

## **Perfil dos casos de lesões autoprovocadas em duas unidades federativas brasileiras com idh antagonicos**

### **Profile of cases of self promoted injuries in two brasilian federative units with idh antagonize**

DOI:10.34117/bjdv7n8-645

Recebimento dos originais: 30/07/2021

Aceitação para publicação: 30/08/2021

#### **Valdilene de Jesus Campos Lemos**

Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA, Campus Pinheiro). Pós-Graduanda em Saúde Materno Infantil pela Secretaria de Estado do Maranhão (SES-MA)

Endereço: Rua 01 Quadra 09, nº 37, Jardim Cidade dos Lagos, Viana, MA, Brasil. CEP: 65215-000

E-mail: valdilene-lemos@hotmail.com

#### **Getúlio Rosa dos Santos Junior**

Graduando em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA, Campus Pinheiro)

Endereço: Estrada Pinheiro/Pacas, Km 10, s/n, Enseada. Pinheiro-MA. CEP: 65200-000. Centro de Ciências Humanas, Naturais, Saúde e Tecnologia. Universidade Federal do Maranhão. Pinheiro (MA), Brasil

E-mail: getulio.rosa@discente.ufma.br

#### **Gabriella Helen Araújo de Oliveira**

Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA, Campus Pinheiro)

Endereço: Estrada Pinheiro/Pacas, Km 10, s/n, Enseada. Pinheiro-MA. CEP: 65200-000. Centro de Ciências Humanas, Naturais, Saúde e Tecnologia. Universidade Federal do Maranhão. Pinheiro (MA), Brasil.

E-mail: gabi.louredooliveira@hotmail.com

#### **Viviane Coelho Campos Brito**

Graduada em Estética e Cosmética pela Faculdade Pitágoras de São Luís- Maranhão  
Graduanda em Fonoaudiologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Rua da Mangueira, número 08, CEP 65080590, São Luis- MA

E-mail: vivia\_coelho2012@hotmail.com

#### **Verônica Coelho Campos**

Farmacêutica. Graduada pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA, Campus São Luís).

Endereço: Rua da Mangueira, número 08, CEP 65080590, São Luis- MA

E-mail: ve.camposm23@gmail.com

#### **Thaís Furtado Ferreira**

Doutora e Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFMA. Residência em Clínica Médico-Cirúrgica (Hospital Universitário)

Presidente Dutra). Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA, Campus Pinheiro).

Endereço: Estrada Pinheiro/Pacas, Km 10, s/n, Enseada. Pinheiro-MA. CEP: 65200-000. Centro de Ciências Humanas, Naturais, Saúde e Tecnologia. Universidade Federal do Maranhão. Pinheiro (MA), Brasil.  
E-mail: tatafurtadof@hotmail.com

## RESUMO

Objetivo: Comparar o perfil dos casos de lesões autoprovocadas ocorridas no Distrito Federal (DF) e Maranhão (MA). Método: Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa sobre o perfil dos casos de lesões autoprovocadas ocorridos no DF e MA no período de 2013 a 2017. Os dados foram coletados entre os meses de dezembro de 2019 a janeiro de 2020 na plataforma online de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Resultados: Foram notificados no período estudado 2.270 casos de lesões autoprovocadas, sendo 1.617 casos no DF e 653 no MA. Houve um crescimento na ocorrência de lesões autoprovocadas nas duas Unidades Federativas (UF) ao longo do tempo, com predomínio maior no DF. O presente estudo observou semelhanças entre os perfis dos casos de lesões autoprovocadas nas UF para a maioria das variáveis estudadas. Conclusão: As UF apresentaram um perfil semelhante de lesões autoprovocadas apesar das diferenças entre seus IDH.

**Palavras-Chave:** Comportamento Autodestrutivo, Autolesão, Índice de Desenvolvimento.

## ABSTRACT

Objective: To compare the profile of cases of self-harm caused in the Federal District (DF) and Maranhão (MA). Method: This is a descriptive study with a quantitative approach on the profile of cases of self-harm caused in the DF and MA during the period 2013-2017. Data were collected from December 2019 to January 2020 on the online platform data from the Informatics Department of the Unified Health System. Results: During the study period, 2,270 cases of self-harm were reported, 1,617 in the DF and 653 in the MA. There was an increase in the occurrence of self-harm in the two UF over time with a greater predominance in the DF. The present study observed similarities between the profiles of cases of self-harm in UF for most of the variables studied. Conclusion: Had UF a similar profile despite the differences between their HDIs.

**Keywords:** Self-Destructive Behavior, Self-Injury, Development Index.

## 1 INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno complexo e multicausal que tem afetado a humanidade há séculos<sup>1</sup>. As lesões autoprovocadas são consideradas um grave problema de saúde pública por se constituir um sinalizador de mal estar e sofrimento do indivíduo relacionado a um sentimento de impossibilidade na identificação de alternativas viáveis para a solução de seus conflitos e sofrimentos<sup>2</sup>.

A lesão autoprovocada é definida como a violência que a pessoa inflige a si mesma, podendo ser classificada como comportamento suicida ou autoagressão. O comportamento suicida se caracteriza pelo fato de o indivíduo causar lesão a si próprio, independentemente da intenção ou motivo para realização do ato, podendo ser letal ou não. Para tanto, estão incluídos pensamentos, planejamento, tentativas de se matar e o ato consumado. Já a autoagressão engloba automutilações, desde as mais leves, como arranhaduras, cortes e mordidas, até as mais severas, como amputação de membros<sup>3</sup>.

Para tentar compreender melhor os fatores que levam uma pessoa a praticar a lesão autoprovocada, faz-se necessário compreender melhor os elementos circundantes da existencialidade que permeia um indivíduo que demonstra comportamento dessas natureza<sup>4</sup>.

Uma vez que o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) analisa a qualidade de vida e progresso de uma população a partir das dimensões renda, saúde e educação considera-se relevante tentar compreender seu impacto no perfil dos indivíduos que cometem algum tipo de autolesão<sup>4</sup>.

O que se sabe é que os países com os melhores IDH, como Japão e Noruega, apresentam menores taxas de homicídio e maiores taxas de suicídio, que é um tipo de lesão autoprovocada, evidenciando parecer não estar relacionado diretamente a baixa qualidade de vida e poder socioeconômico<sup>5</sup>.

O Brasil, quando comparado a outros países, apresenta baixas taxas de suicídios e tentativas, embora essa taxa tenha aumentado ao longo do tempo. Devido sua extensão continental, observam-se ainda diferenças entre suas regiões, com maiores taxas na região Sul e Centro Oeste, seguidas do Sudeste, Norte e Nordeste. No entanto, apesar das regiões Sul e Centro-Oeste apresentarem as maiores taxas entre o período de 2002 a 2012, os óbitos por suicídio tem diminuído nessas duas regiões, enquanto houve acréscimo das taxas nas demais regiões<sup>6</sup>.

O estudo que analisou as taxas de óbito por suicídio por Unidades da Federação (UF) encontrou as taxas mais elevadas no Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Mato Grosso do Sul e os menores no Maranhão, Bahia e Alagoas<sup>7</sup>.

Como se observa, as variações regionais de lesão autoprovocada acompanham mudanças nos aspectos socioeconômicos e demográficos. Entretanto, observa-se uma discordância entre os estudos onde ora a renda e a educação se apresentam como fatores protetores e ora como de risco para a lesão autoprovocada, principalmente o suicídio<sup>8,9</sup>.

Para Santos e Barbosa<sup>8</sup>, o aumento da renda pode favorecer a taxa de suicídio, uma vez que aumenta a independência pessoal e, conseqüentemente, a degeneração familiar. Já o estudo de Félix et al<sup>10</sup> aponta que pessoas sem ocupação e com baixo nível socioeconômico e educacional tem maior risco de suicídio devido à reduzida compreensão acerca do tratamento ou a sentimentos de culpa e inferioridade.

Cientes do impacto das desigualdades sociais expressas tanto na dimensão econômica quanto nas relações de acesso aos serviços públicos, educação e habitação, o presente estudo buscou responder a seguinte pergunta de pesquisa: Existe diferença entre o perfil dos casos de lesões autoprovocadas ocorridas em UF com IDH tão distintos?

Temos como hipótese que existe diferença entre o perfil dos casos de lesões autoprovocadas nas duas UF.

A presente pesquisa se justifica com base no atual cenário onde os casos de lesões autoprovocadas se tornam frequentes e pela escassez de estudos que as relacionam com o IDH. Sabe-se que o DF que possui um dos melhores IDH (0,824) e o MA dentre os piores da federação (0,639)<sup>11</sup>. Sendo assim, o presente estudo buscou comparar o perfil dos casos de lesões autoprovocadas ocorridas no Distrito Federal (DF) e Maranhão (MA) durante o período de 2013 a 2017.

## 2 MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa sobre o perfil dos casos de lesões autoprovocadas ocorridos no estado do Maranhão e no Distrito Federal.

O estado do Maranhão está localizado na região nordeste do país, abrangendo uma área de 329.642,170 km<sup>2</sup>, com uma população de 6.574.789 habitantes de acordo com o último censo e densidade demográfica de 19,81 hab/km<sup>2</sup>. Já o Distrito Federal está localizado no estado de Goiás região centro-oeste do Brasil, com uma área de 5.760,783 km<sup>2</sup>, uma população de 2.570.160 habitantes e densidade demográfica de 444,66 hab/km<sup>2</sup><sup>11</sup>.

A população do estudo foi composta por todos os casos de lesões autoprovocadas, ocorridas em maiores de 10 anos, notificados no Sistema Nacional de Informações de Agravo e Notificação (Sinan) nas Unidades Federativas do Maranhão e Distrito Federal no período de 2013 a 2017.

Os dados foram coletados entre os meses de Dezembro 2019 a Janeiro de 2020 na plataforma online de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Data-SUS). Ressalta-se que este estudo, dispensa apreciação por Comitê de Ética em

Pesquisa por se tratar de dados secundários, públicos e sem identificação dos participantes.

Para o estudo, foram investigadas as seguintes variáveis: sexo, idade, raça/cor, escolaridade, local de ocorrência, violência de repetição, material utilizado, uso de álcool, tipo de encaminhamento e evolução do caso. Ressalta-se que as variáveis com campo em branco ou ignorado no preenchimento foram consideradas “sem informação”.

Os dados foram inseridos e analisados no programa Microsoft Excel®, versão 2013. As variáveis categóricas foram apresentadas em tabelas, através de números absolutos e porcentagem.

### 3 RESULTADOS

Tabela 1- Características sociodemográficas das lesões autoprovocadas ocorridas no Maranhão e Distrito Federal. Brasil, 2013-2017.

<b>Variáveis</b>	<b>DF N (%)</b>	<b>MA N (%)</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	490 (30,3)	285(43,6)
Feminino	1127 (69,7)	368(56,3)
<b>Idade</b>		
<10 Anos	25 (1,5)	52 (8)
10-19	530 (32,8)	164(25,1)
20-59	1019 (63)	404(61,7)
60 e mais	43 (2,6)	31 (4,7)
Sem informação	0	2 (0,3)
<b>Cor/Raça</b>		
Branca	192 (11,9)	87 (13,3)
Preta	60 (3,7)	56 (8,6)
Amarela	10 (0,6)	5 (0,8)
Parda	425 (26,3)	478(73,2)
Indígena	2 (0,1)	5 (0,8)
Sem informação	928 (57,4)	22 (3,4)
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	3 (0,2)	23 (3,5)
1ª a 4ª série incompleta do EF	35 (2,1)	67 (10,2)
4ª série completa do EF	16 (0,9)	27 (4,1)
5ª a 8ª série incompleta do EF	140 (8,6)	133(20,4)
Ensino fundamental completo	26 (1,6)	32 (4,9)
Ensino médio incompleto	106 (6,5)	59 (9,0)
Ensino médio completo	73 (4,5)	91 (14,0)
Educação superior incompleta	50 (3,1)	13 (2,0)
Educação superior completa	26 (1,6)	9 (1,3)
Não se aplica	16 (0,9)	47 (7,2)
Sem informação	1126 (70,0)	152(23,3)

Fonte: Sinan/DataSUS, 2019.

Em relação ao perfil sóciodemográfico, observou-se que a maioria dos casos de lesões autoprovocadas ocorreu no sexo feminino e na faixa etária de 20-59 em ambas as UF. Em relação à raça/cor, em ambas UF a maioria dos casos de lesões autoprovocadas ocorreu na cor pardas sendo 425 (26,3%) no DF e 478 (73, 2%) no MA. Entretanto, no DF observou-se que 57,4% das fichas de notificação não tinham informação neste campo, sendo este melhor preenchido no MA. Em relação à escolaridade, também se observou que nas duas UF a maioria dos casos não tinha informação. Entretanto, entre as fichas preenchidas, a maioria dos casos ocorreu nos que tinham entre 5ª a 8ª série incompletos, sendo 140(8,6%) no DF e 133(20,4%) no MA (Tabela 2).

Tabela 2-Distribuição dos casos de lesões autoprovocadas ocorridas no Maranhão e Distrito Federal. Brasil, 2013-2017.

UF	2013 N (%)	2014 N (%)	2015 N (%)	2016 N (%)	2017 N (%)	Total
<b>Distrito Federal</b>	109(6,7)	111(6,9)	245(15,1)	459(28,4)	693(42,8)	1617
<b>Maranhão</b>	45 (6,9)	106(16,2)	101(15,5)	115(17,6)	286(43,8)	653

Fonte: Sinan/DataSUS, 2019.

No período de 2013 a 2017, foram notificados 2.270 casos de lesões autoprovocadas, sendo 1.617 casos no DF e 653 casos no MA. Observa-se que no decorrer dos anos os casos registrados tiveram um aumento significativo. O ano de 2017 foi o de maior número de casos nas duas UF, com 693 casos no DF e 286 no MA, já no ano de 2013 obteve-se o menor número de casos nas UF em estudo (Tabela 1).

Tabela 1 Caracterização das lesões autoprovocadas ocorridas no Maranhão e Distrito Federal por local de ocorrência, recorrência, material utilizado, uso de álcool, encaminhamento e evolução do caso. Brasil, 2013-2017.

Variáveis	DF N (%)	MA N (%)
<b>Local da ocorrência</b>		
Residência	1079 (66,7)	509 (78)
Habitação Coletiva	11 (0,7)	4 (0,6)
Escola	19 (1,2)	3 (0,4)
Local de pratica esportiva	2 (0,1)	2 (0,3)
Bar ou Similar	6 (0,4)	16 (2,4)
Via pública	74 (4,6)	28 (4,3)
Comércio/Serviços	12 (0,7)	7 (1,1)
Outros	31 (1,9)	31 (4,7)

Sem informação	383 (23,7)	53 (8,1)
<b>Violência de repetição</b>		
Sim	510 (31,5)	196 (30)
Não	323 (20,0)	367 (56,2)
Sem informação	784 (48,5)	90 (13,8)
<b>Material utilizado</b>		
Objeto contundente	38 (2,3)	10 (1,5)
Arma branca	210 (13)	79 (12,1)
Arma de fogo	9 (0,5)	33 (5)
Substância/objeto quente	10 (0,6)	12 (1,8)
Veneno	932 (57,6)	313 (48)
Força	101 (6,2)	74 (11,3)
Sem informação	317 (19,6)	132 (20,3)
<b>Uso de álcool</b>		
Sim	190 (11,7)	120 (18,4)
Não	473 (29,3)	377 (57,7)
Sem informação	954 (59)	156 (23,9)
<b>Tipo de encaminhamento</b>		
Ambulatorial	71 (4,4)	21 (3,2)
Internação Hospitalar	88 (5,4)	25 (3,8)
Não se aplica	6 (0,3)	4 (0,6)
Sem informação	1452 (89,8)	603 (92,3)
<b>Evolução do caso</b>		
Alta	105 (6,5)	118 (18,1)
Evasão/fuga	6 (0,3)	1 (0,1)
Óbito por outras causas	4 (0,2)	8 (1,2)
Sem informação	1502 (92,9)	526 (80,5)

Fonte: Sinan/DataSUS, 2019.

Em relação ao local de ocorrência das lesões autoprovocadas, observou-se que a maioria ocorreu em ambiente domiciliar nas duas UF, correspondendo um percentual de 66,7% para DF e de 78% no MA. Quanto à recorrência das lesões autoprovocadas, no DF não tiveram informações disponíveis no sistema de investigação. Já em relação ao estado do Maranhão o percentual foi de 56,2%. Quando avaliado o tipo de material ou substâncias mais utilizadas para o ato da lesão autoprovocada, observou-se que tanto para o DF (57,6%) como para o estado do MA (48%) maioria referiu fazer uso de veneno. No que diz respeito ao uso de álcool no momento da lesão autoprovocada, observou-se elevada proporção de dados sem informação no DF 59 %, e dos que responderam 29,3% não fizeram uso. Já no Maranhão 57,7% informaram não terem feito uso de álcool . Em relação ao tipo de encaminhamento, nas duas UF a maioria dos casos foi registrada como sem informação. O mesmo ocorreu com os dados sobre evolução dos casos onde a maioria teve registros sem informação, respectivamente.



#### 4 DISCUSSÃO

O presente estudo observou semelhanças entre os perfis dos casos de lesões autoprovocadas nas Unidades Federativas para a maioria das variáveis estudadas, com maior prevalência no Distrito Federal, embora se evidencie que no estado do Maranhão sua população absoluta apresente um quantitativo maior quando observado a população geral nos dois estados.

O estudo de Botega<sup>12</sup> mostrou que a cada três tentativas de suicídio apenas uma chega a ser atendida nos serviços de saúde e é notificada. No entanto, Júnior<sup>13</sup> refere que é difícil identificar os casos de lesão autoprovocada, uma vez que esses comportamentos geralmente ocorrem em ambientes particulares, e quando dão entrada em hospitais são relatados como em decorrência de acidentes<sup>13</sup>.

Torna-se imprescindível a correta classificação e preenchimento dos campos da ficha de notificação visto que as medidas de prevenção e o monitoramento mais eficaz dessas ocorrências dependem da correta classificação dos eventos e da qualidade no preenchimento das mesmas<sup>14</sup>. O não preenchimento total das informações, muitas vezes, é justificado por excesso de demanda de serviço, ou despreparo de funcionários para a realização da notificação, ou, até mesmo falta de conhecimento sobre a importância do preenchimento adequado das fichas individuais de notificação para os sistemas de vigilância e informação em saúde, fazendo com que o preenchimento das fichas de notificação não seja priorizado<sup>13,14</sup>.

O ponto forte deste estudo surge a partir da análise dos casos de lesão autoprovocada entre duas UF com IDH tão distintos. Tal análise pode auxiliar na compreensão deste evento em cenários diversos, uma vez que o Brasil possui extensão continental e algumas particularidades sociais históricas.

Conforme os resultados apresentados observou-se predomínio maior de mulheres que cometeram as lesões autoprovocadas quando comparado aos homens, nas duas UF, isso pode ser justificado pelo fato de as mulheres utilizarem meios menos letais e as que procuram com mais frequência o serviço de saúde quando acometida por este agravo<sup>15</sup>. Esses dados corroboram com os estudos realizados em Curitiba e Voltuporanga no interior de São Paulo<sup>15, 16</sup>.

Com relação a faixa etária, o estudo demonstrou maior incidência entre as idades de 20 a 59 anos nas duas UF, podendo estar diretamente relacionado com o ciclo social, problemas nas relações de trabalho, convívio pessoal com familiares, consumo de bebidas alcoólicas e transtornos do humor<sup>16</sup>. Esses fatores aumentam as chances do indivíduo em



tomar atitudes agravantes na tentativa de solucionar seus problemas, cometendo lesões com desfechos não fatais. Como comprova o estudo de Ribeiro<sup>17</sup>. Já no estudo realizado no Piauí prevaleceu à faixa etária de 20 a 29 anos<sup>18</sup>.

A análise das notificações segundo raça/cor mostraram-se semelhantes nas duas UF, onde a maior ocorrência se deu em pessoas de cor parda, dado característico do nosso país em que a população se autodeclara em sua maioria como preta ou parda. Este fato pode estar relacionado a fatores socioeconômicos, considerando que esse grupo étnico racial encontra-se em situações mais vulneráveis socialmente e economicamente<sup>11,12,15</sup>, o que pode motivar essas pessoas a enveredar nesse sentido como fuga de um sofrimento, impulsionado por questões de ordem socioeconômica. No entanto, há estudos que contradizem nossos resultados, onde na microrregião de Barbacena (MG) a maior incidência se deu na cor branca<sup>19</sup>.

Observou-se que na variável escolaridade houve um grande número de dados sem informações, nos dados disponíveis, verificaram-se predomínio de indivíduos com o ensino fundamental de 5ª a 8ª série incompletos. Sugere-se, portanto, que o nível de escolaridade é fator condicionante para as conquistas sociais na sociedade contemporânea, pois o mercado de trabalho exige que as pessoas estejam altamente qualificadas, ao contrário dessa realidade, estudos demonstram que o grau de escolaridade pode estar diretamente ligado as condições de vida e saúde, o que parece aumentar as chances para comportamentos suicidas<sup>16,20</sup>. Dados do Plano Distrital de Saúde do DF entre os anos 2016 a 2019 comprovam essa realidade<sup>21</sup>.

No que se refere ao local de ocorrência da lesão autoprovocada, prevaleceu àquelas realizadas na própria residência para ambas as UF, o que significa ser um provável local de mais fácil acesso e oportunidade de estar sozinho para a ocorrência das tentativas que resultam em lesões autoprovocadas, resultado este, que é semelhante ao encontrado em estudo realizado no Núcleo do Hospital de Epidemiologia (NHE) de um serviço de referência em urgência e emergência do estado do Piauí<sup>18</sup>.

Em relação a variável recorrência das lesões autoprovocadas, os dados se deram de formas diferentes nas UF em estudo. No DF, das fichas com informação, a maioria foi reincidente, já no MA ocorreram primeira vez. Dados do Informe Epidemiológico Setembro Amarelo<sup>22</sup> apontam que a maioria das tentativas de suicídio são recorrentes, daí da necessidade de estratégias de prevenção de tentativas subsequentes<sup>17</sup>.

O material mais utilizado para as lesões autoprovocadas foi o uso do veneno em ambas as UF. Os resultados apresentados neste estudo corroboram com os estudos de

Stoppa<sup>15</sup> e Félix et al<sup>20</sup>. O uso do veneno justifica-se pelo fácil acesso e baixo custo em comércios informais sem controle e fiscalização para a venda. A restrição poderia ser passível de prevenção, como exigir maior rigor sua comercialização.

No que diz respeito ao consumo de álcool no momento da lesão autoprovocada, no DF a maioria dos casos não dispuseram dessas informações, porém, dos que responderam tanto no DF quanto no MA a maioria não fez uso do álcool. Esses dados divergem dos resultados encontrados no estudo de Gonçalves<sup>23</sup> onde o uso do álcool estava diretamente ligado às lesões autoprovocadas e consumação de autoagressões.

Dentre a variável tipo de encaminhamento, a maioria foi classificada sem informação, mas dentre os preenchidos nas duas UF a maioria dos casos foram internados em hospitais. As condições precárias de saúde podem ser determinantes no fato do acesso pela oferta dos serviços de saúde, ou seja, paciente que se auto lesiona sem maiores acometimentos e limitações na sua condição física não tem como prioridade a busca pelo atendimento de urgência de um hospital, e quando hospitalizadas apenas é feita a estabilização dos sinais vitais, lavagens gástricas, acesso venoso, dentre outros, quando necessários, sem que seja avaliado na sua integralidade<sup>24</sup>.

Quanto à evolução dos casos, tanto o MA quanto DF tiveram a maior incidência de dados sem informação, no entanto dos que responderam a maioria obteve alta após a lesão autoprovocada nas duas UF, o que corrobora com os estudos já apontados por outros autores<sup>25,26-27,28</sup>. No entanto, sabe-se que o ideal seria o encaminhamento desses pacientes após alta hospitalar para acompanhamento social e psicológico.

O presente estudo possui algumas limitações. Considera-se como limitação o uso de dados secundários, a possibilidade de subnotificação dos casos e a escassez de informações de algumas variáveis importantes para o delineamento do perfil pretendido.

## 5 CONCLUSÃO

Diante dos resultados obtidos por meio deste estudo, conclui-se que houve um crescimento na ocorrência de lesões autoprovocadas nas duas Unidades Federativas ao longo do tempo, com predomínio maior no DF e que tais UF apresentaram um perfil semelhante apesar das diferenças entre seus IDH. Considera-se de fundamental importância o desenvolvimento de futuras e necessárias pesquisas direcionadas a avaliar o impacto do agravo desenvolvido por lesão autoprovocada em outros estados Brasileiro.

**REFERÊNCIAS**

1. ALVES MAG, CADETE MMM. Tentativa de suicídio infanto-juvenil: lesão da parte ou do todo? *Ciência & Saúde Coletiva*, 2015; 20 (1):75-84. Citado em: 22/04/2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2015.v20n1/75-84/pt>.
2. MONTEIRO RA, BAHIA CA, PAIVA EA, BANDEIRA DE SÁ NN, MINAYO MCS. Hospitalizações relacionadas a lesões autoprovocadas intencionalmente – Brasil, 2002 a 2013. *Ciência & Saúde Coletiva* 2015; 20(3):689-700.
3. BAHIA CA, AVANCE JQ, PINTO LU, MINAYO MCS. Notificações e internações por lesão autoprovocada em adolescentes no Brasil, 2007-2016. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 2020; 29(2): 2019060.
4. PREARO LC, MARACCINI MA, ROMEIRO MA. Fatores determinantes do Índice de Desenvolvimento Humano dos Municípios do Estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*. 2015 jan; 5(1). Disponível em: [file:///C:/Users/Cliente/Downloads/2960-15188-2-PB%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/Cliente/Downloads/2960-15188-2-PB%20(4).pdf).
5. WINZER L. Relação entre o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e taxas de mortes violentas nas Unidades Federativas Brasileiras. *J Hum Growth Dev*. 2016; 26(2): 211-217.
6. MACHADO DB, SANTOS DN. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. *J. bras. psiquiatr.* Rio de Janeiro 2015; 64(1) Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v64n1/0047-2085-jbpsiq-64-1-0045.pdf>.
7. WAISELFISZ JJ. Mapa da violência 2014: Os jovens do Brasil. Rio de Janeiro. 2014. Acesso em 16/05/2020. Disponível em: [https://www.mpma.mp.br/arquivos/CAOPCRIM/Mapa2014\\_JovensBrasil\\_Preliminar.pdf](https://www.mpma.mp.br/arquivos/CAOPCRIM/Mapa2014_JovensBrasil_Preliminar.pdf).
8. SANTOS EGO, BARBOSA IB. Conglomerados espaciais da mortalidade por suicídio no nordeste do Brasil e sua relação com indicadores socioeconômicos. *Cad. Saúde Colet.* 2017, Rio de Janeiro, 25 (3): 371-378.
9. FILHO MC, ZERBINI T. Epidemiologia do suicídio no Brasil entre os anos de 2000 e 2010. *Saúde, Ética & Justiça*. 2016; 21(2):45-51.
10. FÉLIX TA, OLIVEIRA EN, LOPES MVO, PARENTE JRF, DIAS MSA, MOREIRA RMM. Fatores de risco para tentativa de suicídio: produção de conhecimento no Brasil. *Revista Contexto & Saúde*. 2016; 16(31). Citado em 18/03/2020. Disponível em <file:///C:/Users/Cliente/Downloads/FatoresdeRiscosparatentativadesuicidioREVISIO.pdf>.
11. IBGE, Instituto brasileiro de geografia e estatística, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/pesquisa/37/0?tipo=grafico&localidade1=53>, Citado em 06.01.2020.
12. BOTEGA NJ. Crise suicida: avaliação e manejo. Editora Artmed, Porto Alegre 2015.

13. JUNIOR, AF. O comportamento suicida no Brasil e no mundo. *Revista Brasileira de Psicologia*, 2015,02(01):15-28.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico. Suicídio. Saber agir e prevenir. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e rede de atenção a saúde. 2017; 48 (30). Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025Perfilepidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>.
15. STOPPA RMG. A Abordagem ao Comportamento Suicida pelos Profissionais de Saúde de um Distrito Sanitário de Curitiba-Pr. [Dissertação de Mestrado], Curitiba (PA): Universidade Tuiuti do Paraná, 2018. Acesso em 29 de Abril de 2020. Disponível em: <https://tede.utp.br/jspui/bitstream/tede/1476/2/A%20ABORDAGEM%20AO.pdf>
16. ROBERTO T M L. Caracterização do Perfil de violência autoprovocada. [Dissertação de Mestrado]. São José do Rio Preto. 2019. Citado em 13/05/2020. Disponível em: [http://bdtd.famerp.br/bitstream/tede/555/2/TiagoMorenoLopesRoberto\\_Dissert.pdf](http://bdtd.famerp.br/bitstream/tede/555/2/TiagoMorenoLopesRoberto_Dissert.pdf).
17. RIBEIRO NM, CASTRO SS, SCATENA LM, HAAS LM. Análise da Tendência temporal do suicídio e de Sistemas de Informações em saúde em relação às tentativas de suicídio. *Texto Contexto Enferm*, 2018; 27(2):2110016.
18. VELOSO C, MONTEIRO CFS, VELOSO LUP, FIGUEIREDO MLF, FONSECA RSB, ARAÚJO TME, et al. Violência autoinfligida por intoxicação exógena em um serviço de urgência e emergência. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017;38(2):66187. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.66187>. Citado em 12/01/2020.
19. VIDAL CEL, GONTIJO ECDM, LIMA LA. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativos do excesso de mortalidade. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro 2013; 29 (1):175-187. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v29n1/20.pdf>.
20. FÉLIX TA, OLIVEIRA EM, LOPES MVO, DIAS MAS, PARENTE JRF, MOREIRA RMM. Risco para violência autoprovocada: prenúncio de tragédia, oportunidade de prevenção. *Enfermeria Global*. 2019; 53(1): 389-402.
21. PLANO DISTRITAL DE SAÚDE 2016 – 2019 Secretaria do estado de saúde do distrito federal. Plano de saúde 2016-2019- Versão aprovada conforme Resolução CSDF N°457, de 05 de abril de 2016. Brasília, Março 2016. Disponível em [https://www.conass.org.br/pdf/planos-estaduais-de-saude/DF\\_PDS\\_2016-2019\\_OFICIAL\\_Parte\\_I.pdf](https://www.conass.org.br/pdf/planos-estaduais-de-saude/DF_PDS_2016-2019_OFICIAL_Parte_I.pdf).
22. BRASIL: A situação das lesões autoprovocadas – 2018 núcleo hospitalar de epidemiologia/hnsc-hcc violências autoprovocadas: um sério problema de saúde pública v. 5. Citado em 29 de abril de 2020. Disponível em: <https://www.ghc.com.br/files/arq.ptg.6.1.14563.pdf>.
23. GONÇALVES REM, PONCE JC, LEYTON V. Uso de álcool e suicídio. *Saúde, Ética & Justiça*. 2015; 20 (1): 9-14.

24. OLIVEIRA BLCA, SILVA AM, CUNHA CLF, COSTA DDO. Condições de vida e saúde no estado do maranhão: um estudo ecológico. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde* Vol.05, edição especial. 2014; 05: 2576.
25. MATTOSJCO, ZILIOTO GC, MARCOLAN JF. O viver após internação por tentativa de suicídio. *Saúde Coletiva*. Barueri 2018; 43 (8): 616-621.
26. VIDAL CEL, GONTIJO ED. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. *Cad. Saúde Colet*. Rio de Janeiro 2013; 21(2): 108-14.
27. Baére F. Registros de tentativas de suicídio no Distrito Federal: Uma realidade subnotificada. *INTERAÇÃO EM PSICOLOGIA*. 2019; 23 (01). Citado em 26/05/2020. Disponível em: <file:///C:/Users/Cliente/Downloads/51144-262486-1-PB.pdf>.
28. Sistema Nacional de Informações de Agravo de Notificação (SINAN), 2019.