

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

Odaisa Cristiane Faresin

**SITUAÇÃO DA VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA ENTRE JOVENS, NA ÁREA
RURAL, NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL.**

**Análise dos dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação
(SINAN) de 2014 a 2018.**

PORTO ALEGRE

2020

Odaisa Cristiane Faresin

**SITUAÇÃO DA VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA ENTRE JOVENS, NA ÁREA
RURAL, NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL.**

**Análise dos dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação
(SINAN) de 2014 a 2018.**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Daniel Canavese de Oliveira

PORTO ALEGRE

2020

CIP - Catalogação na Publicação

FARESIN, ODAISA

SITUAÇÃO DA VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA ENTRE JOVENS,
NA ÁREA RURAL, NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL.
Análise dos dados do Sistema de Informação de Agravos
de Notificação (SINAN) de 2014 a 2018. / ODAISA
FARESIN. -- 2020.

52 f.

Orientador: Daniel Canavese de Oliveira.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,
2020.

1. Violência. . 2. Saúde da População Rural. . 3.
Saúde da População Urbana. . 4. Saúde do Jovem.. I.
Canavese de Oliveira, Daniel, orient. II. Título.

Dedico este estudo às vítimas da violência e aos pesquisadores, gestores e profissionais da saúde comprometidos com este tema.

AGRADECIMENTOS

Agradeço pela oportunidade em estudar este tema tão sensível na saúde coletiva e por auxiliar na sua visibilidade.

A minha família, meu amor, Israel, pelas escutas e pela parceria na formação das ideias, à Catarina, minha cachorrinha que foi muito companheira e paciente nas longas horas de pesquisa.

A todas as amigas, as de longíssima data e as que construí na UFRGS e que se manterão.

Ao meu orientador Professor Daniel Canavese, por todo o ensinamento no decorrer da graduação e mestrado, pelo respeito, pela confiança e pela amizade. Agradeço pela parceria que mantivemos durante esse período e principalmente neste momento de incertezas e angústias causados pela pandemia do Coronavírus.

Ao Professor Maurício Polidoro, do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul (IFRS), pela amizade, confiança e incentivo e por todo o conhecimento transmitido sobre os Sistemas de Informação em Georreferenciamento (SIG).

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGCOL) da UFRGS, pelo comprometimento com os alunos e principalmente pela coragem de lutar pelos direitos sociais e humanos dos brasileiros em tempos tão difíceis.

A Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), pelas oportunidades e pelo importante papel social que representa.

RESUMO:

Introdução: A violência, em todas as suas tipologias, é uma questão sensível de saúde pública no Brasil e no mundo. A violência autoprovocada 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. **Objetivo:** analisar a situação de violência autoprovocada meio rural e urbano, na faixa etária entre 15 e 29 anos, no estado do Rio Grande do Sul (RS). **Metodologia:** trata-se de um estudo descritivo, que analisou as variáveis relacionadas ao ano de notificação, idade, sexo, município de residência, raça/cor, escolaridade, situação conjugal, orientação sexual, identidade de gênero, local de ocorrência, violência de repetição, meio de agressão, níveis de atenção e a classificação do IBGE 2017 das tipologias dos espaços: rural adjacente, rural remoto, intermediário adjacente e intermediário remoto. No período compreendido entre 2014 a 2018 no estado do RS. **Resultados:** foram identificadas 25.114 notificações de violência autoprovocada, e destas, 10.206 (40%) na faixa etária entre 15 a 29 anos. Identificou-se que nos municípios enquadrados na tipologia urbana há necessidade de 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. 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 e espaços de vivência cotidiana dos jovens como indispensáveis na rede de cuidado e de enfrentamento da violência autoprovocada. **Conclusão:** Entende-se que este estudo possa reforçar as abordagens de enfrentamento da violência no estado e dar subsídios para as políticas públicas vigentes, nas diferentes áreas envolvidas como saúde, assistência social, educação e segurança e que seja fomentador de debates e de análises tanto na comunidade acadêmica como na sociedade civil, e desta forma, contribuir na melhoria do processo de vigilância em saúde e educação em saúde e, por fim, na promoção da cultura de paz. **Palavras-chaves:** Violência. Saúde da População Rural. Saúde da População Urbana. Saúde do Jovem.

ABSTRACT:

Introduction: Violence, in all its types, is a sensitive public health issue in Brazil and worldwide. Self-inflicted violence 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. **Objective:** to analyze the situation of self-provoked violence in rural and urban areas, aged between 15 and 29 years, in the state of Rio Grande do Sul (RS). **Methodology:** this is a descriptive study, which analyzed the variables related to the year of notification, age, sex, municipality of residence, race / color, education, marital status, sexual orientation, gender identity, place of occurrence, violence of repetition, means of aggression, levels of attention and the IBGE 2017 classification of the types of spaces: adjacent rural, remote rural, adjacent intermediate and remote intermediate. In the period from 2014 to 2018 in the state of RS. **Results:** 25,114 notifications of self-inflicted violence were identified, and of these, 10,206 (40%) in the age group between 15 and 29 years. It was identified that in the municipalities framed in the urban typology there is a need to advance in the identification and registration of violence among young people, considering that the capture of the phenomenon predominates in tertiary care and remains almost invisible in primary care. Accordingly, municipalities in rural typology demonstrate the importance of reporting violence in primary care and the quality of the record. In this sense, there is an urgent need to sensitize schools and spaces for the daily experience of young people as indispensable in the care network and in facing self-harm. **Conclusion:** It is understood that this study can reinforce the approaches to confront violence in the state and provide subsidies for current public policies, in the different areas involved such as health, social assistance, education and security and that it is a stimulator of debates and analyzes both in the academic community as well as in civil society, and thus contribute to improving the health surveillance and health education process and, finally, promoting a culture of peace.

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

PRÓLOGO

Neste texto inicial, falo um pouco sobre minha história como profissional e estudante e os desdobramentos que me trouxeram até o mestrado, opto por escreve-lo em primeira pessoa, já que se refere a fatos pessoais.

Nasci em 1982, no interior do Rio Grande do Sul, fiz minha primeira graduação em Fisioterapia, na Universidade de Passo Fundo (UPF), de 2000 a 2005. Na época, por ser um curso novo na universidade, não havia muitas pesquisas em andamento, então, fui insistente na estruturação de grupos de estudos e construção de projetos. Meu sonho na época era ser pesquisadora. Quando me formei me mudei para Porto Alegre em busca de oportunidades.

Permaneci por um tempo na área assistencial e inesperadamente tive oportunidade para realizar atividades na saúde pública. Em 2013 ingressei no curso de Bacharel em Saúde Coletiva. Como estudante me envolvi com participação em seminários, escrita de projetos em diversos temas, monitoria, bolsista, etc. no ano de 2018 me formei, enfim, Sanitarista! Com muito orgulho!

Logo após, me dediquei para a seleção do Mestrado em Saúde Coletiva no PPGCOL, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS. Gratias surpresas com este mestrado, um mundo de aprendizado! O tema definido para pesquisa foi violência autoprovocada para entendimento deste fenômeno nos jovens nas áreas urbanas e rurais. Esta pesquisa foi realizada e o artigo encaminhado para submissão atendendo a uma chamada pública, ao qual estamos aguardando retorno.

Sempre gostei de trabalhar com banco de dados secundários, porque se relacionam com os Sistemas de Informação em Saúde, que são ricos em dados e informações da atenção básica à atenção hospitalar. Há um grande esforço das equipes de saúde na alimentação destes sistemas, sendo fonte de informações para entender a situação de saúde no Brasil, estados e municípios. Apesar de termos muito a avançar tanto com relação à disponibilização e na qualidade dos dados, temos importantes séries históricas de dados em diversas áreas que necessitam ser exploradas.

Estamos em 2020 e enfrentando uma pandemia devido ao novo Corona vírus, global e inédita na história. Este período de isolamento está afetando a todos e com certeza teremos reflexos na saúde tanto, mental quanto física, devido ao

grande impacto econômico, político e social, as dificuldades se acentuaram. Não foi fácil realizar esta pesquisa neste período de incertezas, porém é gratificante ter a oportunidade de dar ênfase a assuntos essenciais na saúde coletiva.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADROS

Quadro 1: Matriz conceitual para a tipologia municipal rural-urbana.....22

Quadro 2: Descrição das variáveis analisadas, com base na Ficha de Notificação de
Violência Interpessoal e Autoprovocada.....24

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ArcGIS - Mapping & analytics platform | Geographic Information System (GIS)

CAAE - Certificado de Apresentação de Apreciação Ética

CEVS - Centro Estadual de Vigilância em Saúde

CGVS – Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde

CNS - Conselho Nacional de Saúde

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

FAPERGS - Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IFRS - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LGBT - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros

MS – Ministério da Saúde

OBTEIA - Observatório da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

ODS - Objetivos do Desenvolvimento Sustentável

OMS – Organização Mundial da Saúde

PPGCOL- Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

PPSUS - Projeto do Programa de Pesquisa para o SUS

POA – Porto Alegre

RS – Rio Grande do Sul

SES – Secretaria estadual de Saúde

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SPSS *Statistics* - Statistical Package for the Social Sciences

SUS – Sistema Único de Saúde

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

UPF – Universidade de Passo Fundo

VIVA - Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	13
1.1 VIOLÊNCIA E SAÚDE	13
1.2 VIGILÂNCIA EM SAÚDE E A SAÚDE COLETIVA.....	15
1.3 VIGILÂNCIA DA VIOLÊNCIA EM SAÚDE.....	17
1.4 REGIÕES RURAIS E URBANAS.....	20
1.5 ESTUDO DESENVOLVIDO NA DISSERTAÇÃO.....	22
2. OBJETIVOS.....	23
2.1 OBJETIVO PRINCIPAL	23
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
3. METODOLOGIA	23
3.1 TIPO DE ESTUDO E BASE DE DADOS.....	23
3.2 POPULAÇÃO SOB ESTUDO	23
3.3 VARIÁVEIS ANALISADAS	24
3.4 ANÁLISES E SOFTWARES.....	26
3.5 COMITÊ DE ÉTICA	27
4. RESULTADOS.....	27
4.1 ARTIGO	28
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
REFERÊNCIAS.....	45
ANEXOS.....	49
ANEXO 1. FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL, UTILIZADA PARA NOTIFICAÇÃO DOS EVENTOS DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA.....	49
ANEXO 2. DIVULGAÇÃO DA CHAMADA PÚBLICA	51
ANEXO 3. COMPROVANTE DE RECEBIMENTO CORPO EDITORIAL	52

1.INTRODUÇÃO

1.1 Violência e Saúde

Considerado um tema complexo, a violência, perpassa diversas áreas de responsabilidade social, sendo que na saúde, afeta tanto a saúde coletiva quanto a individual da população (MINAYO, 2008). Portanto, necessita de formulação de políticas públicas específicas para sua prevenção. Evidencia-se este trecho de uma publicação do Ministério da Saúde (MS):

“Os danos, as lesões, os traumas e as mortes causados por acidentes e violências correspondem a altos custos emocionais e sociais e com aparatos de segurança pública. Causam prejuízos econômicos por causa dos dias de ausência do trabalho, pelos danos mentais e emocionais incalculáveis que provocam nas vítimas e em suas famílias e pelos anos de produtividade ou de vida perdidos. Ao sistema de saúde, as consequências da violência, dentre outros aspectos, se evidenciam no aumento de gastos com emergência, assistência e reabilitação, muito mais custosos que a maioria dos procedimentos médicos convencionais” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 10).q

A violência passa a ser mais abordada no Brasil a partir dos anos 1990, e devido ao grande número de vítimas, magnitude, complexidade social e consequências, é considerada um problema de saúde pública. Na literatura, existem inúmeras construções teóricas sobre o conceito da violência, como por exemplo, a clássica definição da Organização Mundial da Saúde:

Violência é “o uso intencional de força física ou poder, real ou como ameaça contra si próprio, outra pessoa, um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tem grande probabilidade de resultar em ferimentos, morte, danos psicológicos, desenvolvimento prejudicado ou privação” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014a, p. 6).

O Ministério da Saúde (MS) utiliza o conceito e a tipologia de violência definida pela OMS (2002), classificando-a em três tipos, conforme o autor que pratica a violência: (1) Violência autoprovocada; (2) Violência Interpessoal: (2.1) Violência intrafamiliar e (2.2) Violência Comunitária que ocorre entre indivíduos sem relação pessoal, podendo ou não se conhecer; (3) Violência Coletiva, cometida por grandes grupos ou países, que subdivide-se em violência social (crimes de ódio e atos terroristas), política (guerra e seus conflitos) e econômica (ataques motivados pelo

lucro) (DAHLBERG; KRUG, 2007; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Considera-se violência autoinfligida ou autoprovocada a lesão em que a pessoa produz violência contra si, podendo ser subdividida em comportamento suicida e autoagressão. O comportamento suicida, é considerado a ideação suicida (pensamentos ou planos suicidas), tentativas de suicídio, e se esta tentativa resultar em morte, é definido como suicídio. A autoagressão, é quando a intenção é de se ferir, podendo ocorrer de forma leve, como arranhaduras, cortes e mordidas e formas mais graves como amputação de membros (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

Segundo a OMS 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 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019). O Boletim Epidemiológico publicado em 2019 pela Secretaria de Vigilância em Saúde no período de 2011 a 2017, foram registrados 80.352 óbitos por suicídio no Brasil 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 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Conforme Rouquayrol (2018), as mortes por lesões autoprovocadas (suicídio) ocuparam a quinta posição na população na faixa etária entre 10 a 14 anos, terceira na faixa etária de 15 a 59 anos e a sexta entre as pessoas com 60 anos ou mais. Os mesmos dados indicaram que os residentes do estado do Rio grande do Sul, foram os que apresentaram as maiores taxas de mortalidade por suicídio no Brasil, conforme dados do DATASUS, Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) de 2015 (ROUQUAYROL; GURGEL, 2018).

No Rio Grande do Sul (RS), a mortalidade por suicídio tem os piores indicadores do Brasil, sendo que esta também é uma grande preocupação acerca deste fenômeno. Em um estudo que analisou uma série histórica de 20 anos, observou-se que em todos os anos o RS teve a maior incidência, seguido do estado de Santa Catarina e Paraná (MENEHHEL et al., 2004; CECCON et al., 2014).

Mendes e Werlang (2014), realizaram estudo no Rio Grande do Sul que analisou dados compreendidos entre os anos de 2000 a 2012, o qual apontou que os municípios pequenos, com população rural, possuem taxas mais altas de suicídio do que na população urbana. Também indicaram que o aumento da taxa nos

residentes da zona rural tiveram relação com a degradação dos modos de vida, devido as transformações sociais e econômicas, que geraram sofrimento e afetaram a saúde mental dos moradores desta região (MENDES; WERLANG , 2014).

A forma mais utilizada para o suicídio, é o enforcamento, seguido da intoxicação exógena. Uma das estratégias altamente recomendadas pela OMS para o enfrentamento do suicídio é a restrição aos meios de cometê-lo. Podemos citar, por exemplo, a restrição no acesso aos pesticidas que faz parte da legislação de diversos países (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Estudo publicado em 2015, descreveu a evidência sobre o risco de suicídio com arma de fogo vinculado a doenças mentais e transtornos por uso de substâncias psicoativas (SWANSON et al., 2015). Outro estudo apontou que na maioria dos países, incluindo o Brasil, os homens apresentam os maiores índices de suicídio completo e que no sexo feminino observa-se o predomínio de tentativas (LEÃO et al., 2019). E ainda, uma pesquisa que analisou as lesões autoprovocadas notificadas pelos serviços de urgência mostrou que há maior tendência de problemas na saúde mental entre as mulheres, e por isso o número de tentativas de suicídio e automutilação entre elas é maior, enquanto os homens tendem a utilizar métodos mais letais (BAHIA et al., 2017).

1.2 Vigilância em Saúde e a Saúde Coletiva

No processo de constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), a Vigilância em Saúde (VS) passa a ser vista como fundamental para a estruturação do sistema de saúde no contexto atual, considerando seu processo permanente de mensuração, controle, análise dos dados, é possível a identificação da situação de saúde e os fatores de risco geradores de doenças e agravos. Com isso, é possível a criação de estratégias eficazes de prevenção e promoção em saúde. O olhar da vigilância amplia-se aos fatores biológicos do processo de saúde e doença, buscando entender a influência dos fenômenos sociais, econômicos e ambientais da população na geração de doenças e agravos, com o objetivo de controle e redução de danos (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998; PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2018).

No Brasil, o conceito de Vigilância em Saúde (VS) vigente, foi definido na Portaria nº 1.378 publicada em 2013:

“A Vigilância em Saúde constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde” (BRASIL, 2013, Art. 2).

O processo de construção da VS focou-se nos ideais da Reforma Sanitária Brasileira (RSB/1970), na Constituição Federal Brasileira (CFB/1988) e na Lei Orgânica do SUS (Lei 808/1990), visando a implantação de um sistema de saúde único, universal, integral, com participação social e com descentralização política administrativa com ênfase no protagonismo dos municípios (BRASIL, 1988, 1990a; TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998; TEIXEIRA et al., 2018).

No Brasil, antes da normatização do SUS, alguns fatos marcaram a história e nos trouxeram ao modelo atual de vigilância, por exemplo, a realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) que realizou o primeiro levantamento da situação de saúde do Brasil. Em 1975, foi criado o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), iniciou-se o processo de descentralização proposto inicialmente pela Reforma Sanitária Brasileira (RBS) (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998; TEIXEIRA et al., 2018).

Em 1991, foi criado o Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI), vinculado à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). O CENEPI impulsionou a descentralização para os estados e municípios com apoio financeiro para os estados e municípios (BRASIL, 1988; PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014).

O CENEPI, também apoiou o programa VIGISUS, para a construção de sistemas de informações epidemiológicas, criando o Sistema de Informação de Nascidos Vivos SINASC e o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), e foi aperfeiçoado o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) que foi implantado em 1975 (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998; TEIXEIRA et al., 2018).

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS), são utilizados para auxiliar na VS e concentram as bases de dados nacionais que são fontes de dados secundários (seus dados são coletados na sua maioria nos serviços de saúde). Mesmo com limitações, como a ocorrência de subnotificações, defasagem de tempo da divulgação dos dados e incompletude de dados, que podem impactar na

qualidade dos dados, são importantes, pois tratam-se de dados de fácil acesso amplamente divulgados. Os SIS estão em constante processo de aperfeiçoamento visando a qualificação dos dados (MEDRONHO et al., 2009).

Atualmente os bancos de dados com as informações sobre a saúde da população em nível federal, concentram-se no Portal de Saúde, site do Departamento de Informática do Ministério da Saúde (DATASUS), acessadas pelo tabulador de dados público, TABNET. Permitindo geração de informações como de assistência à saúde (Sistema de Informação Ambulatorial/SAI e Sistema de Informação Hospitalar/SIH; de epidemiologia e morbidade (Sistema de Informação de Agravos de Notificação/SINAN; rede assistencial (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde/CNES; e estatísticas vitais (Sistema de Informação de Mortalidade/SIM e Sistema de Informação de Nascidos Vivos/SINASC. As informações provenientes destas bases são utilizadas corriqueiramente para vigilância e pesquisa em saúde (MEDRONHO et al., 2009; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

A atual Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), foi criada em 2003 pelo Decreto nº 4.726, de 09 de junho de 2003, e assumiu as competências da FUNANSA e CENEPI (BRASIL, 2003). Em 2006, no documento do Pacto pela Saúde, a SNVE passou a ser denominado Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS). Entre 2007 a 2010 a SVS criou a rede nacional de Centros de Informação Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde (CIEVS); em 2013, a Portaria 1.378, definiu o conceito da VS no país e o Teto Financeiro de Vigilância em Saúde (TFVS), considerados grandes conquistas no processo de organização atual da VS (BRASIL, 2013; TEIXEIRA et al., 2018).

Em março de 2018 ocorreu a 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde com o principal objetivo de realização de debates para a formulação da Política Nacional de Vigilância em Saúde, validando a importância deste componente do SUS (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2018).

1.3 Vigilância da Violência em Saúde

No Brasil, o aumento dos eventos de violência levou a revisão de Políticas Públicas, intensificando a vigilância dos eventos visando reduzir as taxas através

de ações de prevenção e promoção de saúde. Em 2006, foi criado o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), estruturado em dois Componentes: primeiro o Sistema de Vigilância Contínua (VIVA contínuo), para os dados de violência interpessoal e autoprovocada, coletados nos serviços de saúde através da Ficha de Notificação Individual (Anexo 1), registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). E segundo o Vigilância Sentinela (VIVA Inquérito), informações coletadas nos serviços de urgência e emergência por pesquisa de amostragem realizada a cada três anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

O que deve ser notificado pelos serviços de saúde são as violências autoprovocadas e interpessoais intrafamiliares, incluindo a violência doméstica, a sexual, o tráfico de pessoas, o trabalho escravo, o trabalho infantil, o racismo, a tortura e a LGBTfobia. Os demais tipos de violência devem ser notificados apenas se for praticada contra crianças, adolescentes, idosos, indígenas, pessoas portadoras de deficiência, população LGBT e negra, bem como homens vítimas de violência doméstica/intrafamiliar sexual ou autoprovocada e tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura e intervenção legal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

A Ficha de Notificação de violência interpessoal e autoprovocada (Anexo 1), possui vários campos de preenchimento e com isso podem ser geradas informações importantes. Esses dados mostram a procedência da violência no Brasil e caracterizam o perfil das vítimas. Podemos analisar as características sociais e econômicas além das regiões mais acometidas (CANAVESE; POLIDORO, 2018; CUNDA et al., 2018).

A vigilância contínua do VIVA SINAN tem os objetivos de descrever o perfil dos atendimentos por violência em unidades de saúde, caracterizar os perfis das vítimas e dos prováveis autores da agressão; tipificar as violências e os locais de ocorrência; conhecer a possível motivação das violências e intervir sobre os eventos e agravos (ROUQUAYROL; GURGEL, 2018). Na Saúde Coletiva, a vigilância contínua visa a articulação da rede de atenção visando atenção integral e humanizada, assim, considera-se estratégia fundamental ampliar o número de município e unidades de saúde notificantes bem como a qualidade do dado informado, ações fundamentais para expansão do VIVA e confiabilidade dos dados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019a).

A completude dos campos é um quesito importante para a qualidade do dado,

sendo classificado pelo percentual de registros dos campos onde a informação foi ignorada. O MS faz uso da classificação de Romero e Cunha (2017), para mensurar a completude, sendo considerada excelente quando o preenchimento do campo for $\geq 95\%$; bom entre 90 a 95%; regular entre 70 a 90%, ruim entre 50 a 70% e muito ruim com preenchimento inferior a 50%. Um estudo analisou a qualidade das informações do ano de 2016 verificando que o percentual médio das variáveis com relação a completude dos dados no Brasil correspondeu a 84,4%, considerado “regular”, sendo na região sul o percentual de 89,9% (ROMERO; CUNHA, 2007; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019b;).

Assim, visando melhorar a qualidade do dado inserido no sistema de informação, faz-se necessário o monitoramento constante nas esferas municipal, estadual e federal, com rotinas de limpeza e qualificação dos dados além do treinamento dos profissionais de saúde que realizam o registro das notificações de violência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019b).

Destaca-se que a obrigatoriedade das doenças e agravos foram incluídas ao longo dos anos. A comunicação obrigatória das violências praticadas contra crianças e adolescentes foi estabelecida através do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), instituído pela Lei nº 8.069/1990 (BRASIL, 1990b). Em 2001, o MS pela Portaria nº 1.968, estabeleceu a notificação em de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes (BRASIL, 2001). Em 2014, definiu-se a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças e agravos através da Portaria MS/GM nº 1.271, onde além de obrigatória a notificação torna-se imediata (em até 24 horas) nos eventos de violência doméstica, sexual e de tentativas de suicídio na esfera municipal, com o propósito de garantir a intervenção oportuna (BRASIL, 2014).

Segundo o Boletim da Vigilância em Saúde no Brasil, apenas no ano de 2017, no Brasil, corresponderam 54.417 internações e 63.748 mortes nos eventos de violência interpessoal e autoprovocada, apresentando-se como a principal causa de mortalidade na faixa etária entre 15 a 49 anos de idade. No período entre os anos de 2011 a 2017, observou-se um aumento de 186% de notificações, sendo que as maiores frequências foram observadas no sexo feminino com aumento de 194% e na faixa etária de 60 anos ou mais aumento de 261%. Destaca-se que houve um aumento significativo da cobertura do sistema de vigilância contínuo, aumentando

o número de municípios notificantes de 2011 para 2017 de 38% para 77,6% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019 a).

1.4 Regiões rurais e urbanas

A classificação das regiões por zonas rurais e urbanas se transformou em um desafio, sendo as classificações atuais consideradas insuficientes diante das transformações socioeconômicas (RIVARA et al., 2019).

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 as estruturas urbanas são precárias e os usos assemelham-se as estruturas rurais (FARIA et al., 2006; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

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 (IBGE, 2016b).

A partir da metade do século XX, o “rural” e o “urbano” passaram por profundas transformações, que resultaram em novos processos econômicos, culturais, políticos e sociais, sendo necessário rever os conceitos e tipologias utilizadas (HESPANHOL, 2013; VALADARES, 2014)

Houve uma mudança no perfil dessas regiões, como por exemplo na área rural, com o processo de modernização tecnológica da agropecuária, e além disso, um espaço para se viver e desenvolver outras ações, emergindo novas ruralidades derivadas da presença de atividades não agrícolas, como o turismo e a prestação de serviço. Este processo se dá principalmente pela deterioração das condições de vida no meio urbano, que vem levando uma revalorização do campo (HESPANHOL, 2013; VALADARES, 2014 IBGE, 2017; FIOCRUZ, 2019; SOUZA; DOLCI, 2019;)

Baseado nestas mudanças o IBGE propôs uma nova tipologia de rural e urbano, considerando o recorte (escala) municipal, tendo como principais objetivos,

aprimorar a classificação utilizada no Censo Demográfico 2010, aprofundar o conhecimento geográfico acerca da realidade territorial brasileira e atender a necessidade de classificações por parte da academia, da administração pública e da sociedade (IBGE, 2017).

O critério fundamental que baseou a tipologia foi a densidade demográfica, alinhada com tipologias da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e da União Europeia, reconhecidas internacionalmente. Também foi considerado o critério de acessibilidade (localização) das áreas rurais e das menores cidades com relação aos centros urbanos mais estruturados, que possuem melhores ofertas e bens e serviços (baseado na classificação OCDE). A tentativa de uma classificação mais refinada fez com que surgissem tipologias intermediárias entre rural e o urbano (IBGE, 2017).

Para a elaboração da tipologia algumas premissas foram estabelecidas:

(1) as unidades populacionais que possuíam mais de 50.000 habitantes em áreas de ocupação densa ou que faziam parte de concentrações urbanas os municípios foram classificados como predominantemente urbanos;

(2) as unidades populacionais com população em áreas de ocupação densa entre 25.00 e 50.000 habitantes, os municípios foram classificados conforme o percentual de ocupação densa, sendo maior que 75% e entre 50 a 75% predominantemente urbano, entre 25 a 50% predominantemente intermediário e menor que 25% predominantemente rural;

(3) as unidades populacionais com população em áreas de ocupação densa entre 10.000 e 25.000 habitantes, os municípios foram classificados conforme o percentual de ocupação densa, sendo maior que 75% predominantemente urbano, entre 50 a 75% predominantemente intermediário e entre 25 a 50% menor que 25% predominantemente rural;

(4) as unidades populacionais com população em áreas de ocupação densa entre 3.000 e 10.000 habitantes, os municípios foram classificados conforme o percentual de ocupação densa, sendo maior que 75% predominantemente intermediário, e os demais percentuais predominantemente rural e

(5) as unidades populacionais com população em áreas de ocupação densa menor que 3.000 habitantes os municípios foram classificados como predominantemente rurais, conforme apresentado no Quadro 1 (IBGE, 2017).

Quadro 1: Matriz conceitual para a tipologia municipal rural-urbana

Fonte: IBGE, 2017.

Faixas de população total	Distribuição percentual da população em áreas de ocupação densa			
	Maior que 75%	50 a 75%	25 a 50%	Menor que 25%
Mais de 50.000 habitantes	Urbano			
Entre 25.000 e 50.000 habitantes.	Urbano	Urbano	Intermediário	Rural
Entre 10.000 e 25.000 habitantes	Urbano	Intermediário	Rural	Rural
Entre 3.000 e 10.000 habitantes	Intermediário	Rural	Rural	Rural
Menos de 3.000 habitantes	Rural			

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 predominantemente urbanos, e considerando a área a maior parte é predominantemente rural 60,4% (54,6% rurais adjacentes e 5,8% rurais remotos) (IBGE, 2017).

A definição das bases territoriais que serão utilizadas para definição entre rural e urbano é primordial para o estabelecimento de uma boa metodologia. A maioria dos países necessitam desta especificação para os diagnósticos socioeconômicos e para a estruturação de políticas públicas, bem como para definição de ações de promoção e prevenção na área da saúde (MALLMANN, 2005; IBGE, 2016a).

1.5 Estudo Desenvolvido na Dissertação

Este estudo resultou na construção do artigo intitulado *“Análise da violência autoprovocada em jovens do estado do Rio Grande do Sul a partir da tipologia de espaços urbanos e rurais”*, que foi encaminhado para publicação. Visando atender a chamada pública da Revista Ciência & Saúde Coletiva (Anexo 2) na qual aguarda-se a análise do corpo editorial (Anexo 3).

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Principal

-Analisar a situação de violência autoprovoçada nos espaços rurais e urbanos, na faixa etária entre 15 e 29 anos, no estado do Rio Grande do Sul, no SINAN de 2014 a 2018.

2.2 Objetivos Específicos

-Descrever a qualidade, referente a incompletude dos dados (preenchimento), das notificações de violência autoprovoçada, a partir dos dados do SINAN, na faixa etária de 15 e 29 anos, de 2014 a 2018, estado do RS.

-Descrever o perfil epidemiológico das notificações de violência autoprovoçada, a partir dos dados disponíveis no SINAN, na faixa etária de 15 a 29 anos, de 2014 a 2018, no estado do RS.

-Espacializar os casos de violência autoprovoçada a partir das definições de região urbana e rural utilizadas pelo IBGE, na faixa etária de 15 a 29 anos, de 2014 a 2018, no estado do RS.

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo e Base De Dados

Estudo descritivo realizado com banco de dados secundários, do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN),

3.2 População Sob Estudo

Indivíduos entre 15 e 29 anos, que tiveram notificação de violência autoprovoçada, que residem no meio rural adjacente, urbano, intermediário adjacente, rural remoto e intermediário remoto, no estado do Rio Grande do Sul, entre os anos de 2014 e 2018.

3.3 Variáveis Analisadas

As variáveis analisadas estão descritas no Quadro 2, baseadas na Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada (Anexo1) e variáveis não contempladas na ficha.

Quadro 1: Descrição das variáveis analisadas.

Variáveis Violência autoprovocada		
Nome do Campo	Possibilidade de preenchimento	Categorização
Ano da notificação	Preenchimento Automático	Variável interna, preenchida pelo sistema a partir da data de notificação
Unidade de notificação	Campo Fechado	1-Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3-Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5-Unidade de Saúde Indígena 6-Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7-Outros
Idade	Preenchimento Automático	Campo calculado automaticamente a partir da data de nascimento e a data de ocorrência do evento.
Sexo	Campo Fechado	M- Masculino F- Feminino I- Ignorado
Raça/cor	Campo Fechado	1- Branca 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena 9- Ignorado
Escolaridade	Campo Fechado	1. 1ª a 4ª série incompleta do EF 2. 4ª série completa do EF (antigo 1º grau) 3. 5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4. Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5. Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6. Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7. Educação superior incompleta

		8. Educação superior completa 9. Ignorado 10. Não se aplica
Município de residência da vítima	Campo Aberto	Inserir o código. Tabela com Códigos e nomes padronizados pelo IBGE.
Situação conjugal	Campo Fechado	1. Solteiro 2. Casado/ União consensual 3. Viúvo 4. Separado 8. Não se aplica 9. Ignorado
Orientação sexual	Campo Fechado	1. Heterossexual 2. Homossexual (gay/lésbica) 3. Bissexual 8. Não se aplica 9. Ignorado
Identidade de gênero	Campo Fechado	1. Travesti 2. Transexual Mulher 3. Transexual Homem 8. Não se aplica 9. Ignorado
Presença de deficiência e transtorno	Campo Fechado	1. Sim 2. Não 9. Ignorado
Tipos de Deficiência Física, Intelectual, visual, auditiva, transtorno mental, transtorno de comportamento.	Campo Fechado	1. Sim 2. Não 8. Não se aplica 9. Ignorado
Local de Ocorrência	Campo Fechado	01. Residência 02. Habitação coletiva 03. Escola 04. Local de prática esportiva 05. Bar ou similar 06. Via pública 07. Comércio/Serviços 08. Indústrias/ construção 09. Outro 99. Ignorado
Violência de repetição	Campo Fechado	1. Sim 2. Não 9. Ignorado
Meio de Agressão: força corporal/espancamento; enforcamento; objeto contundente; objeto perfuro	Campo Fechado	1. Sim 2. Não 9. Ignorado

cortante; substancia objeto quente; envenenamento e intoxicação; arma de fogo; ameaça.		
--	--	--

Fonte: Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada (Versão 5.1/ 2015).

Também foram analisadas as variáveis que não constam na ficha de notificação:

- (1) níveis de atenção: primária, secundária e terciária. Classificação utilizada pelo Ministério da Saúde.
- (2) tipologias: rural adjacente, rural remoto, urbano, intermediário adjacente e intermediário retomo, realizando a classificação do município de residência da ficha de notificação.

3.4 Análises E Softwares

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 e quadros. A análise dos níveis de atenção considerou as informações contidas no site do Cadastro Nacional de estabelecimentos em Saúde (CNES), baseou-se na Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2010).

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, de acordo com os novos critérios de análise explicados no item 3.3 deste documento. A análise espacial realizada com software ArcGIS buscou apresentar a distribuição espacial das notificações das violências autoprovocadas.

3.5 Comitê de Ética

Este estudo prescinde o encaminhamento para o Comitê de Ética, pois foram utilizados dados secundários, de domínio público. Sendo assim, a pesquisa segue os princípios éticos contidos nas Resoluções 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e nos termos da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011 que se destina a assegurar o direito fundamental de acesso à informação.

Contudo a pesquisa está vinculada ao Projeto do Programa de Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde (PPSUS), promovido em 2017 pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul (FAPERGS) e pelo Ministério da Saúde. Com registro e aprovação nos Comitês de Ética em Pesquisa: Escola de Saúde Pública/SES-RS CAAE 69992817.5.3001.5312; Universidade Federal do Rio Grande do Sul CAAE 69992817.5.0000.5347.

4. RESULTADOS

O total de notificações de violência contidas no banco de dados do SINAN, no estado do RS, no período de análise entre 2014 a 2018, foi de 104.477. Sendo 68,7% de notificações de violência interpessoal e 24% notificações de violência autoprovocada ou autoinfligida. Dentre os principais achados, destaca-se que do total de 25.114 notificações de violências autoprovocadas 10.206 (40%) ocorreram na faixa etária entre 15 a 29 anos.

Considerando a faixa etária jovem, a maioria dos eventos aconteceram no sexo feminino 68,56%, raça/cor branca 79,49% e heterossexuais 51,1%. Com relação a reincidência da violência ocorreu em expressivos 40,97% das notificações, mostrando a magnitude do fenômeno de repetição. A maioria da ocorrência da violência foi na própria residência da vítima, representado 84,2%.

As notificações autoprovocas na faixa etária jovem ocorreu em 81% na tipologia urbana, 13% na tipologia rural adjacente e 6% na tipologia intermediário adjacente. Na tipologia rural remoto e intermediário remoto não foram verificadas notificações de violência no período estudado.

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 Rio Grande do Sul (CEVS-RS). Além disso, também pode estar relacionado ao aumento da frequência dos eventos.

O meio de agressão mais utilizado tanto no sexo feminino quanto no masculino foi o envenenamento/intoxicação ocorrendo em 3.414 (60,83%) notificações no sexo feminino e 1.304 (48,71%) no sexo masculino. Em todas as tipologias observa-se que o envenenamento/intoxicação é mais frequente, destaca-se algumas particularidades nas tipologias, como por exemplo, maior frequência de ocorrência de enforcamento no meio rural

Este estudo trouxe mais subsídios para a compreensão da violência autoprovocada que assola jovens do estado do RS. 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. 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.

4.1 ARTIGO

Artigo submetido para avaliação na Revista Ciência & Saúde Coletiva.

Título: Análise da violência autoprovocada em jovens do estado do Rio Grande do Sul a partir da tipologia de espaços urbanos e rurais.

Autores:

Odaia Cristiane Faresin
Daniel Canavese de Oliveira
Maurício Polidoro

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 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. O presente estudo, com metodologia descritiva, foi realizado utilizando a tipologia de classificação de espaços rurais e urbanos proposto pelo IBGE para atender as mudanças que vêm ocorrendo no Brasil e também em consonância com os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS). 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-chaves: 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 WHO 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 IBGE 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 (1). Segundo Minayo (2018, p. 37):

A violência, em si, não é um tema da área de saúde, mas a afeta porque acarreta lesões, traumas e mortes físicas e emocionais. Para compreender o impacto da violência sobre a saúde, devemos localizar a sua discussão no conjunto dos problemas que relacionam saúde, condições, situações e estilo de vida.

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, podendo ocorrer como comportamento suicida ou autoagressão. O comportamento suicida ou a ideação suicida (pensamentos ou planos suicidas) são as tentativas de suicídio e, caso resulte em morte, passa a ser considerada um suicídio. Compreende-se a autoagressão quando há uma intenção de se ferir, de forma leve (como arranhaduras, cortes e mordidas) ou mais graves (como amputação de membros) ⁽²⁾.

A violência autoprovocada, particularmente 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 ⁽³⁻⁵⁾. 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 ⁽⁶⁾.

O Ministério da Saúde utiliza o conceito e a tipologia de violência definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002), classificando-a em três tipos: violência autoprovocada; violência interpessoal: violência intrafamiliar; violência comunitária, quando ocorre entre indivíduos sem relação pessoal, podendo ou não se conhecer; violência coletiva, cometida por grandes grupos ou países, subdivide-se em violência social (crimes de ódio e atos terroristas), política (guerra e seus conflitos) e econômica (ataques motivados pelo lucro) ⁽⁷⁻⁹⁾.

No Brasil, o alto índice de violência, aliado a marcos legais de direito a grupos sociais como o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990), Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003), Estatuto da Igualdade Racial (Lei nº 12.288/2010), a Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006) levaram à criação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 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 a Vigilância Sentinela, informações coletadas nos serviços de urgência e emergência por pesquisa de amostragem realizada a cada três anos ^(9,10). A notificação é compulsória e deve ser realizada pelos serviços de saúde nos casos de violências autoprovocadas e interpessoais intrafamiliares. Incluindo a violência doméstica, sexual, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, racismo, tortura e LGBTfobia (9).

Adiciona-se à discussão do tipo e da motivação da violência a questão da escala, ou seja, do município de ocorrência e do local (espaços públicos ou privados) 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 e da organização das regionalizações de saúde são importantes na interpretação dos diversos fenômenos que acometem a saúde e é sobremaneira relevante na leitura da dimensão das violências. Usualmente, os critérios básicos para a classificação e agrupamento de municípios incluem a densidade demográfica, as características clássicas do rural e urbano e a designação dos espaços pelas leis municipais pelas divisões administrativas ^(9,11-14).

O 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. 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 11, que propõe tornar as cidades e os assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis; o ODS 16 visa a paz, justiça e instituições eficazes, que identifica e toma medidas e eficazes contra a corrupção e a violência; o ODS 5 que busca a igualdade de gênero e o ODS 10, que visa a redução das desigualdades ^(11,15).

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 ⁽²⁾. 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 ⁽¹⁶⁾.

Mendes e Werlang (2014) 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 ⁽¹⁷⁾.

Considera-se, neste 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. Nesse sentido, 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 (2017) da classificação dos municípios em meio rural adjacente, urbano e intermediário adjacente, no estado do Rio Grande do Sul, entre os anos de 2014 a 2018⁽¹¹⁾.

As variáveis da ficha de notificação de violência interpessoal e/ou autoprovocada selecionadas para análise foram: data da notificação; data de nascimento; idade; sexo; raça/cor; escolaridade; município de residência; situação conjugal; orientação sexual; identidade de gênero; presença de deficiência ou transtorno; local de ocorrência; violência de repetição; lesão autoprovocada; motivação e tipo da violência; meio de agressão.

Para classificação dos arranjos populacionais utilizou-se a tipologia proposta pelo IBGE (2017) cujos critérios são os seguintes: (1) nas unidades populacionais

que possuíam mais de 50.000 habitantes em áreas de ocupação densa ou que faziam parte de concentrações urbanas os municípios foram classificados como predominantemente urbanos; (2) nas unidades populacionais com população em áreas de ocupação densa menor que 3.000 habitantes os municípios foram classificados como predominantemente rurais. Após inclusão de todos os critérios foi definida a seguinte tipologia: urbano; intermediário adjacente; intermediário remoto; rural adjacente; rural⁽¹¹⁾.

As análises foram realizadas no software SPSS *Statistics*. O mapa foi elaborado no software ArcGIS, ambos licenciados pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 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 E Discussão

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 tipologia do IBGE (2017), 342 dos municípios (69%) são rurais 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 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.

A primeira análise apresentada tratou da completude de preenchimento dos campos existentes na ficha de notificação devido a 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 ($<50\%$)⁽¹⁸⁻²⁰⁾.

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 a 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).

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	Intermediário Adjacente			Total
	Rural Adjacente	Urbano		
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 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.

O Ministério da Saúde, no Boletim Epidemiológico de 2019, apresentou semelhanças e diferenças com os dados identificados neste estudo. Uma semelhança se referem ao maior número de notificações de violências autoprovocadas em mulheres de raça/ cor branca e a diferença está em relação a

presença de deficiência/transtorno. Enquanto o Boletim Epidemiológico apontou a presença em 19,5% das notificações, neste estudo o percentual de pessoas com transtorno e deficiência correspondeu a 35,23% ⁽¹⁶⁾.

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.

Variáveis	Tipologias						Total	
	Rural Adjacente		Urbano		Intermediário Adjacente			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo								
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
Raça Cor								
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
Possui algum tipo de deficiência/transtorno								
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
Total	1334	100	8285	100,00	587	100	10206	100

* 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 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 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 pessoas jovens e a presença de deficiência e/ou transtorno, apontados na Tabela 3, demonstrou 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 perfuro-cortante 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. 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 ⁽¹⁶⁾ e do estudo de Agadir (2013) ⁽²¹⁾, 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.

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 a força corporal em 285 (5,06%) das notificações, o objeto perfuro cortante em 1.215 (21,65%); enforcamento 376 (6,70%); 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%).

Estes resultados se aproximam com os identificados por Bahia e colaboradores (2017) 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 ⁽²²⁾. Também estão de acordo com Leão e colaboradores (2019), 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 ⁽²³⁾.

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.

Variável	Tipologias						Total	
	Rural Adjacente		Urbano		Intermediário Adjacente			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ocorreu outras vezes								
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
Local de ocorrência								
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
Tipos de deficiência								
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
Meio de Agressão								
Força corporal/espancamento	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.

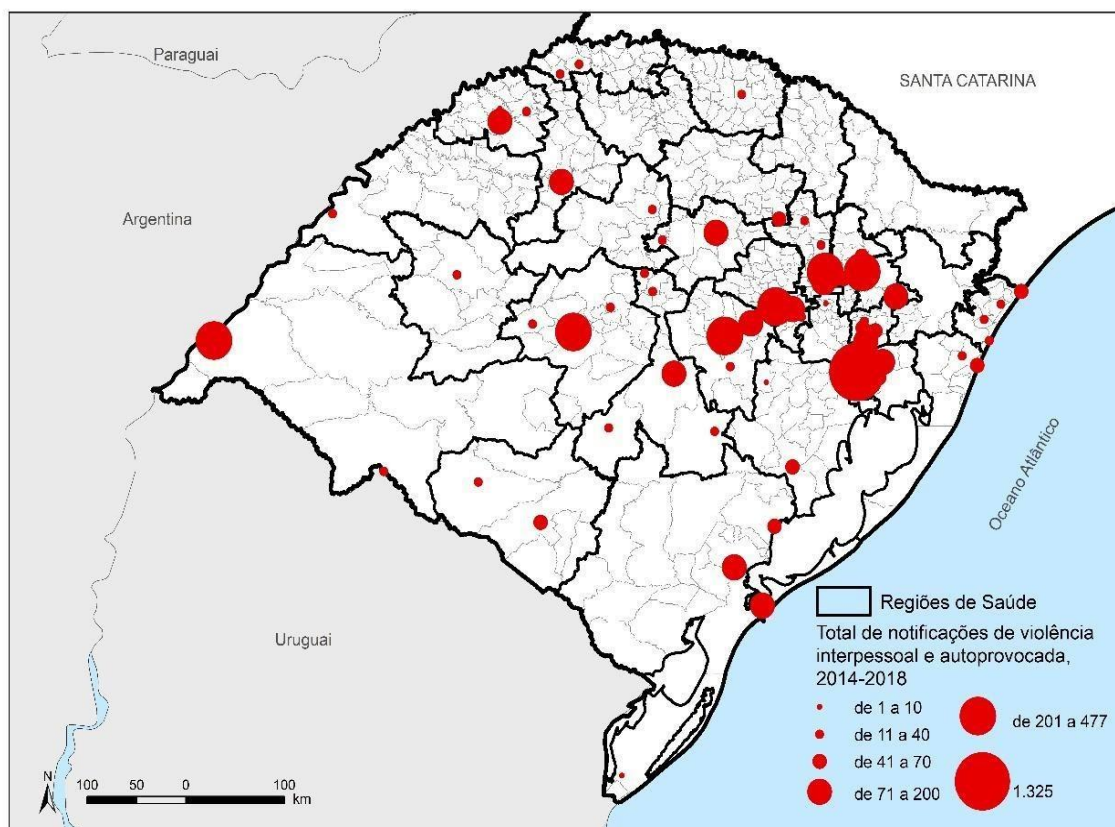
De 2014 para 2018 houve um crescimento de 27% no número de notificações de violência autoprovoada, um possível reflexo da adesão dos serviços de saúde ao sistema de notificação das violências, mas também do trabalho sistemático de capacitação de profissionais da rede que ocorre sob supervisão do Centro Estadual

de Vigilância em Saúde do Rio Grande do Sul (CEVS-RS). Além disso, o número também pode estar relacionado ao aumento do número de casos, apesar da subnotificação. Segundo Marcolan (2018), a subnotificação do comportamento suicida é notória no sistema de saúde e pode ser verificada nas pesquisas na prática com o mascaramento de dados ⁽²⁴⁾.

Este resultado indica e corresponde aos achados do estudo realizado sobre o registro das notificações compulsórias de violências envolvendo crianças e adolescente ⁽²⁵⁾, 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 ⁽²⁵⁾.

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, 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 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. Percebe-se, neste sentido, a predominância de notificações nos níveis de atenção terciário (Hospitais) com destaque para o papel da atenção primária nas notificações no tipo rural adjacente enquanto no intermediário adjacente o destaque é com o nível terciário. Já na tipologia urbana, verifica-se a baixíssima contribuição dos serviços da atenção primária em saúde para a notificação.

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.

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

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. 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 onde adquire materialidade, ou seja, para além do espaço público-privado, nos tipos de municípios e suas respectivas particularidades. Isso porque são estes os *lôcus* 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 ou 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 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.

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 à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS) pelo apoio financeiro ao projeto através do Edital 03/2017.

Declaração de conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Colaboradores

OCF teve participação na concepção, análise e redação do artigo e organizou o banco de dados, DCO teve participação na concepção, análise e redação do artigo, MP teve participação na concepção, análise e redação do artigo e na elaboração do mapa.

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. Meneghel SN, Victora CG, Faria NMX, Carvalho LA, Falk JW. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Rev Saúde Pública* [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

4. 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
5. Ceccon RF, Meneghel SN, Tavares JP, Lautert L. Suicídio e trabalho em metrópoles brasileiras: Um estudo ecológico. *Cienc e Saude Coletiva*. 2014;19(7):2225–34.
6. Pinto LLT, Meira SS, Ribeiro ÍJS, Nery AA, Casotti CA. Tendência de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente no Brasil no período de 2004 a 2014. *J Bras Psiquiatr* [Internet]. 2017. Oct [cited 2020 Apr 29]; 66(4):203–10. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852017000400203&lng=pt&tlng=pt
7. Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2007; 11:1163–78. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000500007
8. Organ Mund la Salud (OMS). Prevención del suicidio, un imperativo global: Epidemiología mundial del suicidio y de los intentos de suicidio. *Organ Mund la Salud*. 2014;4.
9. Ministério da Saúde (MS). Viva: instrutivo de 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_
10. 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 Polidoro e Daniel Canavese, editor. Porto Alegre; 2018. 64 p.
11. 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.
12. 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 Econômica Aplicada; 2014. 42 p. Available from: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2866/1/TD_1942.pdf
13. 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/>
14. 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>

15. 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>
16. 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>
17. 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;
18. Ministério da Saúde (Ministério da Saúde). Qualidade dos dados de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, Brasil. 2019;23(3):2019.
19. 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
20. 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;
21. 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.
22. 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
23. 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.
24. 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>
25. 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

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência é um fenômeno polifacetado que afeta diversos campos incluindo a Saúde Coletiva. Sua complexidade é notável pois envolve os determinantes da saúde como fatores socioambientais, culturais, econômicos e políticos, questões de gênero, sexo, idade, posição social, escolaridade e também o estilo de vida das pessoas e fatores psíquicos e emocionais. Pela sua amplitude entende-se ser necessário diferentes estratégias para seu enfrentamento.

Destacando-se a notificação dos eventos de violência autoprovocada como essencial para revelar a magnitude, gravidade e vulnerabilidade deste fenômeno, bem como, compreender o perfil epidemiológico das vítimas e a partir desta compreensão constituir ou aperfeiçoar as políticas públicas para a atenção e prevenção, e, além disso, promover a cultura da paz nestes espaços, considerando as variantes da ocorrência da violência em cada região.

O fomento à cultura de paz é um dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, o ODS 16, que se refere a “promover sociedades pacíficas, justas e inclusivas e proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis”. Devendo ser ponto de reflexão a importância da cultura de paz, e não apenas a prevenção da violência.

A cobertura da notificação de violência autoprovocada vem sendo ampliada e qualificada gradualmente. Mesmo com a constatação do aumento do número de municípios notificantes em função dos esforços das equipes de vigilância, ainda há muito para avançar neste quesito tanto na quantidade quanto na qualidade dos registros. Porém, entende-se a complexidade para se alcançar a cobertura universal, pois depende da cooperação das unidades, de recursos financeiros e articulação entre os atores envolvidos.

Considerou-se como limitações do estudo a ocorrência de eventos que não tiveram acesso aos serviços de saúde, bem como os que não foram registrados no sistema e a qualidade do dado, com relação a completude dos campos. Destarte, mostra-se necessário a realização de projetos de Educação Permanente (EP) à Distância para superação destas dificuldades. Idealizando englobar todos as unidades notificadoras, tanto pública como privadas e em todos os níveis de atenção, principalmente na atenção básica pois observou-se neste estudo o

predomínio da atenção terciária como fonte notificadora, sendo assim, enfatiza-se a necessidade de EP e sensibilização da atenção primária.

Outra estratégia que poderia fortalecer esta qualificação é o apoio institucional, podendo ser utilizado como um recurso para promover a articulação entre vigilância em saúde, atenção primária e gestores e auxiliar no processo de qualificação das notificações nos municípios e estados.

Considerando a complexidade do preenchimento da notificação da violência, com muitos conceitos que muitas vezes depende a interpretação individual dos profissionais, entende-se que algumas regras podem ser automatizadas no sistema de informação. Esta melhoria, além de facilitar o preenchimento do SINAN pelos profissionais, poderá reduzir a heterogeneidade das informações auxiliando para na qualificação dos dados. Outro ponto que pode ser citado é a integração do sistema de informação na área da saúde e da segurança pública, seria de grande valia para ambas as áreas, sempre respeitando os preceitos da ética e proteção dos seres humanos.

Com relação aos SIG Sistemas de Informação Geográficos, podem ser utilizados como eficazes ferramentas de análise espacial para auxiliar no monitoramento e vigilância loco regional e contribuir para o entendimento do comportamento do fenômeno. Recomenda-se a continuidade da utilização deste recurso tanto no estado do RS quanto nos municípios.

A partir dos dados de vigilância é possível realizar adequações nas linhas de cuidado das vítimas de violência autoprovocada, devendo ter articulações intersetoriais com os executores das políticas sociais. Sendo vital a estruturação de ações nas escolas e ambientes frequentados pelos jovens para que se promova o diálogo.

Entende-se que este estudo possa reforçar as abordagens de enfrentamento da violência no estado do Rio Grande do Sul e que consiga dar subsídios para as políticas públicas vigentes, nas diferentes áreas envolvidas como saúde, assistência social, educação e segurança. As políticas públicas para a prevenção da violência autoprovocada podem ser fortalecidas através da articulação entre essas áreas. A recente publicação da Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019, que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser

implementada no Brasil foi uma grande conquista devendo estar em consonância com as demais políticas.

Por último, espera-se que os resultados desta dissertação promovam a pauta sobre suicídio, a tentativa de suicídio e a automutilação, temas tão sensíveis na sociedade, principalmente na faixa etária jovem e que dê maior visibilidade para esse olhar que analisou o fenômeno considerando as populações que vivem nas regiões rurais e urbanas. Podendo ser fomentadores de debates e de análises tanto na comunidade acadêmica como na sociedade civil e nas diversas áreas de interesse e que possam contribuir na melhoria do processo de vigilância em saúde e educação em saúde e na promoção da cultura de paz.

REFERÊNCIAS

BAHIA, C. A. et al. Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 9, p. 2841–2850, set. 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA; DEPARTAMENTO DE APOIO À GESTÃO PARTICIPATIVA. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. Ministério da SAÚDE, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM No 1.378, de 9 de julho de 2013**. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância. Brasil, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html>

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 5 de outubro de 1988. Brasil, 1988.

BRASIL. **Lei Orgânica do SUS. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União 1990; 20 set.**Brasil, 1990a.

BRASIL. **Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências**. BRASIL, 1990b.

BRASIL. **Portaria Nº 1.968, de 25 de outubro de 2001**. Dispõe sobre a notificação, às autoridades-competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra-crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Unido de Saúde. BRASIL, 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt1968_25_10_2001_rep.html>

BRASIL. **Decreto Nº 4.726, de 09 de junho de 2003.** Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2003; 9 jun., 2003.

BRASIL. **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. BRASIL, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html>

BRASIL. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2010.

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 ed. Porto Alegre: [2018].

CECCON, R. F. et al. Suicídio e trabalho em metrópoles brasileiras: Um estudo ecológico. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 19, n. 7, p. 2225–2234, 2014.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. Relatório Final. Brasília.**: 1. Brasília: [2018]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/16cns/assets/files/relatorios/Relatorio_Final_1_CNV_S.pdf>.

CUNDA, B. V. et al. **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).** 2018 Disponível em: <<https://cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201906/17101703-1906-vigilancia-da-violencia-no-rio-grande-do-sul-panorama-da-qualidade-e-da-quantidade-das-informacoes-no-sistema-de-informacao-de-agravos-de-notificacao.pdf>>.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 1163–1178, 2007.

DE CÁSSIA HOFFMANN LEÃO, R. et al. Behavior of self-inflicted violence in patients with bipolar disorder. **Medicine**, v. 98, n. 33, p. e16851, 2019.

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.

FIOCRUZ. **Projeto de Pesquisa Atenção primária à saúde em territórios rurais e remotos no Brasil. Ministério da Saúde** [2019].

HESPANHOL, R. A. DE M. Campo E Cidade, Rural E Urbano No Brasil Contemporaneo. **Mercator : Revista de Geografia da UFC**, v. 12, n. 2, p. 103–112,

2013.

IBGE. **Arranjos Populacionais e Concentrações Urbanas do Brasil**. [s.l: s.n.].

IBGE. **Classificação e Caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil, uma primeira aproximação**. 1. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Série relatórios metodológicos metodologia do Censo demográfico 2010**. 2ª ed. Rio de Janeiro: [2016].

MALLMANN, L. **RIO GRANDE DO SUL: RURAL OU URBANO? Uma análise demográfica do Estado com base nos dados do Censo 2010**. Porto Alegre [2011].

MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. 2ª ed. São Paulo: [2014].

MENDES, J. M. R.; WERLANG, R. Self-destruction and self-exclusion: the suicide in the rural areas of Rio Grande do Sul – Brazil. **Pensamento Americano**, v. 7, n. 13, p. 123–143, 2014.

MENEGHEL, S. N. et al. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 6, p. 804–810, dez. 2004.

MINAYO, MCS. **Violência e saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. Temas em Saúde collection. 132 p. ISBN 978-85-7541-380-7.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE; DEPARTAMENTO DE ANÁLISE DE SITUAÇÃO E SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Edinilsa R ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. v. 11

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada [recurso eletrônico]**. Brasília [2016]. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Vigilância em saúde no Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde (2013-2019). Da Criação da secretaria de vigilância em saúde aos dias atuais. Boletim Epidemiológico**, 2019a. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/setembro/25/boletim-especial-21ago19-web.pdf>>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Qualidade dos dados de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, Brasil**. v. 23, n. 3, p. 2019, 2019b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **DATASUS. Informação em Saúde (TABNET)**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206>>. Acesso em: 4 out. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Prevención del suicidio suicidio, un imperativo global: Epidemiología mundial del suicidio y de los intentos de suicidio. **Organización Mundial de la Salud**, p. 4, 2014a.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. RELATÓRIO MUNDIAL sobre a presensão da violência. 2014b.

PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. DE. **Saúde coletiva: teoria e prática**. 1. ed. Rio de Janeiro: [2014].

RIVARA, F. et al. The Effects Of Violence On Health. **Health Affairs**, v. 38, n. 10, p. 1622–1629, 1 out. 2019.

ROMERO, D. E.; CUNHA, C. B. DA. Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, 2002. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 701–714, mar. 2007.

ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. **Rouquayrol: epidemiologia e saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: [2018].

SOUZA, M. DE; DOLCI, T. S. **Turismo Rural: fundamentos e reflexões**. UFRGS, 2019.

SWANSON, J. W. et al. Mental illness and reduction of gun violence and suicide: bringing epidemiologic research to policy. **Annals of Epidemiology**, v. 25, n. 5, p. 366–376, maio 2015.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. **SUS, MODELOS ASSISTENCIAIS E VIGILÂNCIA DA SAÚDE**. 1. ed. Rio de Janeiro: [1998].

TEIXEIRA, M. G. et al. Vigilância em Saúde no SUS - construção, efeitos e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1811–1818, jun. 2018.

VALADARES, A. A. **O gigante invisível: território e população rural para além das convenções oficiais** . 1. ed. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Economica Aplicada, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Suicide in the world: Global health estimates (No. WHO/MSD/MER/19.3). 2019.

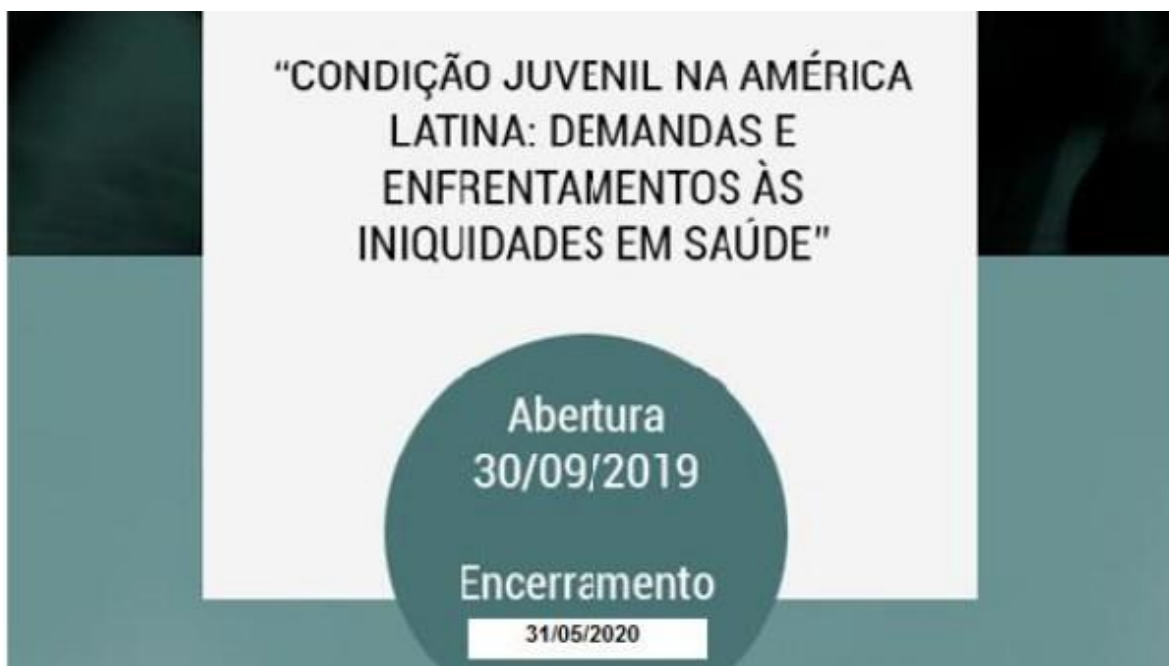
ANEXOS

ANEXO 1. Ficha De Notificação Individual, Utilizada Para Notificação Dos Eventos De Violência Interpessoal E Autoprovocada.

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº	
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL					
Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.					
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual	
	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			1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Iuteiar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 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	1- Hora 2- Dia 3- Mês 4- Ano	13 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	
	14	Gestante			
Dados Complementares	15	Raça/Cor			
	16	Escolaridade			
	17	Número do Cartão SUS			
	18	Nome da mãe			
Dados da Pessoa Atendida	19	UF	20	Município de Residência	Código (IBGE)
	21	Distrito			
	22	Bairro	23	Logradouro (rua, avenida,...)	Código
	24	Número	25	Complemento (apto., casa, ...)	26
Dados da Ocorrência	27	Geo campo 2			
	28	Ponto de Referência			
	29	CEP			
	30	(DDD) Telefone	31	Zona	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado
32	País (se residente fora do Brasil)				
Dados da Ocorrência	33	Nome Social			
	34	Ocupação			
	35	Situação conjugal / Estado civil			
	36	Orientação Sexual			
37	Identidade de gênero:				
38	Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?				
39	Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno?				
40	UF	41	Município de ocorrência	Código (IBGE)	
42	Distrito				
43	Bairro	44	Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
45	Número	46	Complemento (apto., casa, ...)	47	Geo campo 3
48	Geo campo 4				
49	Ponto de Referência			50	Zona
51	Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)			52	Local de ocorrência
53	Ocorreu outras vezes?			54	A lesão foi autoprovocada?
55	Local de ocorrência			56	A lesão foi autoprovocada?

Violença	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 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil		
Violença Sexual	57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espâncamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro		
	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		
Dados do provável autor da violência	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		
	60 Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <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 <input type="checkbox"/>
Dados finais	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		
Encaminhamento	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
	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			
Notificador	Município/Unidade de Saúde _____		Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____
	Nome _____	Função _____	Assinatura _____
Violência interpessoal/autoprovocada Sinan SVS 15.06.2015			

ANEXO 2. Divulgação da Chamada Pública



ANEXO 3. Comprovante de Recebimento Corpo Editorial

Submissão Artigo Chamada Publica C&SC 



Odaisa Faresin <odaisafaresin@gmail.com>
para Agendajovenssaude, Daniel, Mauricio

29 de abr. de 2020 16:14   

Para o corpo editorial da Ciência & Saúde Coletiva:

Apresentamos o manuscrito inédito e original intitulado **ANÁLISE DA VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA EM JOVENS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL A PARTIR DA TIPOLOGIA DE ESPAÇOS URBANOS E RURAIS**. Em atendimento a Chamada pública para edição temática da revista Ciência & Saúde Coletiva com encerramento dia 30/04/2020 com temática "Condição juvenil na América Latina: demandas e enfrentamentos às iniquidades em saúde".

Essa pesquisa está vinculada ao Projeto do Programa de Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde (PPSUS), promovido em 2017 pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul (FAPERGS) e pelo Ministério da Saúde. Termo de Outorga 17/2551-0001 – 385-9. Com registro e aprovação nos Comitês de Ética em Pesquisa: Escola de Saúde Pública/SES-RS CAAE 69992817.5.3001.5312; Universidade Federal do Rio Grande do Sul CAAE 69992817.5.0000.5347.

Informamos que os autores e instituições envolvidas, bem como a responsabilidade de cada um encontram-se descritos abaixo. Autorizamos sua publicação na revista Ciência & Saúde Coletiva e declaramos que o mesmo não foi publicado, no todo ou em parte e não está sendo considerado para publicação em outro periódico.

Odaisa Cristiane Faresin (FARESIN, OC)

Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Realizou a organização e redação do artigo, análise dos dados e revisão para aprovação da versão final do manuscrito.

Email: odaisafaresin@gmail.com;

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

Daniel Canavese de Oliveira (CANAVESE, DO)

Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Atuou na concepção da pesquisa, redação, análise dos dados e revisão a aprovação da versão final do manuscrito.

Email: daniel.canavese@ufrgs.br;

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

Mauricio Polidoro (POLIDORO, M)

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul (IFRS)

Apoiou na redação, análise dos mapas e revisão a aprovação da versão final do manuscrito

Email: mauricio.polidoro@gmail.com;

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

Odaisa fez a organização e redação do artigo, análise do banco de dados e trabalhou na versão final.

Em caso de aceitação deste texto por parte da revista, concordamos que os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade exclusiva da revista e, em caso de reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, faremos constar os respectivos créditos

Atenciosamente,

Odaisa Cristiane Faresin

Daniel Canavese

Mauricio Polidoro

2 anexos



Juventude Saude <agendajovenssaude@gmail.com>
para mim, Daniel, Mauricio

30 de abr. de 2020 16:14   

 português > polonês Traduzir mensagem

Desativar para: português x

Prezada Odaisa,

Acusamos recebimento dos arquivos. 

Att, editores convidados.
