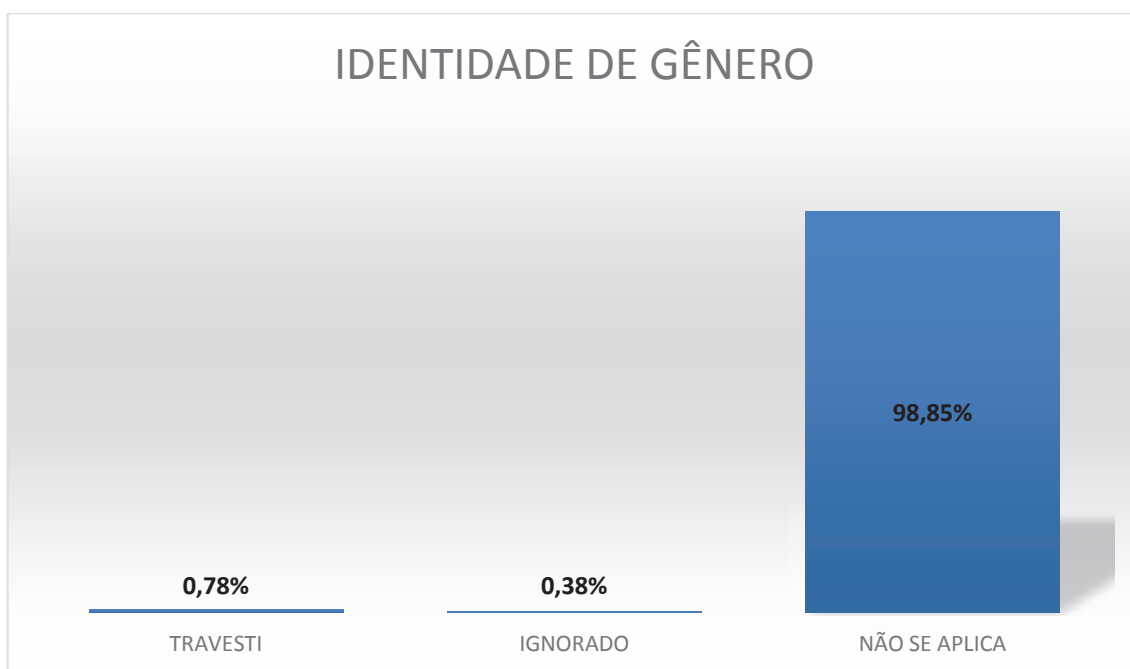


Figura 5 - **Identidade de gênero de indivíduos que tentaram o ato de violência autoprovocada.** Fonte: (SINAN. 2015)

Categoria: Faixa Etária

A figura 6 apresenta a faixa etária dos indivíduos que tentaram o ato de violência autoprovocada, estando os de 26 a 30 anos em primeiro, com maior número de indivíduos e 74 notificações, em segundo os de 16 a 25 anos com 68 notificações, os de 35 a 46 anos com 51 notificações. Os indivíduos com mais de 47 anos foram responsáveis por 44 notificações e aqueles com menos de 13 anos com 23 notificações.

De acordo com os dados brasileiros epidemiológicos correlacionados com o número de óbitos por suicídio no Brasil percebe-se que estes estão voltados a faixa etária de 30 a 40 anos; apenas a raça indígena apresenta um índice elevado na idade de 10 a 19 anos, sendo o índice mais alto de óbitos por suicídio no Brasil.

Observa-se um índice expressivo de tentativas na fase de transição de adolescente para a vida adulta na pesquisa do município de Votuporanga, destacando a idade de 16 a 25 anos. De acordo com o perfil epidemiológico Brasileiro, apenas a população indígena tem maior risco pela alta proporção de suicídio consumado de adolescentes; os dados de Votuporanga demonstram um número expressivo de tentativas na fase da adolescência. Estes dados são concordantes com varias regiões do mundo, indicando um grau de vulnerabilidade dessa população, exaltando os altos índices de suicídio por meio de consumo de substâncias psicoativas nos jovens indígenas e demais regiões como o Alaska, o Canadá, a Groenlândia, os países nórdicos e a Rússia. (Brasil, S. d. V. e. S. M. d. S.-. 2017).

Identificar os fatores de risco ao suicídio na adolescência é de extrema importância para prevenção; nesse sentido, todos os profissionais devem ter um olhar mais amplo para interpretá-los e auxiliar de forma adequada; na fase da adolescência identificar os fatores de risco se torna insuficiente para que seja possível evitar o suicídio, é necessário considerar os diversos fatores de risco e exposição, pois muitos adolescentes não desencadeiam pensamentos de morte ou ideações e a ausência dos sinais e fatores de risco ao suicídio não

impede que um adolescente possa vir a tentar ou a cometer o ato do suicídio. (Braga, L. d. L., & Dell'Aglio, D. D.) 2013.

Os fatores de maior predominância a risco nas tentativas na fase da adolescência são: sofrer violência física e abuso sexual, sofrer ameaças de colegas ou algum tipo de violência psicológica, ter depressão, ter problemas de identidade de gênero, vivenciar relacionamentos não correspondidos, isolamento social, dificuldades de desempenho escolar e aprendizagem, dificuldades para se comunicar com professores, colegas ou familiares. O método mais utilizado por adolescentes para a tentativa de suicídio tem ocorrido por meio de ingestão de medicamentos e considera-se a idade de maior risco como sendo a de 14 anos. (JANEIRO, P. D. C. D. R. D., SMS, S. M. D. S.-., & Primária, S. d. A. 2016).

Em pesquisa realizada no âmbito brasileiro sobre ideação suicida em adolescentes do ensino médio, pode-se observar que dos 22,2% com ideação suicida, 55% são do sexo feminino e encontram-se na faixa etária entre 17 e 19 anos, 45% cursam o 2º ano do ensino médio, 95% são solteiros; 85% moram com os pais; 70% afirmam ser católicos e 100% disseram não possuir vínculo ou trabalho remunerado. (Araújo, L. d. C., Vieira, K. F. L., & Coutinho, M. d. P. d. L.) 2010.

No processo de adolecer pode ocorrer uma grande busca por soluções imediatas demonstrando comportamentos agressivos e suicidas. Tais comportamentos na fase adolescente vêm como um pedido expressivo de ajuda frente a um intenso sofrimento e/ou dor psicológica insuportável; a depressão é o transtorno mental mais comum associado a ideação suicida com comportamentos agressivos e com o uso de substâncias psicoativas entre os adolescentes. (Oliveira, M. A., Bicalho., S. M. C. Teruel., M. F Kahey, L. L., et. al. 2015).

Por meio dos dados de Votuporanga, a idade de 16 a 25 é a segunda maior frequência de tentativas de suicídio, direcionando maior atenção aos fatores sociais de exposição, início da vida afetiva e das relações de trabalho, dentre outros aspectos, o que

exige um olhar específico e qualificado para tomada de medidas preventivas em abrangência escolar e cursos universitários. Desta forma, direcionar políticas públicas e meios expressivos de diálogo entre educadores e profissionais da saúde é um meio de ampliar a atenção a essa população adolescente.

Direcionar educação em saúde em especial para os professores e seus alunos é fundamental, já que é possível identificar muitos mitos e tabus sobre o ato suicida e estimular as buscas pelo conhecimento e promoção da saúde mental. No período escolar existem fatores propícios aos riscos como bullying, desestruturação e cargas elevadas de estresse podem influenciar no desenvolvimento suicida; desta forma, é de suma importância que os educadores saibam reconhecer logo no início os sinais de ideação suicida, tornando possível a realização de medidas preventivas. (Santos¹, T. P. d., Floriano², L. S. M., Skupien³, S. V., & Ravelli, A. P. X. 2015).

Torna-se imperiosa a implementação de protocolos de atendimento no serviço de emergência que visem o diálogo dos serviços de saúde mental direcionando o adolescente que tentou o ato de suicídio para acompanhamento psiquiátrico e até mesmo visitas no âmbito escolar e domiciliar para compreensão do seu contexto social e do seu desenvolvimento.

Os índices da fase adulta de 26 a 35 anos demonstra ainda um adiantamento de idade na busca pelo suicídio, a desmotivação precoce está associada à qualidade de vida, e fatores laborais, sendo uma das fases mais produtivas do ciclo da vida, na qual os ideais e planejamento estrutural da vida afetiva e econômica têm maior ênfase.

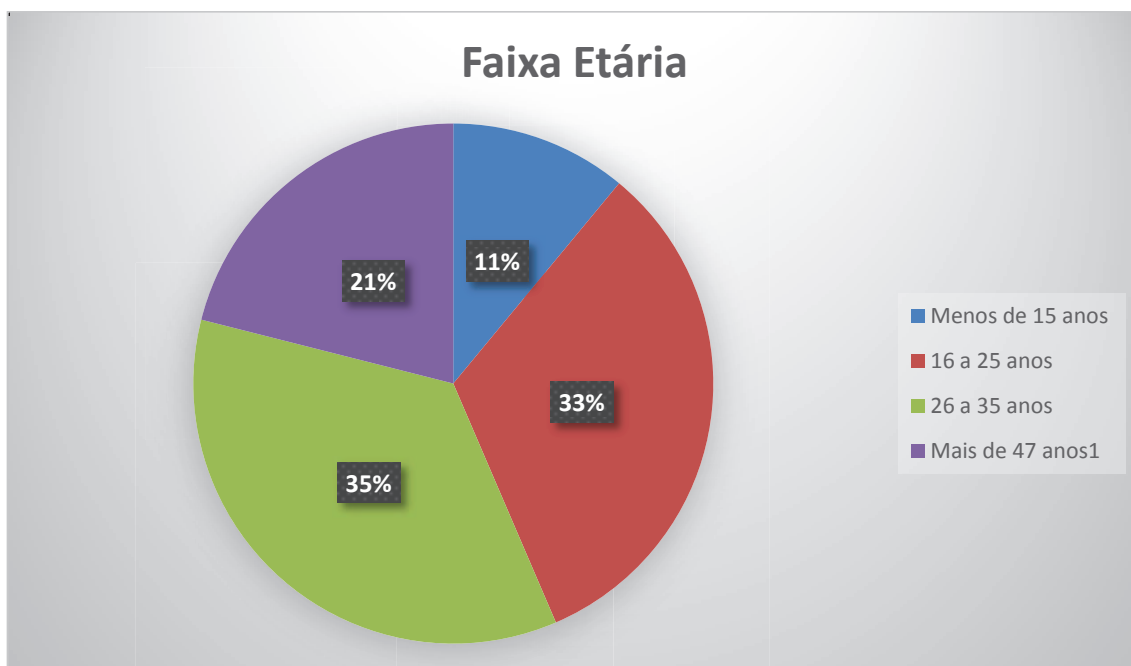


Figura 6 - **Faixa Etária por frequência de notificações de violência autoprovocada.** Fonte: (SINAN. 2015)

Categoria: Nível Escolar

Na figura 7 observa-se que os indivíduos que mais tentaram a violência autoprovocada foram aqueles do nível de ensino médio e, e em segundo lugar, os indivíduos que estudaram da 5ª a 8ª série.

É possível dizer que os dados obtidos confirmam e se relacionam com o do contexto brasileiro, que apresenta 30,1% dos que tentaram contra a própria vida com escolaridade de ensino fundamental incompleto ou completo e 22,6% ensino médio incompleto ou completo. Brasil. (Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde 2017).

No município da pesquisa, o maior número de tentativas de suicídio foi com o nível escolar ensino médio, demonstrando e se relacionando com a fase da adolescência, além de pessoas que não deram continuidade nos estudos de nível superior.

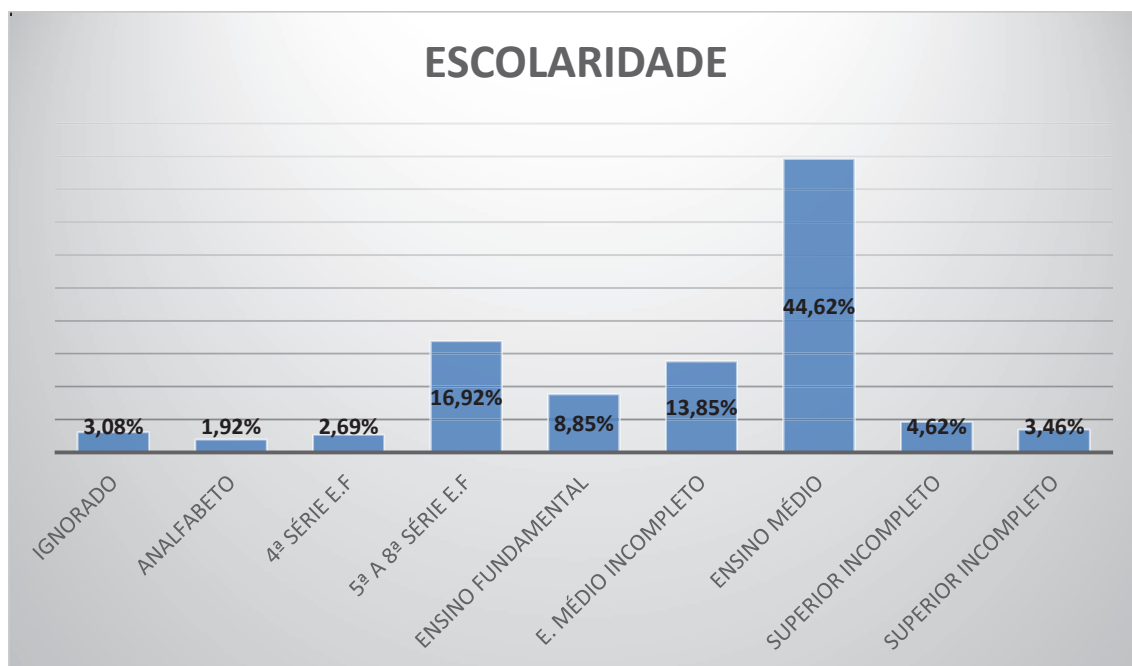


Figura 7 - Escolaridade dos indivíduos que tentaram o ato de violência autoprovocada
Fonte: (SINAN. 2015)

Categoria: Raça/cor

Na figura 8 verifica-se que o ato de violência auto provocada ocorreu com maior frequência em indivíduos da raça / cor branca, com 223 notificações; em segundo lugar a cor parda, com 22 notificações, 10 indivíduos da cor preta e 2 indivíduos da cor amarela.

De acordo com os dados brasileiros das notificações das lesões autoprovocadas, o sexo feminino, segundo raça / cor, mostrou que 49,6% das mulheres eram brancas e 35,7%, negras (pardas + pretas) e entre os homens, 49,0% eram brancos e 37,2% negros (pardos + pretos). (Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde 2017).

Pode-se analisar que os dados do presente município se enquadram nos dados brasileiros de raça e cor, não havendo discrepâncias.

Fonte: (SINAN. 2015).

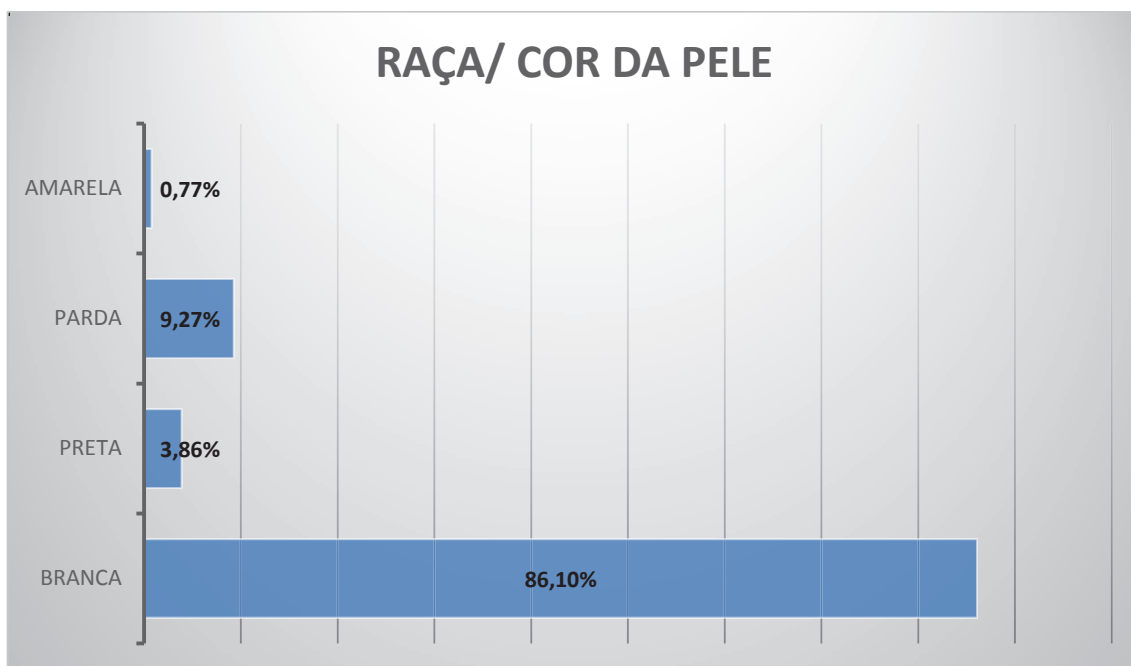


Figura 8 – Raça/cor de pele dos indivíduos que tentaram o ato de violência autoprovocada por número de notificações.

Fonte: (SINAN. 2015)

Categoria: Frequência de notificações por bairro da ocorrência.

Na figura 9 o número de notificações por frequência em região por bairro, revela que a maior escala de notificações foi verificada no bairro Pozzobon, com 36 casos de violência autoprovocada; em segundo lugar o bairro Centro, com 20 notificações e em terceiro o bairro Estação, com 19 notificações.

Nota-se que os bairros Estação, Pozzobon e Centro, apresentam maior vulnerabilidade social, sendo os dois primeiros bairros periféricos e com número populacional alto. Atualmente o Centro de Votuporanga possui moradores migrantes que trabalham nas grandes usinas da região, justificando um índice de moradores residenciais e de rua que estão inseridos no território central onde predominam prédios e o comércio local.

O conhecimento espacial do território permitiu a esta pesquisa um olhar amplo para as relações sociais dos bairros com maior número de casos de tentativas de suicídio;

assim, pode-se notar por meio de informações publicadas em jornais e ocorrências registradas no município de Votuporanga que esses bairros demonstram características de risco ao suicídio.

De acordo com o mapa da violência, no ano de 2011 a cidade de Votuporanga foi considerada a oitava mais violenta do estado de São Paulo, com base nas taxas de homicídios que os institutos Sangari e Ministério da Justiça calcularam nos anos de 2006 e 2008. Segundo o estudo, Votuporanga registrou 49 homicídios no período, o que representa uma taxa de 33,4 assassinatos para cada grupo de 100 mil habitantes, quase o dobro daquela verificada no estado em 2008, que foi de 14,9 homicídios para cada 100 mil habitantes. (Diário da Região, 2011). De acordo com pesquisa realizada no ano de 2010, Votuporanga apresenta uma média de 9,44 homicídios, número maior do que aquele verificado em São José do Rio Preto (também na região noroeste paulista), que foi 6,86. (SP, J. R. N. 2011).

A mídia local apresenta os bairros que demonstraram maior número de tentativas como locais de inúmeras ocorrências de violência física e vulnerabilidades sociais, além de crimes, roubos e tráfico de drogas.

É de extrema importância ressaltar que a variável dependente espacialmente, confirmada a hipótese de "efeito contágio" espacial, significa que os índices de suicídio das cidades vizinhas de uma microrregião devem ser considerados entre os seus determinantes, permitindo a constatação de mecanismos de interação social que exercem a influência sobre as taxas de suicídio, enfatizando um mapeamento, o que inicialmente é proposto por Durkheim. (Haukka, J., Suominen, K., Partonen, T. & Lönnqvist, J. 2008).

Por meio do mapeamento social feito na pesquisa, o efeito contagiante entre os bairros ou microrregiões apresenta maior número de tentativas de suicídio e também variáveis sociais com padrões de comportamentos semelhantes, além de alto índice de violência, tráfico de drogas, falta de infraestrutura, baixo poder econômico. Neste caso, os

comparativos não ocorrem em relação às formas e métodos utilizados nas tentativas de suicídio, mas sim as influências do meio, que podem ser uma hipótese provável para um efeito desencadeador ou contagiante entre sua microrregião.

A violência estrutural tem se destacado como fator de risco para o suicídio e sido a base de todas as outras violências. A naturalização dos sentimentos de conflito interior causa um relativo conformismo diante de privilégios sociais utilizados como forma de dominação, destacando-se as desigualdades. A falta de infraestrutura adequada acaba diminuindo muito os espaços de recreação e convivência, levando a população a um isolamento cada vez maior, no qual o prazer é encontrado em outras instâncias, como o uso desenfreado dos aparelhos tecnológicos e substâncias psicoativas; diante das ausências e privações produzir ou sentir novas sensações se torna um desafio. (Leite. A. A., Alves, M. A. G. (2016).

O comportamento de violência pode ser encontrado nas diversas estruturas organizadas e institucionalizadas, como as famílias, os sistemas econômicos, culturais e políticos, que regulam e oprimem as mais diversas classes sociais. Os habitantes das regiões com maior índice de violência tornam-se mais vulneráveis ao sofrimento e até mesmo à morte do que aqueles que gozam de uma outra situação. Quando o indivíduo aceita as situações de desigualdade e opressão social e o sofrimento da vida como algo inevitável e que deve ser aceito, além de ser uma forma “naturalizada” de enxergar a vida, pode desencadear um processo no qual o sofrimento adquire uma proporção bastante preocupante, pois dele pode surgir uma ameaça à vida. As “causas externas” têm mobilizado o setor da saúde para um grande enfrentamento, seja nos acidentes, suicídios, homicídios e lesões intencionalmente infligidas; todas essas violências são por natureza problemáticas, mas ainda não traduzem a verdade. (Minayo, M. C. d. S. 1994).

De fato, as causas externas não são fidedignas e tampouco traduzem a verdade absoluta dos fatos, pois não é tarefa simples conseguir afirmar com absoluta certeza que um acidente de trânsito não foi um suicídio, pois as variáveis que estão em torno da ocorrência são multifatoriais. Diante de fenômenos como homicídio e tentativa de suicídio, causas externas, estes relacionam-se de forma proximal por meio de fatores estressores e de agravantes; esses eventos violentos podem ser identificados na presente pesquisa por meio da expressão sócio demográfica.

O social tem uma carga expressiva no fenômeno das tentativas de suicídio e, por meio de análise e observação conseguiu-se compreender que em determinadas micro regiões o fenômeno de tentar o ato de morte é o mesmo, porém a compreensão da busca pelo suicídio é variável e segue por semelhanças que pode derivar de um processo amplo na área da antropologia, podendo tornar-se um comportamento naturalizado, como a violência estrutural.

Hoje, combater a violência é algo ainda distante; a violência estrutural não está apenas no ato físico, mas também na ausência dos direitos como cidadão; o exercício de se manter reflexivo e dialogar com seus incômodos internos já são um ato de violência.

Os indivíduos que estão nesse contexto social e se expressam também por comportamentos aprendidos dentro dessas microrregiões, tendem a naturalizar os comportamentos violentos como fatos cotidianos, que acabam fazendo com que o que era emocional atinja a esfera física, por meio de mecanismos simbólicos, como por exemplo, o ato de vomitar, que pode ser visto como uma perturbação do aparelho digestivo, mas que pode ser uma negação ou aceitação de um acontecimento. Os contextos sociais traduzem para uma linguagem corporal, a qual é codificada e altamente socializada; as possibilidades de escolha se fazem limitadas, pondo em risco um sistema de ordem. (Rodrigues, J. C. 1983).

De acordo com a visão antropológica, essas relações sociais devem ser descodificadas ao ponto que esses aspectos negativos não transitem pelo corpo, como as lesões e tentativas; faz-se necessário propor uma nova linguagem de autonomia para essas pessoas que vivenciam essa relação naturalizada com o meio em que vive, seja ela de violência ou até mesmo de provocação da violência, para que seu organismo não sofra riscos.

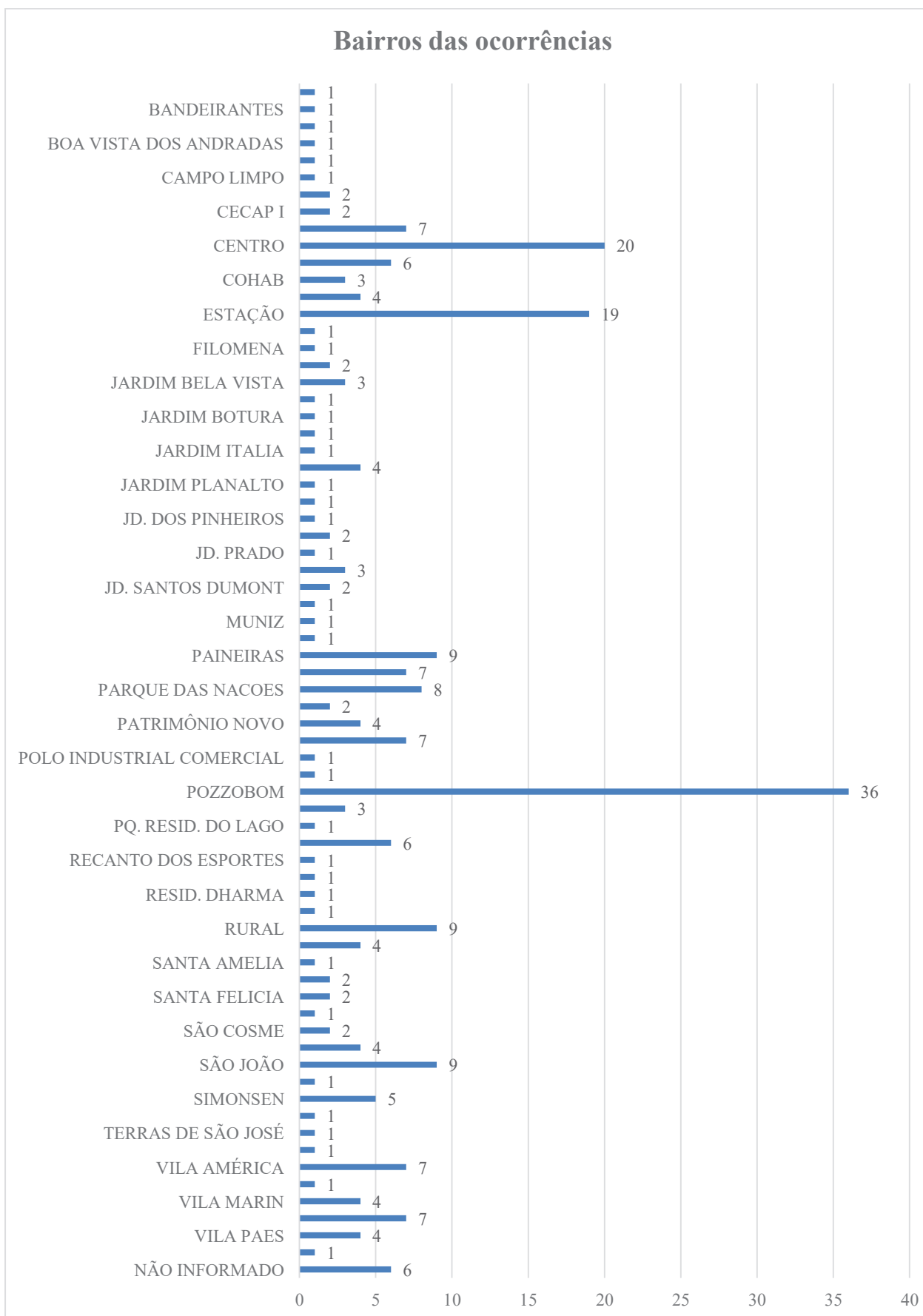


Figura 9 - **Frequência de notificações por bairro da ocorrência.** Fonte: (SINAN. 2015)

Categoria: Frequência de notificações

Na figura 10 pode-se observar que durante o período de coleta de dados a frequência mais alta de notificações foi no mês de março de 2016, com 16 notificações de violência autoprovocada.

Nessa categoria evidencia-se que o perfil de indivíduos que tentaram o ato de suicídio não demonstrou uma data específica para a tentativa, como datas comemorativas ou final de ano, e que as oscilações demonstram que o fenômeno acontece com frequência com oscilações crescentes. Várias pesquisas apontam que os fatores crescentes podem estar ligados à conscientização da notificação entre os profissionais, o que antes não havia.

Muitas pessoas ainda acreditam que as datas comemorativas como natal e virada de ano têm maior número de casos de suicídio; entretanto, vários dados de estudos e pesquisas de diversos países demonstram que as taxas no natal tendem a ser menores que os demais meses do ano. Um desses estudos foi conduzido na Inglaterra, onde estudaram o período de 15 anos e foi observada a queda desse índice nesse período, segundo artigo publicado no *Journal of Affective Disorders of Public Health*. Um estudo menos recente também observou um declínio no dia do natal nos E.U.A, com índices até 15% mais baixos que a média; a Áustria revelou cerca de 25% menos suicídios no Natal, com índices expressivamente baixos; porém, após 1º de Janeiro, aumentou em relação aos demais dias. Exceções como Austrália e México mostraram índices elevados tanto no dia de natal quanto ano-novo, assim como no

dia das mães e no dia da independência mexicana. Mas a maioria das nações tende a por o mito das datas comemorativas à tona. (*Cérebro, M. e.* 2016).

Mesmo não estando dentro dos objetivos dessa pesquisa, salienta-se que o conteúdo analisado desmistifica também o conceito de que datas comemorativas de final de ano têm maiores índices de tentativas; cada cultura deve ser avaliada e observada com critério e rigor, concluindo que os indivíduos que tentaram o ato de suicídio no município de Votuporanga têm um perfil que não se relaciona diretamente a nenhuma data específica, mas a uma frequência crescente com oscilações ao longo dos meses e anos.

Salienta-se que os profissionais, após a lei sancionada que coloca como obrigatoriedade a notificação como lei, passaram a ter uma atenção maior e um aumento de emissão das notificações do presente município. Entretanto, uma reflexão deve ser feita no sentido de observar se de fato houve uma conscientização dos profissionais que passaram a lançar um novo olhar sobre o documento e sua eficácia ou se de fato o fenômeno tentativa de suicídio aumentou, o que sugere uma futura pesquisa longitudinal para alcançar maiores registros nessa fase ainda de adaptação à notificação.



Figura 10 - **Frequência de violência autoprovocada por mês.** Fonte: (SINAN, 2015).

Categoria: Ocorreram outras vezes

A reincidência na tentativa de suicídio ocorre em grande parte dos casos em que o registro foi efetuado outras vezes; na amostra analisada também foi possível identificar tal evidência, o que de certa forma está de acordo com o que atualmente discute a literatura brasileira e mundial.

Uma das principais discussões em relação a outras ocorrências de tentativa de suicídio no mesmo indivíduo tem como principais fatores de risco a história de tentativas anteriores e os transtornos mentais. É importante identificar em indivíduos vítimas de tentativa de suicídio outras tentativas cometidas anteriormente em sua história objetiva, mesmo que esta não tenha sido notificada. Uma nova tentativa pode estar relacionada às queixas pontuais e/ou específicas de ajustamento e/ou sofrimento psicológico, cujas soluções são intrínsecas de quem reclama. Se este indivíduo não recebe atendimento qualificado para lidar com esta situação, verificar-se-á algum grau de cronicidade sem que se vislumbre solução alguma, o que acaba por acarretar uma espécie de sofrimento contínuo, o qual muitas vezes leva o indivíduo a diversos atendimentos de caráter de emergência, nos quais não recebe necessariamente a atenção adequada, e passa até mesmo por uma espécie de julgamento preconceituoso e distorcido, gerado por profissionais de pronto atendimento que banalizam ou desvalorizam fatores da tentativa de suicídio.

Assim, uma nova tentativa de suicídio em indivíduos com sofrimento psíquico significativo está, na maioria das vezes, relacionada a uma condição que pode se cornificar, especialmente se esta vítima não receber suporte para lidar com o sofrimento. Na atualidade do sistema de saúde brasileiro, seja ele público ou privado, esta situação não representa prioridade nos programas de saúde.

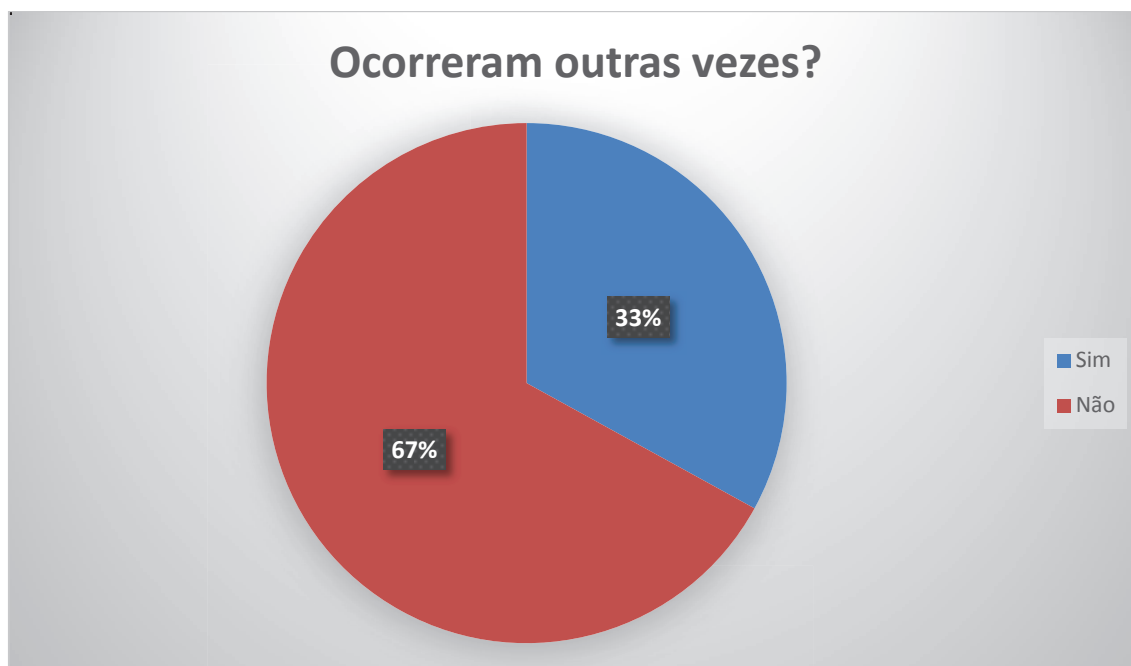


Figura 11 – Ocorreram outras tentativas de suicídio.

Fonte: (SINAN. 2015)

Categoria: Possui alguma deficiência ou transtorno?

Entre todos os fatores de risco para o suicídio, os transtornos mentais têm uma porcentagem bastante significativa, o que já foi discutido e evidenciado na literatura brasileira e mundial há muito tempo. Entre estes fatores, a evidência de transtornos como depressão, alcoolismo, esquizofrenia e os transtornos de personalidade, estão registrados com maior frequência em relação a outros. No entanto, tais fatores não podem ser sumariamente considerados de forma isolada e cada caso deve ser tratado no âmbito de outros fatores associados principalmente quando considerar-se o impacto biopsicossocial de cada indivíduo vítima de tentativa de suicídio. Também é válido ressaltar que, apesar da associação de doenças mentais em uma parte significativa dos casos, a presença de transtornos mentais não pode ser considerada como uma sentença de morte. Isoladamente, transtornos não explicam um comportamento suicida especialmente nas faixas etárias mais jovens. Eles podem se

tornar um grupo de principais fatores de risco quando também manifestados com uma série de outros fatores, sendo assim a tentativa de suicídio como o pior desfecho. Por este motivo, talvez a intervenção ainda de um serviço de emergência possa ser um bom recurso no acolhimento deste indivíduo. Porém, na amostra analisada, a representatividade dos transtornos mentais não revelou o que a literatura tem discutido, em relação à prevalência dos transtornos mentais. A baixa porcentagem talvez possa ser justificada pela grande dificuldade que os profissionais de saúde, em especial na amostra analisada, dos serviços de urgência e emergência, têm em correlacionar essa informação no momento da notificação; talvez pela própria formação do profissional, como também outras questões que envolvam os valores e os preconceitos instituídos na sociedade, além de informações que no momento do atendimento podem ser minimizadas ou até mesmo sonegadas pelas vítimas por receio do preconceito já estabelecido socialmente em relação a quem possui um transtorno mental e ainda por muitas vezes as informações advirem de prontuários médicos com baixa qualificação de informações.

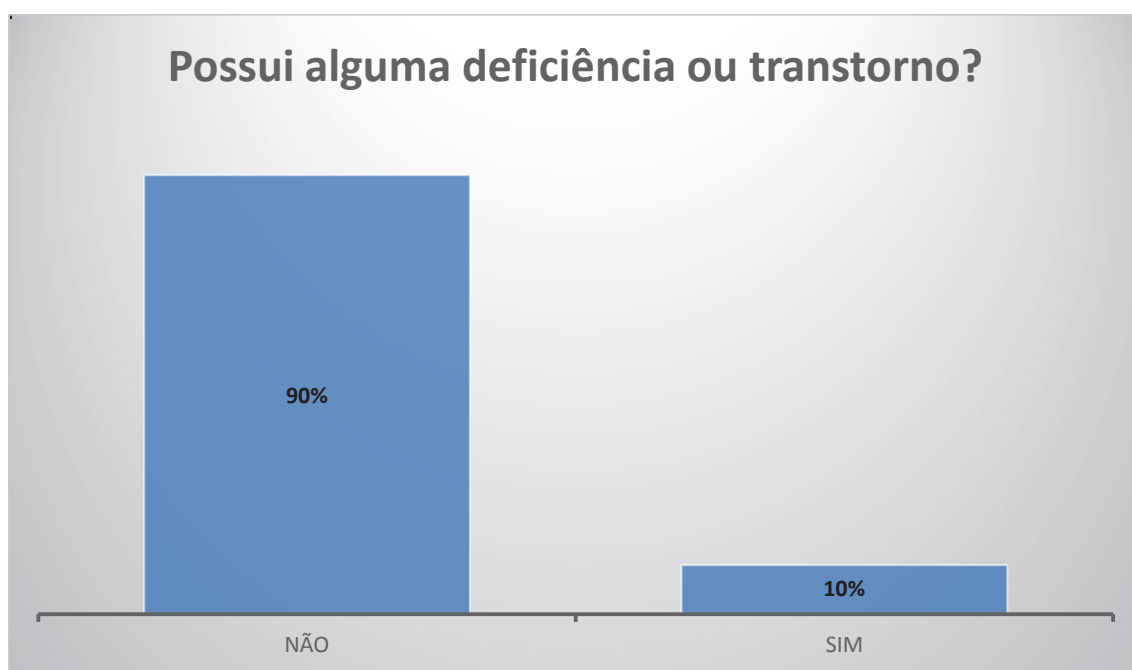


Figura 12 – Possui alguma deficiência ou transtorno mental? Fonte: (SINAN, 2015).

CONCLUSÕES

Os resultados obtidos por meio da análise das notificações de violência auto provocada, no município de Votuporanga-SP, demonstraram inicialmente que o perfil dos indivíduos que realizaram tentativa de suicídio com maior frequência foi o sexo feminino com 80,77% e o sexo masculino 19,23%, nível escolar médio, raça/cor branca com maior predominância; 35% das tentativas com a faixa etária de 26 a 35 anos e 33% das tentativas com a faixa etária de 16 a 25 anos, demonstrando uma alta elevação na fase da adolescência, o método intoxicação exógena foi responsável por 90% das notificações e outros 10% foram relatados de fato como suicídio não havendo outros métodos, com a predominância da opção sexual heterossexual com apenas uma notificação com identidade de gênero categorizada como travesti. Esses indivíduos povoam os bairros Pozzobon, Centro, Estação e São João, localizados nas regiões periféricas com maior vulnerabilidade social e risco de violência estrutural, a frequência das tentativas aconteceram com oscilações crescentes ao decorrer dos anos.

A pesquisa mostrou-se relevante no que se refere à constatação alarmante de um percentual de 33% de reincidência nas tentativas de suicídio, em apenas 10% dos casos o indivíduo foi considerado portador de algum transtorno mental.

Traçar um perfil do indivíduo que pratica a violência autoprovocada, a tentativa de suicídio ou que sofre o suicídio consumado, não é fácil. O assunto ainda está fragmentado e carrega o estigma do preconceito e desprezo, tanto nos setores da saúde quanto nas relações sociais e culturais. Vencer o empecilho da desqualificação dos profissionais da área de saúde, para que estes sejam capazes de acolher os indivíduos e mostrar que as omissões de

informação atrasam a detecção do problema e o atendimento específico e impedem o avanço das pesquisas e políticas públicas de intervenção.

REFERÊNCIAS

Araújo, L. d. C., Vieira, K. F. L., & Coutinho, M. d. P. d. L. (2010). Ideação suicida na adolescência: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712010000100006>

Bauman, Z. (2001). *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Botega, N.J. (2014). Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicologia USP*, 25(3), 231-236.

Botega, N.J., Marín-León, L., Oliveira, H.B., Barros, M.B.A. & Silva, V.F., Dalgarrondo, P. (2009). Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(12), 2632-2638.

Braga, L. d. L., & Dell'Aglio, D. D. (2013). Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. *Contextos Clínicos*, 6, 2-14.

Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.271*, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html

Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. (2017). *Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde*. 48, 01-14. Disponível em: <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-aten--ao-a-sa--de.pdf>.

Carvalho, D.B. (2011). A crise dos sentimentos, modernidade líquida e o esvaziamento da experiência sensorial. *Cadernos do PET Filosofia*. 2(3), 4-11.

CFP - Conselho Federal de Psicologia *O suicídio e os desafios para a psicologia*. Brasília: CFP, 2013.

Corso, P.S.E.A. (2007). Medical Costs and Productivity Losses Due to Interpersonal and Self-Directed Violence in the United States. *Am J Prev Med*, 32(6), 474-482.

Cérebro, M. e. (2016). Mitos e verdades sobre o suicídio no final do ano. uol.

Durkheim, E. (2000). *O suicídio: Estudo de sociologia*. São Paulo: Martins Fontes.

Durkheim, E. *Le suicide*. PUF. Paris: 1986.

Freitas, A. P. A. d., & Borges, L. M. (2014). Tentativas de suicídio e profissionais de saúde: significados possíveis. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 14, 560-577.

Garbin, C.A.S., Dias, I.A., Roviada, T.A.S. & Garbin, A.J.I. (2015). Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(6), 1879-1890.

Gonçalves, L. R. C., Gonçalves, E., & Oliveira Júnior, L. B. d. (2011). Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: uma abordagem regional. *Nova Economia*, 21, 281-316. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-63512011000200005&nrm=iso.

I, C. E. L. V., I, E. C. D. M. G., & II, L. A. L. (2013). Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Vol 29*, pp.175-187. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000100020>

JANEIRO, P. D. C. D. R. D., SMS, S. M. D. S.-., & Primária, S. d. A. (2016). Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção.

Haukka, J., Suominen, K., Partonen, T. & Lönnqvist, J. (2008). Determinants and outcomes of serious attempted suicide: a nationwide study in Finland, 1996-2003. *Am J Epidemiol*, 15;167(10), 1155-63.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2017). *Cidades*. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>.

Kroemer, G.K.M. (1994). *O povo do veneno: sociedade e cultura do Povo Zuruahá*. Belém: Mensageiro.

Leite, A. A., Alves, M. A. G. (2016) Violência gera violência: fatores de risco para a tentativa de suicídio entre adolescentes. *Rev Med Minas Gerais* 2016; 26 (Supl 8): S330-S335.

Machado, D.B. & Santos, D.N.D. (2015). Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. *J Bras Psiquiatr*, 64(1), 45-54.

Monteiro, R.A., Bahia, C.A., Paiva, E.A., Sá, N.N.B., Minayo, M.C.S. (2015), Hospitalizações relacionadas a lesões autoprovocadas intencionalmente - Brasil, 2002 a 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(3), 689-700.

Minayo, M. C. d. S. (1994). Violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 10, S7-S18. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000500002&nrm=iso.

Oliveira, M. A., Bicalho., S. M. C. Teruel., M. F Kahey, L. L., et. al. (2015). Comportamento suicida entre adolescentes: Revisão integrativa da literatura nacional. 88 a 96.

Região, D. d. (2011). Votuporanga é a 8ª cidade mais violenta do Estado. *Diário da Região São Jose do Rio Preto*.

Rodrigues, J. C. (1983). *Tabu do Corpo* (a.-. RJ Ed. Vol. 2).

Rosa, A.E.S.K. (2011). Suicídio e fragilidade social na velhice, uma triste realidade. *Revista Portal de Divulgação*, n.12, p. 49-61.

Santos¹, T. P. d., Floriano², L. S. M., Skupien³, S. V., & Ravelli, A. P. X. (2015). O PAPEL DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PREVENÇÃO AO SUICÍDIO. In (EDUCERE - XII CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO ed.).

Santos, S. A., Legay, L. F., Aguiar, F. P., Lovisi, G. M., Abelha, L., & Oliveira, S. P. d. (2014). Tentativas e suicídios por intoxicação exógena no Rio de Janeiro, Brasil: análise das informações através do linkage probabilístico. [Suicide and suicide attempts by exogenous poisoning in Rio de Janeiro, Brazil: information analysis through probabilistic linkage Intentos de suicidio y suicídios por envenenamiento exógeno en Río de Janeiro, Brasil: análisis de la información a través de una relación probabilística]. *Cad Saude Publica*, 30(5), 1057-1066.

Schumann*1, d. B., & Martini, S. R. (2016). A tendência suicida entre os transexuais.

SINAN. (2015). Violência auto provocada - Votuporanga-SP (Version digital).

Sousa, S. P. O., Mascarenhas, M. D. M., Silva, M. d. C. B., & Almeida, R. A. M. d. (2012). Conhecimento sobre doenças e agravos de notificação compulsória entre profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Teresina, estado do Piauí, Brasil - 2010. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 21, 465-474.

Souza, K. & Santos, M. (2009). Morte ritual: Reflexões sobre o suicídio Suruwaha. *Espaço Ameríndio*, Porto Alegre, 3(1), 10-24.

SP, J. R. N. (2011). Cidade de Votuporanga já tem 10 homicídios.

Teixeira, R. R. (2002). Três fórmulas para compreender “O suicídio” de Durkheim. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, Botucatu, 6(11), 143-152.

Teixeira-Filho, F. S., & Marretto, C. A. R. (2008). Homossexualidades, homofobia e tentativas de suicídio em adolescentes LGBT1. from http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST50/Teixeira_Filho-Marreto_50.pdf

Vieira, L. P., Santana, V. T. P. d., & Suchara, E. A. (2015). Caracterização de tentativas de suicídios por substâncias exógenas. *Cadernos Saúde Coletiva*, 23, 118-123.

Vitiritti, B., Andrade, S. M. O. d., & Peres, J. E. d. C. (2016). Diversidade sexual e relações profissionais: concepções de médicos e enfermeiros. *Temas em Psicologia*, 24, 1389-1405. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2016000400011&nrm=iso.

WHO - World Health Organization. (2014). *Country reports and charts available*. Disponível em: <http://www.suicidepreventionhelp.com/directory/detail/link-1479.htm>

ANEXOS

Anexo A - Certificado do comitê de ética



Comitê de Ética em
Pesquisa em Seres Humanos
CEP/FAMERP

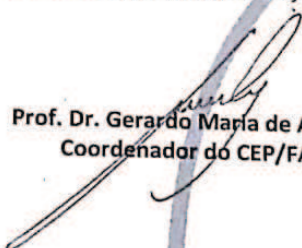
Parecer nº 2.175.362

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O projeto de pesquisa CAAE 67599917.6.0000.5415 sob a responsabilidade de **Tiago Moreno Lopes Roberto** com o título "Caracterização do Perfil do Indivíduo e Tentativas em Caso de Autoextermínio. Um Recorte do Noroeste Paulista" está de acordo com a resolução do CNS 466/12 e foi **aprovado por esse CEP**.

Lembramos ao senhor(a) pesquisador(a) que, no cumprimento da Resolução 251/97, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) **deverá receber relatórios semestrais sobre o andamento do Estudo**, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos e também da notificação da data de inclusão do primeiro participante de pesquisa, para conhecimento deste Comitê. **Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do Estudo.**

São José do Rio Preto, 17 de julho de 2017.


Prof. Dr. Gerardo Maria de Araujo Filho
Coordenador do CEP/FAMERP

Anexo B - Modelo de notificação de violência / autoprovocada - SINAN

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL		Nº			
<p>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.</p>							
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual			
	2	Agravo/doença	VIOLENCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	Código (CID10) Y09			
	3	Data da notificação					
	4	UF	5	Município de notificação	Código (IBGE)		
Notificação Individual	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		
	7	Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade			
	8	Unidade de Saúde		Código (CNES)			
	9	Data da ocorrência da violência					
Dados de Residência	10	Nome do paciente			11	Data de nascimento	
	12	(ou) Idade	<input type="checkbox"/> 1- Hora <input type="checkbox"/> 2- Dia <input type="checkbox"/> 3- Mes <input type="checkbox"/> 4- Ano	13	Sexo	<input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> 1- Ignorado	
	14	Gestante			<input type="checkbox"/> 1- 1º trimestre <input type="checkbox"/> 2- 2º trimestre <input type="checkbox"/> 3- 3º trimestre <input type="checkbox"/> 4- Iodé gestacional ignorada <input type="checkbox"/> 5- Não <input type="checkbox"/> 6- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		
	15	Raça/Cor			<input type="checkbox"/> 1- Branca <input type="checkbox"/> 2- Preta <input type="checkbox"/> 3- Amarela <input type="checkbox"/> 4- Parda <input type="checkbox"/> 5- Indígena <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		
Dados de Residência	16	Escolaridade			<input type="checkbox"/> 0- Analfabeto <input type="checkbox"/> 1- 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 2- 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 3- 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 4- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 5- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 6- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 7- Educação superior incompleta <input type="checkbox"/> 8- Educação superior completa <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/> 10- Não se aplica		
	17	Número do Cartão SUS		18	Nome da mãe		
	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	<input type="checkbox"/> 1- Urbana <input type="checkbox"/> 2- Rural <input type="checkbox"/> 3- Periurbana <input type="checkbox"/> 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			<input type="checkbox"/> 1- Solteiro <input type="checkbox"/> 2- Casado/união consensual <input type="checkbox"/> 3- Viúvo <input type="checkbox"/> 4- Separado <input type="checkbox"/> 8- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		
	36	Orientação Sexual		37	Identidade de gênero		
	38	Possui algum tipo de deficiência/transorno?			<input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		
Dados da Ocorrência	39	Se sim, qual tipo de deficiência/transorno?			<input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Deficiência intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva		
	40	UF	41	Município de ocorrência	Código (IBGE)		
	42	Distrito					
	43	Bairro		44	Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
Dados da Ocorrência	45	Número		46	Complemento (apto., casa, ...)		
	47	Geo campo 3		48	Geo campo 4		
	49	Ponto de Referência		50	Zona	<input type="checkbox"/> 1- Urbana <input type="checkbox"/> 2- Rural <input type="checkbox"/> 3- Periurbana <input type="checkbox"/> 9- Ignorado	
	51	Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)					
Dados da Ocorrência	52	Local de ocorrência		53	Ocorreu outras vezes?		
	54	A lesão foi autoprovocada?			<input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		

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 de rua 08-Deficiência 09-Outros 60-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"/> 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		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"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(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		63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>	
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 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde,hospital,outas) <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"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente				
Dados finais	66 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 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			Cód. da Unid. de Saúde/CNES	
Notificador	Nome		Assinatura	
	Função			
Violência interpessoal/autoprovocada		Sinan		SVS 15.06.2015