

Notificações de lesões autoprovocadas intencionalmente em adolescentes residentes em um estado da Amazônia Legal

Notifications of intentionally self-inflicted injuries in adolescents residing in a state within the Legal Amazon region

Leonardo José Araujo Campos^{1,2}, Francine Nesello Melanda¹, Silvana Maria Silva¹, Amanda Cristina de Souza Andrade^{1,3}, Marta Ester Conciani^{1,4}, Lígia Regina Oliveira¹

DOI: 10.1590/2358-28982026E110365P

RESUMO Lesões autoprovocadas abrangem lesões com e sem intenção suicida, sendo um importante preditor de suicídio e, portanto, um relevante problema de saúde pública, pois o suicídio é uma das principais causas de morte entre jovens no mundo. O estudo objetivou analisar o perfil dos casos notificados de violência autoprovocada entre adolescentes residentes em Mato Grosso, no período de 2011 a 2020, e a tendência da completude dos dados das fichas de notificação. Estudo descritivo baseado em dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Analisaram-se 1.421 notificações de lesões autoprovocadas em adolescentes (10 a 19 anos) extraídas da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada. Observou-se maior proporção de casos no sexo feminino (75%), faixa etária 15 a 19 anos (75,4%) e cor/raça parda (56,1%), com 88,8% ocorridos em residências. O envenenamento foi o meio mais utilizado (51,6%), seguido por objetos perfurocortantes (28,4%). A totalidade dos 40 campos revelou 47,5% com preenchimento ‘excelente’, 20% ‘bom’, 20% ‘regular’ e 12,5% ‘ruim’, a maioria com tendência estacionária. É fundamental dar visibilidade às lesões autoprovocadas não fatais e aprimorar a qualidade da informação para a implementação de políticas públicas para prevenção desses eventos.

PALAVRAS-CHAVE Autolesão intencional. Tentativa de suicídio. Notificação. Sistema de Informações de Agravos de Notificação.

ABSTRACT *Self-injurious behavior includes injuries with and without suicidal intent and is an important predictor of suicide, making it a relevant public health problem, as suicide is one of the main causes of death among young people worldwide. The study aimed to analyze reported cases of self-injurious behavior among adolescents living in Mato Grosso between 2011 and 2020 and the completeness of the event notification forms. A descriptive study based on secondary data from the Notifiable Injuries Information System was conducted. A total of 1,421 reports of self-harm in adolescents (10 to 19 years old) were analyzed, extracted from the notification form for interpersonal and self-harm. A higher proportion of cases was observed among females (75%), in the 15 to 19 age group (75.4%), and among those with brown skin color/race (56.1%), with 88.8% occurring at home. Poisoning was the most common method (51.6%), followed by sharp objects (28.4%). Of the 40 fields, 47.5% were rated ‘excellent’, 20% ‘good’, 20% ‘regular’, and 12.5% ‘poor’, with most showing a steady trend. Providing visibility to non-fatal self-inflicted injuries and improving the quality of information are essential for implementing public policies to prevent these events.*

KEYWORDS *Self-injurious behavior. Suicide, attempted. Notification. Health Information Systems.*

¹ Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Instituto de Saúde Coletiva (ISC), Grupo de Pesquisa CNPq Violências, Acidentes e Saúde Coletiva (GPVASC) - Cuiabá (MT), Brasil.
ligia.oliveira@ufmt.br

² Secretaria Municipal de Saúde (SMS) - São José do Povo (MT), Brasil.

³ Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto René Rachou (IRR) - Belo Horizonte (MG), Brasil.

⁴ Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso (SES-MT), Escola de Saúde Pública (ESP) - Cuiabá (MT), Brasil.



Introdução

As lesões autoprovocadas são um fenômeno de relevância social e com grande impacto na saúde pública. Diversos autores relatam o aumento expressivo, nos últimos anos, de casos, notificações e hospitalizações, principalmente entre adolescentes e jovens adultos¹⁻⁴. A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta para a dificuldade de compreender esse fenômeno, que atinge todos os países e todas as faixas etárias, apresentando-se como uma das principais causas de óbito entre os jovens do mundo todo.

Os suicídios, que têm como importantes preditores as lesões autoprovocadas intencionalmente, são responsáveis pela segunda causa de morte entre adolescentes de 15 a 19 anos^{1,5,6} e mostram tendência crescente em anos recentes^{2,7,8}. Embora historicamente a contribuição dos suicídios entre adolescentes tenha sido menor do que entre jovens adultos, essa discrepância diminuiu ao longo do tempo, como aponta um estudo realizado no Brasil entre 2000 e 2022, que revelou uma variação de 185,27% entre adolescentes em comparação com 111,78% entre jovens adultos⁸. O estudo mostra ainda que, em 2022, a taxa de suicídio em adolescentes foi equivalente a 53,6 vezes a taxa do ano inicial da série, enquanto na população geral foi 4 vezes⁸.

A dificuldade no debate sobre as lesões autoprovocadas apresenta-se pela escassez de estudos sobre o tema, bem como diante da necessidade de maior convergência entre os pesquisadores do chamado comportamento suicida⁹⁻¹¹. O comportamento suicida é apontado como um conjunto de atitudes, divididas em três momentos: a ideação suicida, em que o sujeito acredita que, colocando fim em sua vida, seu sofrimento vai ser reduzido; o planejamento, quando o sujeito idealiza meios e métodos para tirar a própria vida; e a tentativa de suicídio, quando existe uma ação deliberada do sujeito para pôr fim à sua vida, com desfecho em óbito ou não¹².

Sendo assim, as lesões autoprovocadas, com ou sem intenção de pôr fim à vida, estão constantemente relacionadas ao comportamento suicida. A diferença crucial é a intenção do sujeito, se este idealizou e planejou o ato com a intenção de morrer ou se praticou a autolesão na tentativa de reduzir seu sofrimento, sem o óbito como solução^{5,13}. Identificar se a intenção da lesão autoprovocada é o óbito ou não é uma tarefa difícil para os estudos com dados secundários, sendo a informação por vezes desconhecida, a não ser por alguns indicativos, como a letalidade e a repetição de ocorrência^{2,5,13}. Tal fato ainda interfere decisivamente no acompanhamento dos casos e na elaboração de estratégias de prevenção^{11,14}.

Os dados epidemiológicos sobre lesões autoprovocadas intencionalmente são bastante controversos e divergentes, dependendo do tipo de estudo, do modelo de coleta de dados e da população estudada. Entretanto, a literatura apresenta consenso ao afirmar que se trata de um fenômeno que está aumentando na contemporaneidade, principalmente entre adolescentes e jovens^{9,10,15-17}.

A Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência¹⁸, instituída em 2001, é um marco importante para enfrentamento e prevenção das violências no Brasil. Em 2006, o Ministério da Saúde estabeleceu as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, considerando, entre outros fatores: o aumento na frequência do comportamento suicida; o impacto e os danos causados pelas tentativas nas famílias, nos locais de trabalho, nas escolas e em outras instituições; a importância epidemiológica do registro; e a possibilidade de intervenção nos casos de tentativas de suicídio¹⁹.

Desde então, estratégias de prevenção do suicídio têm sido adotadas no País²⁰, em especial em 2017, com o lançamento da Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde²¹, contemplando ações relativas à qualificação da vigilância e ao fortalecimento das ações de promoção da saúde – assim como a formação de um Comitê Gestor para elaboração de um

Plano Nacional de Prevenção do Suicídio em 2017, a promulgação da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (PNPAS) em 2019²² e a formação do Comitê Gestor da PNPAS em 2020²³. Apesar de estratégias em nível nacional, ainda há desafios na implementação e articulação das ações, como colaboração multissetorial, capacitação e vigilância, monitoramento e avaliação^{24,25}.

No Brasil, a principal fonte de dados de casos não fatais de lesões autoprovocadas intencionalmente é o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Viva-Sinan), que embora tenha sido implantado entre 2006 e 2008, foi somente a partir de 2009 que esses eventos foram acrescidos à lista de notificação compulsória e incorporados ao Sinan²⁶. Desde 2014, o suicídio e os casos suspeitos de tentativas de suicídio passaram a ser considerados agravos de notificação compulsória imediata²⁷.

Para garantir informações atualizadas sobre agravos de notificação, as unidades de saúde registram os dados provenientes de sua rotina de atendimentos. No caso das lesões autoprovocadas, é utilizada a Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada, que deve ser preenchida em duas vias: uma permanece na unidade notificadora e a outra deve ser encaminhada ao setor responsável por digitação, processamento e consolidação dos dados nas secretarias municipais de saúde²⁶.

O uso da ficha de notificação pode ser avaliado por meio da qualidade da informação, calculada pela completitude do preenchimento dos campos do formulário²⁸. A completitude, portanto, diz respeito à inclusão de todas as respostas possíveis do formulário de notificação que permitam descrever e qualificar a situação que está sendo notificada, ou seja, o quanto os registros notificados não são considerados nulos²⁹. O preenchimento adequado da ficha de notificação tem sido apontado por diversos autores como uma das grandes dificuldades do Viva-Sinan, e a melhora na qualidade das informações é um dos grandes desafios da vigilância em saúde^{28,30}.

Sob esse aspecto, a notificação tem função de desencadear processos e potencializar as ações da vigilância em saúde, mediante o panorama de saúde que elas possibilitam, favorecendo o acompanhamento das condições de saúde e dos fatores de risco da população³¹. Dessa forma, a notificação de lesões autoprovocadas, bem como a utilização dos dados provenientes do sistema de informação, favorece ações realizadas no âmbito da saúde pública, como a elaboração de estratégias em todos os níveis de atenção, garantindo as especificidades de cada local, por meio de prevenção, promoção de saúde, capacitação de profissionais de saúde, entre outros³².

Considerando o exposto, o estudo objetivou analisar o perfil dos casos notificados de violência autoprovocada entre adolescentes residentes em Mato Grosso, no período de 2011 a 2020, e a tendência da completitude dos dados das fichas de notificação.

Material e métodos

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório. Foram estudados os casos de lesões autoprovocadas intencionalmente notificados em Mato Grosso pelo Viva-Sinan no período de 2011 a 2020 para a faixa etária de 10 a 19 anos. O estado de Mato Grosso é o único da região Centro-Oeste que compõe a Amazônia Legal, que corresponde à área de atuação da Superintendência de Desenvolvimento da Amazônia³³. A população no Censo demográfico de 2022 era de 3.658.649 habitantes, sendo 535.655 (14,6%) de 10 a 19 anos³⁴.

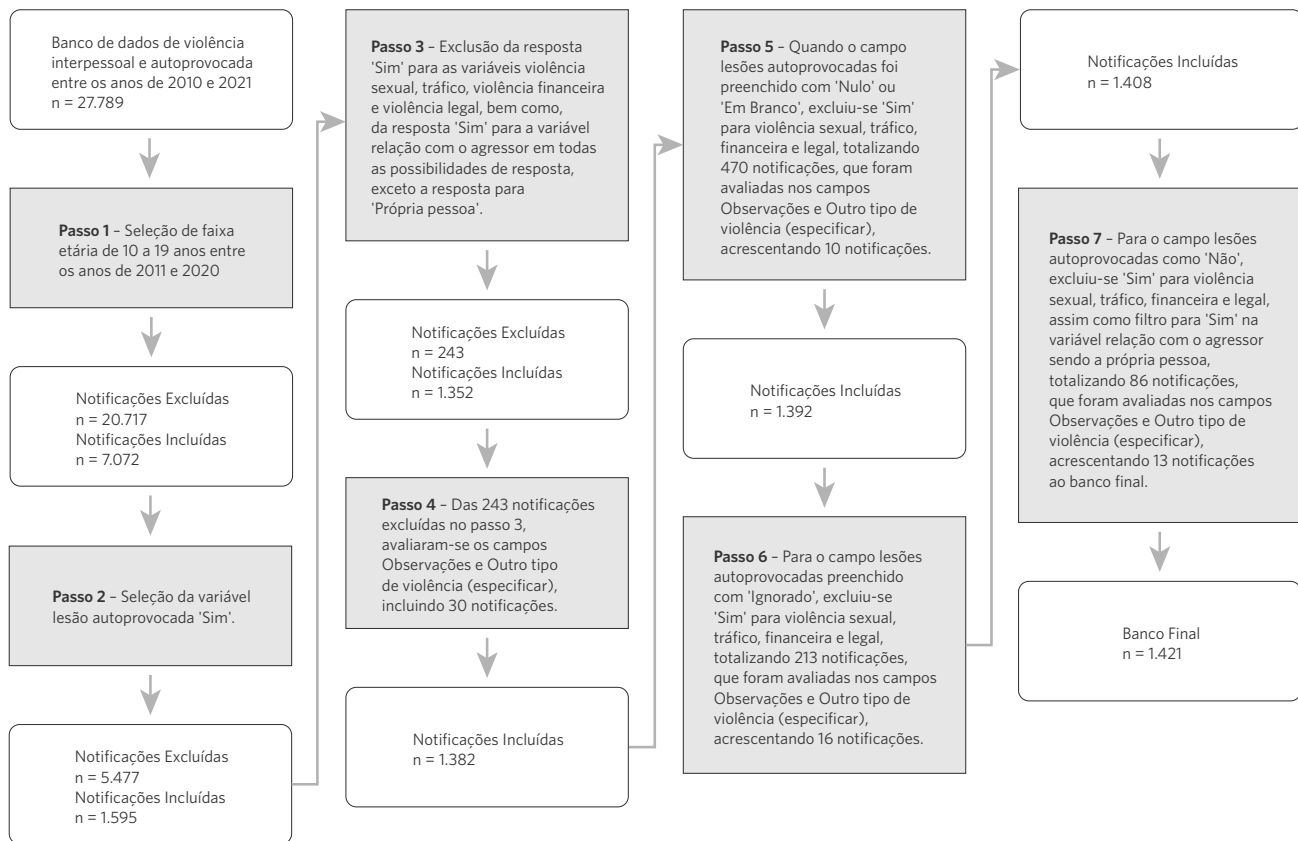
O banco de dados foi disponibilizado pela Secretaria de Saúde do Estado de Mato Grosso (SES-MT). A opção por tal período se deve ao fato de que, apesar da disponibilidade de dados desde 2009, somente a partir de 2011 houve obrigatoriedade da notificação das lesões autoprovocadas por todas as unidades de saúde no estado.

Foram incluídos todos os casos de residentes no estado de Mato Grosso registrados e

ocorridos de 2011 a 2020 e excluídos os registros de casos de violências interpessoais. Visando identificar dados incorretos nas fichas de notificação, foram analisadas as

inconsistências³⁰, no banco de dados original, quanto ao tipo de violência, se interpessoal ou autoprovocada, e efetuadas as devidas correções, como demonstrado na *figura 1*.

Figura 1. Fluxo de inclusão e exclusão de notificações



Fonte: elaboração própria.

As variáveis incluídas no estudo foram selecionadas de acordo com o Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada²⁶, sendo consideradas variáveis obrigatórias aquelas com “campo de preenchimento obrigatório – é aquele cuja ausência de dado impossibilita a inclusão da notificação no Sinan”²⁶⁽²⁹⁾ – e variáveis essenciais com “campo essencial – é aquele que, apesar de não ser obrigatório, registra dado necessário à investigação do caso ou ao cálculo de indicador epidemiológico ou

operacional”²⁶⁽²⁹⁾. Neste estudo, para fins da análise de completitude, não foram analisados os campos-chave, que “é aquele que identifica o registro no sistema”²⁶⁽²⁹⁾, tendo em vista que, sem esse registro, não é possível realizar a inserção da ficha de notificação na base de dados do sistema^{26,35}.

Variáveis obrigatórias: sexo (feminino; masculino; ignorado); faixa etária (10 a 14 anos; 15 a 19 anos); gestante (sim; não; ignorado); orientação sexual (bissexual; heterossexual; homossexual; ignorado); identidade de gênero

(transsexual homem; transsexual mulher; travesti; ignorado); local de ocorrência (residência; escola; via pública e outros; ignorado); encaminhamento (rede de saúde; rede de assistência social; rede de educação; rede de atendimento à mulher; conselho tutelar; ministério público; delegacia de proteção à criança e adolescente; delegacia de atendimento à mulher; outras delegacias; justiça da infância e da juventude; defensoria pública; ignorado). As variáveis 'orientação sexual' e 'identidade de gênero' são campos incluídos na ficha de notificação a partir de outubro de 2014²⁷.

Variáveis essenciais: zona de residência (rural e periurbana; urbana; ignorado); raça/cor (branca; preta; parda; indígena; amarela; ignorado); escolaridade (fundamental; médio; completo; ignorado); situação conjugal (solteiro/separado; casado/união consensual); presença de deficiência ou transtorno (sim; não; ignorado); uso de álcool (sim; não; ignorado); meio utilizado (enforcamento; uso de objeto contundente; uso de objeto perfurocortante; uso de substância quente; envenenamento/intoxicação; uso de arma de fogo; ameaça; outro meio; ignorado); zona de ocorrência (urbana/periurbana; rural; ignorado); hora de ocorrência (dia – 6h até 17h59; noite – 18h até 23h59; madrugada – 0h até 5h59); ocorreu outras vezes (sim; não; ignorado).

Para análise da estatística descritiva, foi realizado o cálculo de medidas de frequências absolutas e relativas das variáveis, relacionadas às características da vítima e da violência, estratificado por sexo. O teste qui-quadrado de Pearson foi utilizado para a comparação das proporções entre os sexos³⁶. Foram calculadas as taxas de notificação por ano (por 10 mil habitantes), considerando como numerador o número de notificações de lesões autoprovocadas em adolescentes, e como denominador, as estimativas da população de adolescente disponibilizadas pelo DataSUS para cada ano.

A completitude dos diversos campos da ficha de notificação foi definida pelo grau de preenchimento da variável a ser analisada e mensurada pela proporção de notificações por

ano com categoria diferente de informação desconhecida (ignorado) ou não preenchido (em branco)³⁰. Foi utilizado, para classificação, o grau de completitude convencionado por Romero e Cunha³⁷ e orientado pelo Ministério da Saúde³⁰: 'Excelente', quando a variável apresentou mais que 95% de preenchimento; 'Bom', preenchimento de 95% a 90%; 'Regular', de 90% a 80%; 'Ruim', de 80% a 50%; e 'Muito ruim', quando foi menor que 50%.

Para a análise de tendência temporal da completitude das fichas de notificação, foi utilizada a regressão linear simples e calculada a Variação Percentual Anual (VPA) das taxas de preenchimento das variáveis e seus respectivos intervalos de 95% de confiança (IC 95%). No caso de VPA positivo, a série temporal é crescente, se for negativo, é decrescente, ou estacionária se não houver diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$)³⁸. Os percentuais de completitude foram considerados como variáveis dependentes (Y), e os anos da série, como independentes (X).

As análises foram realizadas nos programas Microsoft Excel 2010®, Minitab versão 19.1 e Stata versão 16. Adotou-se o nível de significância de 5%.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso – Saúde, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 45860621.0000.8124, Parecer de aprovação nº 4.858.500. Todos os requisitos e fundamentos éticos e científicos contidos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas com seres humanos, foram respeitados³⁹.

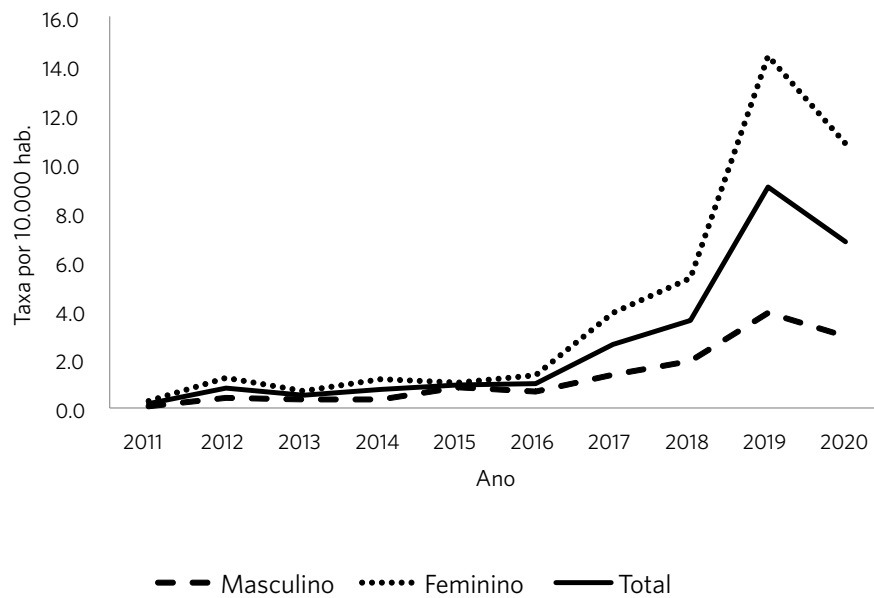
Resultados

Entre os anos de 2011 e 2020, foram registradas 1.421 notificações de lesões autoprovocadas em adolescentes no estado de Mato Grosso. Destas, 1.066 notificações foram no sexo feminino (75%) e maior frequência na faixa etária de 15 a 19 anos (1.072; 75,4%).

A distribuição temporal das taxas de notificação decorrentes de lesões autoprovocadas em adolescentes por sexo é apresentada no gráfico 1. Observa-se aumento das taxas a partir de 2017 (3,88/10 mil feminino e 1,36/10 mil masculino), sendo o pico de notificação em

2019, com taxas de 14,38/10 mil para o sexo feminino e 3,89/10 mil para o sexo masculino. Foi observada a queda na taxa de notificações no ano de 2020 – 6,79/10 mil habitantes (10,81/10 mil feminino e 2,93/10 mil masculino).

Gráfico 1. Distribuição temporal das taxas de notificação decorrentes de lesões autoprovocadas em adolescentes, por sexo. Mato Grosso, 2011-2020



Fonte: elaboração própria.

As características da população e do evento são apresentadas na tabela 1. Adolescentes autodeclarados pardos se destacaram com mais da metade dos casos (56,1%). Diferentemente das outras categorias da variável raça/cor, que tiveram maior frequência entre o sexo feminino, em indígenas, prevaleceu o sexo

masculino (73,9%). Constatou-se diferença estatisticamente significativa na distribuição da variável raça/cor segundo o sexo, assim como para faixa etária e situação conjugal. Solteiro ou separado representaram 88,7% das notificações no sexo feminino e 96% no sexo masculino.

Tabela 1. Características dos casos notificados de lesões autoprovocadas intencionalmente em adolescentes segundo sexo. Mato Grosso, 2011-2020

Variáveis	Sexo						p-valor
	Total (n = 1.421)		Masculino (n = 355)		Feminino (n = 1.066)		
	n	%	n	%	n	%	
Faixa Etária	n = 1.421		n = 355		n = 1.066		< 0,001
10 a 14 anos	349	24,6	49	13,8	300	28,1	
15 a 19 anos	1.072	75,4	306	86,2	766	71,9	
Raça/cor	n = 1.366		n = 355		n = 1.011		< 0,001
Amarela	16	1,2	5	1,5	11	1,1	
Branca	468	34,5	98	28,5	370	36,6	
Indígena	23	1,7	17	4,9	6	0,6	
Parda	760	56,1	197	57,3	563	55,7	
Preta	88	6,5	27	7,8	61	6,0	
Escolaridade	n = 1.125		n = 280		n = 845		0,498
Fundamental	464	41,2	109	38,9	355	42,0	
Médio	614	54,6	161	57,5	453	53,6	
Superior	47	4,2	10	3,6	37	4,4	
Situação conjugal	n = 1.125		n = 280		n = 845		0,498
Solteiro/separado	1.155	90,6	316	96,0	839	88,7	
Casado/união consensual	120	9,4	13	4,0	107	11,3	
Orientação sexual*	n = 903		n = 225		n = 678		0,022
Bissexual	14	1,5	5	2,2	9	1,3	
Heterossexual	833	92,3	198	88,0	635	93,7	
Homossexual	56	6,2	22	9,8	34	5,0	
Identidade de gênero*	n = 23		n = 13		n = 10		0,002
Transexual homem	8	34,8	7	53,8	1	10,0	
Transexual mulher	11	47,8	2	15,4	9	90,0	
Travesti	4	17,4	4	30,8	0,00	0,00	
Deficiência e/ou transtorno	n = 1.231		n = 313		n = 918		0,468
Sim	381	31,0	102	32,6	279	30,4	
Uso de álcool	n = 1.064		n = 272		n = 792		< 0,001
Sim	130	12,2	65	23,9	65	8,2	
Zona de residência	n = 1.398		n = 349		n = 1.049		< 0,001
Urbana/periurbana	1.292	92,3	305	87,4	985	93,9	
Rural	108	7,7	44	12,6	64	6,1	

Tabela 1. Características dos casos notificados de lesões autoprovocadas intencionalmente em adolescentes segundo sexo. Mato Grosso, 2011-2020

Variáveis	Sexo						p-valor
	Total (n = 1.421)		Masculino (n = 355)		Feminino (n = 1.066)		
	n	%	n	%	n	%	
Meio utilizado							
Enforcamento		n = 1.373		n = 348		n = 1.025	< 0,001
Sim	135	9,5	64	18,0	71	6,7	
Força corporal		n = 1.372		n = 346		n = 1.026	0,225
Sim	22	1,6	8	2,3	14	1,4	
Objeto contundente		n = 1.370		n = 344		n = 1.026	0,353
Sim	31	2,2	10	2,8	21	2,0	
Objeto perfurocortante		n = 1.377		n = 346		n = 1.031	0,179
Sim	391	27,5	108	30,4	283	26,5	
Substância/objeto quente		n = 1.374		n = 346		n = 1.028	0,124
Sim	7	0,5	-	-	7	0,7	
Envenenamento/intoxicação		n = 1.388		n = 349		n = 1.039	< 0,001
Sim	717	50,5	131	36,9	586	55,0	
Arma de fogo		n = 1.370		n = 345		n = 1.025	0,001
Sim	16	1,1	10	2,8	6	0,6	
Ameaça		n = 1.370		n = 346		n = 1.024	0,215
Sim	11	0,8	1	0,3	10	1,0	
Outro meio		n = 1.347		n = 342		n = 1.005	0,138
Sim	190	14,1	40	11,7	150	14,9	
Zona da ocorrência		n = 1.366		n = 343		n = 1.023	0,001
Urbana/periurbana	1.245	91,1	297	86,6	948	92,7	
Rural	121	8,9	46	13,4	75	7,3	
Local da ocorrência		n = 1.383		n = 342		n = 1.041	< 0,001
Escola	39	2,8	7	2,0	32	3,1	
Residência	1.228	88,8	276	80,7	952	91,5	
Via pública	56	4,0	25	7,3	31	3,0	
Outros	60	4,3	34	9,9	26	2,5	
Hora da ocorrência		n = 1.001		n = 241		n = 760	0,544
Dia	486	48,5	110	45,6	376	49,5	
Noite	363	36,2	94	39,0	269	35,4	
Madrugada	152	15,3	37	15,4	115	15,1	

Tabela 1. Características dos casos notificados de lesões autoprovocadas intencionalmente em adolescentes segundo sexo. Mato Grosso, 2011-2020

Variáveis	Sexo						p-valor
	Total (n = 1.421)		Masculino (n = 355)		Feminino (n = 1.066)		
	n	%	n	%	n	%	
Ocorreu outras vezes	n = 1.191		n = 306		n = 885		0,903
Sim	638	53,6	163	53,3	475	53,7	
Encaminhamento							
Rede de saúde	n = 1.238		n = 310		n = 928		0,012
Sim	884	71,4	204	65,8	680	73,3	
Rede de assistência social	n = 1.217		n = 300		n = 917		0,195
Sim	234	19,2	50	16,7	184	20,1	
Rede de educação*	n = 1.182		n = 290		n = 892		0,190
Sim	12	1,0	1	0,3	11	1,2	
Rede de atendimento à mulher	n = 1.277		n = 321		n = 956		0,995
Sim	4	0,3	1	0,3	3	0,3	
Conselho Tutelar	n = 1.269		n = 319		n = 950		0,311
Sim	143	11,3	31	9,7	112	11,8	
Ministério Público	n = 1.279		n = 319		n = 960		0,219
Sim	27	2,1	4	1,3	23	2,4	
Delegacia de proteção à criança e adolescente	n = 1.275		n = 319		n = 956		0,010
Sim	10	0,8	6	1,9	4	0,4	
Delegacia de atendimento à mulher	n = 1.282		n = 320		n = 962		0,414
Sim	2	0,2	-	-	2	0,2	
Outras delegacias	n = 1.279		n = 319		n = 960		0,690
Sim	36	2,8	10	3,1	26	2,7	
Justiça da infância e da juventude	n = 1.279		n = 319		n = 960		0,436
Sim	5	0,4	2	0,6	3	0,3	
Defensoria Pública*	n = 1.185		n = 289		n = 896		0,570
Sim	1	0,1	-	-	1	0,1	

Fonte: elaboração própria.

* Variável incluída na ficha de notificação a partir de 2015.

Notas: os valores das categorias indicados como 'ignorado' e 'vazio' foram excluídos da análise. A variável 'Meio utilizado' não soma o valor total, considerando que se pode assinalar mais de uma opção para cada uma delas na Ficha de Notificação Individual de violência interpessoal/autoprovocada.

Houve diferença significativa na distribuição da variável orientação sexual segundo o sexo com maior frequência entre heterossexuais (92,3%); entre o sexo masculino, 9,8% se declararam homossexuais, e 5% entre o sexo feminino. Com relação à identidade de gênero, entre o sexo feminino, 10% eram transexuais, e no sexo masculino, 15,4%.

A presença de deficiência ou transtorno foi de 31%, com frequência semelhante em ambos os sexos. A residência em zona urbana apresentou maior frequência entre os casos notificados (92,3%) com diferença estatisticamente significativa entre os sexos.

Referente ao meio utilizado para perpetrar a autolesão, o envenenamento ou a intoxicação foram os mais frequentes (50,5%), representando 55% das lesões do sexo feminino e 36,9% do sexo masculino. O enforcamento e o uso de arma de fogo apresentaram maior frequência entre o sexo masculino (18% e 2,8% respectivamente) em detrimento do sexo feminino (6,7% e 0,6% respectivamente), ambos com associação estatisticamente significativa.

No que se refere à zona de ocorrência, prevaleceu a urbana (91,1%), apresentando diferença significativa entre os sexos, 92,7% das notificações no feminino e 86,6% no masculino. Quanto ao local de ocorrência, a maior parte das notificações (88,8%) se deu na residência em ambos os sexos. A recorrência das lesões autoprovocadas foi de 53% dos casos notificados, e não diferiu entre os sexos. O encaminhamento para a rede de saúde foi o mais frequente (71,4%), apresentando diferença estatisticamente significativa entre os sexos, com maior frequência no sexo feminino.

A análise de completitude, apresentada na *tabela 2*, contemplou 40 campos e 1.421 notificações, sendo 19 variáveis (47,5%) apresentadas com preenchimento ‘excelente’, 8 (20%) com preenchimento ‘bom’, 8 (20%) com ‘regular’ e 5 (12,5%) com o preenchimento ‘ruim’. Com relação à tendência, 45% das variáveis apresentaram tendência crescente, e 55%, estacionária.

Tabela 2. Tendência e grau de completitude dos dados da ficha de notificação de lesões autoprovocadas intencionalmente entre adolescentes. Mato Grosso, 2011 a 2020

Variáveis	Completitude (%)	Grau de		IC 95%	Tendência
		Completitude	VPA (%)		
Sociodemográficas					
Gestantes*	88,1	Regular	-0,95	(-2,97; 1,07)	Estacionária
Raça/cor	95,3	Excelente	1,22	(-0,72; 3,16)	Estacionária
Escolaridade+	79,1	Ruim	0,86	(-2,13; 3,86)	Estacionária
Situação conjugal+	93,0	Bom	0,69	(-1,15; 2,53)	Estacionária
Orientação sexual*,#	79,3	Ruim	9,56	(-3,12; 22,25)	Estacionária
Identidade Gênero*,#	61,1	Ruim	5,98	(-0,65; 12,61)	Estacionária
Deficiência e/ou transtorno+	86,6	Regular	2,16	(-1,54; 5,85)	Estacionária
Deficiência física	96,9	Excelente	0,32	(-0,6; 1,24)	Estacionária
Deficiência intelectual	96,9	Excelente	0,32	(-0,6; 1,24)	Estacionária
Deficiência visual	96,9	Excelente	0,32	(-0,6; 1,24)	Estacionária
Deficiência auditiva	96,9	Excelente	0,32	(-0,6; 1,24)	Estacionária

Tabela 2. Tendência e grau de completude dos dados da ficha de notificação de lesões autoprovocadas intencionalmente entre adolescentes. Mato Grosso, 2011 a 2020

Variáveis	Completude (%)	Grau de		IC 95%	Tendência
		Completude	VPA (%)		
Outra deficiência	95,8	Excelente	0,47	(-0,57; 1,51)	Estacionária
Transtorno mental	97,6	Excelente	0,47	(-0,47; 1,42)	Estacionária
Transtorno de comportamento	97,6	Excelente	0,17	(-0,58; 0,92)	Estacionária
Uso de álcool+	74,9	Ruim	2,61	(-1,21; 6,44)	Estacionária
Zona de residência+	98,4	Excelente	0,01	(-0,37; 0,39)	Estacionária
Meio de agressão*					
Enforcamento	96,6	Excelente	0,90	(0,25; 4,1)#	Crescente
Força corporal/espantamento	96,5	Excelente	0,90	(0,34; 4,12)#	Crescente
Objeto contundente	96,4	Excelente	0,90	(0,2; 3,95)#	Crescente
Objeto perfurocortante	96,9	Excelente	0,90	(0,2; 3,91)#	Crescente
Substância/objeto quente	96,7	Excelente	0,90	(0,15; 4,09)#	Crescente
Envenenamento/intoxicação	97,7	Excelente	1,00	(-0,28; 1,11)	Estacionária
Arma de fogo	96,4	Excelente	0,90	(0,2; 4,04)#	Crescente
Ameaça	96,4	Excelente	0,90	(0,19; 4,04)#	Crescente
Outro	94,8	Bom	0,80	(0,87; 5,66)#	Crescente
Ocorrência					
Zona da ocorrência*	96,1	Excelente	0,74	(-0,56; 2,05)	Estacionária
Local da ocorrência+	97,3	Excelente	2,02	(0,36; 3,67)#	Crescente
Hora da ocorrência*	70,4	Ruim	0,70	(-1,31; 7,10)	Estacionária
Ocorreu outras vezes*	83,8	Regular	2,62	(-1,27; 6,52)	Estacionária
Encaminhamento*					
Rede de saúde	87,1	Regular	7,29	(2,94; 11,61)§	Crescente
Rede de assistência social	85,6	Regular	12,12	(5,25; 19,00)§	Crescente
Rede de educação+	91,1	Bom	3,85	(-1,22; 8,93)	Estacionária
Rede de atendimento à mulher	89,8	Regular	3,53	(1,39; 6,28)§	Crescente
Conselho Tutelar	89,3	Regular	3,22	(0,88; 5,56)§	Crescente
Ministério Público	90,0	Bom	3,53	(1,32; 5,73)§	Crescente
Delegacia de proteção à criança e adolescente	89,7	Regular	3,42	(1,22; 5,60)§	Crescente
Delegacia de atendimento à mulher	90,2	Bom	3,83	(1,63; 7,10)§	Crescente
Outras delegacias	90,0	Bom	3,68	(1,58; 5,78)§	Crescente
Justiça da Infância e da Juventude	90,0	Bom	3,45	(1,33; 5,56)§	Crescente
Defensoria Pública+	91,3	Bom	3,92	(-1,22; 9,05)	Estacionária

Fonte: elaboração própria.

* Campo essencial; + Campo obrigatório; # Variável incluída na ficha de notificação a partir de 2015; § Regressão linear simples -p < 0,05.

As variáveis 'raça/cor', 'deficiência física', 'deficiência intelectual', 'deficiência visual', 'deficiência auditiva', 'outra deficiência' e 'transtorno comportamental e mental' apresentaram grau de completitude 'excelente' com tendência estacionária. As variáveis 'gestante' (88,1%) e presença de 'deficiência e/ou transtorno' (86,6%) foram classificadas com preenchimento 'regular', com tendência estacionária. No que se refere a 'identidade de gênero' (61,1%) e 'orientação sexual' (79,3%), campos obrigatórios, apresentaram grau de completitude 'ruim', com tendência estacionária.

No que diz respeito à completitude dos campos relativos às características da lesão, as variáveis referentes ao meio de agressão apresentaram grau de completitude 'excelente', exceto 'outro' (94,8%). Com exceção da variável 'envenenamento/intoxicação', que apresentou tendência estacionária, para as demais, foi crescente. A variável 'ocorreu outras vezes' (83,8%) apresentou preenchimento 'regular' e tendência estacionária.

Quanto às variáveis relativas ao encaminhamento, campo obrigatório, observou-se que os campos 'atendimento à mulher' (89,9%), 'delegacia de proteção à criança e adolescente' (89,7%), 'conselho tutelar' (89,3%), 'assistência social' (85,6%) e 'redes de saúde' (87,1%) apresentaram grau de completitude 'regular', com tendência crescente.

Discussão

O estudo mostra um panorama dos casos notificados por lesões autoprovocadas em adolescentes no estado de Mato Grosso, entre os anos de 2011 e 2020. Ainda que se apresentem dentro de um campo com reconhecida quantidade de sub-registros, tais achados não devem ser ignorados^{2,40,41}.

As lesões autoprovocadas, principalmente por meio de objetos perfurocortantes, vêm ganhando novos significados no decorrer dos anos, como fonte de identidade

e identificação com determinados grupos. Oliveira e Araújo⁴⁰ afirmam que a autolesão ocorre na condição de preencher um vazio, atuando na constituição de uma identidade simbólica que permite ao sujeito suportar a dor do mundo real – em outras palavras, uma forma de o sujeito se comunicar e expressar o sofrimento que está sentindo⁴². Dessa forma, no decorrer dos anos, comportamentos que eram invisibilizados nos serviços de saúde começam a assumir relevância para o cuidado da população, em especial para as faixas etárias mais jovens.

Com relação à distribuição temporal encontrada, Aragão et al.⁴³ observaram resultado semelhante ao revelado neste estudo, com tendência crescente das taxas de notificação de lesão autoprovocada em adolescentes no ambiente escolar no Brasil, de 2011 a 2018, para ambos os sexos, e com aumento acentuado a partir de 2016. Outro estudo, realizado por Fattah e Lima³ no Rio Grande do Sul, demonstrou aumento no número de notificações de violência autoprovocada entre adolescentes de 15 a 19 anos, de 2010 a 2019.

O perfil predominante encontrado foi feminino, de 15 a 19 anos, residente na zona urbana e que utiliza métodos menos letais de autolesão, o que vai ao encontro dos achados na literatura^{4,16,17,44}. Ainda assim, alguns autores^{9,45} encontraram divergências quanto à significância do sexo para o perfil dos jovens que praticam a autolesão, principalmente quando relacionados com a repetição do comportamento, apontando para o sexo masculino como aquele mais engajado nas lesões autoprovocadas com recorrência⁴⁵. Contudo, neste estudo, não houve significância estatística entre o sexo e a recorrência de lesões autoprovocadas.

De acordo com Skegg¹⁵, o sexo feminino apresenta maior frequência de autolesão, mas sugere que tal fenômeno pode acontecer pela maior probabilidade de as mulheres reportarem a lesão autoprovocada em relação aos homens. Muehlenkanp⁹ defende que a população que apresenta comportamento suicida não pode ser definida como um grupo homogêneo,

para além das diferenças de sexo, idade, saúde mental, destacando a intensidade do ato como importante fator.

A variável raça/cor da pele é pouco discutida na literatura e nos modelos de comportamentos autolesivos, necessitando de estudos regionais para identificar as especificidades de cada local^{10,46}. Entretanto, enquanto determinante social de saúde, a raça/cor da pele pode estar atrelada a diferentes vulnerabilidades em que o sujeito se encontra, seja ela individual ou social, podendo ainda estar ligada à orientação sexual e à identidade de gênero, quando estas não correspondem aos padrões dominantes da sociedade⁴⁷. Neste estudo, a raça/cor indígena, diferentemente das demais categorias da variável, apresentou frequência de autolesões maior no sexo masculino quando comparado com o sexo feminino, fato que merece ser mais bem investigado.

No contexto escolar, principalmente entre adolescentes, o *bullying* e a discriminação são determinantes para a consolidação de vulnerabilidades, potencializando o surgimento de problemas de saúde mental no desenrolar do desenvolvimento⁴⁷. Entretanto, é fundamental lembrar que o presente estudo identificou que 88,8% das lesões autoprovocadas aconteceram em casa, levantando a questão sobre os pais e/ou cuidadores desses, que, por vezes, apresentam tantas dificuldades quanto os adolescentes nesse período de transição⁴⁸.

Sobre a análise de completitude da ficha de notificação de violência intencional/autoprovocada, este estudo revelou que a maioria das variáveis (67,5%) apresentou preenchimento 'bom' ou 'excelente', corroborando os achados de Sousa⁴⁹, que pesquisou as notificações compulsórias de violência no Brasil entre 2011 e 2014.

No que concerne à tendência de preenchimento dos campos, chama a atenção os que se referem ao encaminhamento e às características da lesão, nos quais 81,1% e 69,2%, respectivamente, mostraram tendência crescente. De forma geral, as variáveis sociodemográficas apresentaram tendência estacionária,

e embora a qualidade não esteja piorando, também não está melhorando, situação semelhante à encontrada por Santos et al.⁵⁰ entre os anos de 2009 e 2012, que, ao investigarem casos de violência contra adolescentes em Pernambuco, encontraram 79,4% de variáveis com tendência estacionária.

Com relação aos campos de notificação autodeclaratórios, de identificação do sujeito, destaca-se o campo 'raça/cor' com um preenchimento excelente; em contrapartida, os campos 'identidade de gênero' e 'orientação sexual' apresentaram grau de completitude ruim e tendência estacionária, mesmo sendo campos obrigatórios, isto é, esperava-se 100% de preenchimento. Em estudo sobre a qualidade de informações sobre violência no Rio Grande do Sul, entre 2014 e 2018, identificou-se situação semelhante, no qual as autoras destacaram que alguns profissionais de saúde consideram a orientação sexual e a identidade de gênero questões individuais, sem se relacionarem com a saúde do sujeito, o que acaba refletindo na qualidade das notificações de violência entre pessoas LGBTQIAPN+⁵¹. Corroborando o estudo supracitado, Mazzeto⁵², comparando a qualidade de informações das notificações por violência no Distrito Federal com Mato Grosso do Sul e Sergipe, entre 2009 e 2017, identificou que as variáveis 'identidade de gênero' e 'orientação sexual' apresentaram preenchimento ruim ou muito ruim. Alguns outros aspectos podem contribuir para esse fenômeno, em especial a violência institucional, manifestada por meio do preconceito e discriminação^{53,54}.

No que se refere às variáveis 'escolaridade', 'uso de álcool' e 'hora da ocorrência', o estudo encontrou situação semelhante à observada em Manaus entre 2009 e 2016, em que os autores identificaram preenchimento ruim e tendência estacionária⁵⁵. Destaca-se que, mesmo não sendo variáveis com preenchimento obrigatório, elas são decisivas na vigilância das lesões autoprovocadas, pois contribuem para a elaboração de planos de promoção de

saúde e prevenção de violências, identificando perfis de vulnerabilidade entre jovens e adolescentes⁵⁵.

O campo 'ocorreu outras vezes', aqui denominado recorrência, apresentou completude regular e tendência estacionária. De acordo com a literatura, a recorrência da lesão auto-provocada é um dos principais preditores do óbito por suicídio e importante informação para o planejamento do cuidado do paciente^{2,5,13}. Favazza¹⁴ destaca que o limite entre o comportamento episódico e repetitivo de lesões autoprovocadas varia de cinco a dez episódios, sendo essa condição de difícil acesso por meio da ficha de notificação, que, por sua vez, utiliza as respostas 'sim' ou 'não' para identificar se a violência ocorreu outras vezes, não sendo possível, portanto, conhecer o quantitativo de episódios por indivíduo. Nock¹⁰ sugere que a repetição da autolesão está atrelada a uma trama severa de reforçamento, favorecendo a repetição quando diminui ou retira pensamentos e sentimentos indesejados (reforço negativo) ou gera estímulos, sentimentos desejados e facilita o acesso a ajuda (reforço positivo).

Outra informação crucial para o acolhimento e o cuidado de pessoas que realizaram lesões autoprovocadas é a intenção do ato autolesivo, se o sujeito teve ou não a intenção de pôr fim à vida. A identificação da intencionalidade do ato é fundamental para a elaboração de estratégias em nível individual e coletivo, pois, além de ampliar a possibilidade de avaliação do risco do paciente, também favorece do ponto de vista terapêutico^{11,14,56}. Ressalta-se que, na ficha de notificação, atualmente é possível registrar, por escrito, a tentativa de suicídio no campo 'outros' da variável 'tipo de violência'.

Os campos referentes à variável encaminhamento apontaram, em geral, bom preenchimento e tendência estacionária ou crescente, diferentemente do estudo⁴⁹ que avaliou todas as notificações de violência e encontrou completude regular ou ruim para esse mesmo grupo. Ressalta-se que todos os campos referentes ao encaminhamento são de preenchimento obrigatório.

O estudo revelou que campos de preenchimento obrigatório não foram preenchidos, sugerindo inadequação do sistema, que permite a entrada da ficha de notificação mesmo com campos obrigatórios em branco⁵⁷. O estudo ainda constatou a presença de inconsistências dos dados registrados no Viva-Sinan, sendo necessário lançar mão de diversas estratégias de verificação de incoerências entre alguns campos para produzir informações confiáveis.

As limitações do presente estudo são descritas em diversas pesquisas com dados secundários^{51,55,57,58}, e reconhecidas particularmente dentro do campo das violências, em especial a subnotificação dos registros e a impossibilidade de identificar múltiplas notificações de um mesmo indivíduo. Tais fatos têm prejudicado a efetivação de políticas públicas voltadas ao comportamento suicida e lesões autoprovocadas. A escassez de estudos que analisam as características das violências autoprovocadas não fatais em adolescentes bem como a qualidade dos dados das fichas de notificação impôs um limite às comparações dos resultados deste estudo, sendo necessário, por vezes, recorrer a publicações que se restringiram à análise das violências na sua totalidade (interpessoal e autoprovocada) ou referentes a outros grupos populacionais.

Embora o avanço na produção da informação sobre violência autoprovocada a partir da obrigatoriedade da notificação seja reconhecido, os resultados deste estudo sinalizam para a necessidade de melhorias no Viva-Sinan em diversos aspectos que se complementam. Sugere-se a inclusão de uma variável capaz de identificar se a lesão autoprovocada foi com ou sem intenção suicida e, ainda, a frequência da ocorrência, possibilitando a identificação de recorrências. Outrossim, é imprescindível capacitar constantemente os profissionais notificadores sobre o preenchimento adequado da ficha de notificação e sensibilizá-los para temas como o suicídio, as lesões autoprovocadas e a saúde da população adolescente.

Considerações finais

Os dados fornecidos pela ficha de notificação de violências interpessoais e autoprovocadas são um importante instrumento para o planejamento de ações de prevenção, sendo a tendência da completude dos dados um indicador de como os serviços de saúde têm se comportado ao acolher os casos de lesões autoprovocadas, na medida em que muitas variáveis são ignoradas ou não respondidas. O crescimento, ao longo dos anos, dos casos de lesões autoprovocadas em adolescentes no estado de Mato Grosso, mostrado neste estudo, posiciona esse grupo com destaque no sentido da atenção não somente ao número crescente, mas também aos fatores envolvidos na gênese da autolesão revelados pelo estudo.

Entre os adolescentes, é importante destacar as características associadas às lesões autoprovocadas, na medida em que elas contribuem para a compreensão desse fenômeno. Evidenciouse o envenenamento como o principal meio empregado pelos adolescentes residentes em Mato Grosso, possibilitando a reflexão sobre o acesso a medicações, pesticidas e outros meios típicos de envenenamento. De forma similar, é importante identificar o perfil das notificações de lesões autoprovocadas entre adolescentes, potencializando possíveis intervenções voltadas a grupos específicos dessa população.

Pode-se afirmar que, no Brasil, há diversos dispositivos que têm se refletido em diferentes políticas e ações no âmbito da saúde e de outras áreas, particularmente as de educação, inclusão e justiça social no enfrentamento das violências¹⁷⁻²³. Entretanto, pelos dados aportados neste estudo e em outros citados^{24,25}, há ainda um longo caminho para efetivação das mudanças necessárias para transformar o cenário evidenciado.

Os resultados deste estudo reforçam a necessidade de ultrapassar as barreiras e os

tabus sobre o tema, bem como de fortalecer os serviços de saúde para acolhimento, registro, vigilância e intervenção efetiva dos casos de lesões autoprovocadas. É fundamental que os serviços de atenção à saúde se responsabilizem pela execução de ações pertinentes de vigilância em saúde, assegurando a implementação e a efetivação das políticas públicas que refletem na qualidade de vida dos adolescentes. Entretanto, é imprescindível reconhecer que a violência autoprovocada em adolescentes extrapola o âmbito da saúde e que a promoção de ações relacionadas com educação, segurança e cidadania, esporte, cultura, lazer, assistência social, direitos humanos, entre outros, colaboram expressivamente para redução e prevenção desses eventos.

Contribuições de autoria

Campos LJA (0000-0003-2739-2764)* contribuiu para concepção do trabalho, análise e interpretação dos dados, redação e aprovação da versão final do manuscrito. Melanda FN (0000-0002-5692-0215)* contribuiu para concepção e desenho do trabalho, redação, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. Silva SM (0000-0002-1699-5757)* contribuiu para concepção do trabalho, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. Andrade ACS (0000-0002-3366-4423)* contribuiu para concepção e desenho do trabalho, análise e interpretação dos dados, redação, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. Conciani ME (0000-0002-0675-6314)* e Oliveira LR (0000-0002-7325-1391)* contribuíram para concepção e desenho do trabalho, coleta, análise e interpretação dos dados, redação, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- Borges VR, Werlang BSG. Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. *Estud Psicol*. 2006;11(1):345-51. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2006000300012>
- Botega NJ, Marín-León L, Oliveira HB, et al. Prevalências de ideação, planos e tentativas de suicídio: um inquérito populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(12):2632-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001200010>
- Fattah N, Lima MS. Perfil epidemiológico das notificações de violência autoprovocada de 2010 a 2019 em um estado do sul do Brasil. *Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. 2020;16(4):65-74. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.166310>
- Silva TMM, Schoen TH. Desenvolvimento da criança e do adolescente: evidências científicas e considerações teórico-práticas. Guarujá: Científica Digital; 2020. Cap 19, Autolesão não suicida na adolescência. p. 310. DOI: <https://doi.org/10.37885/200901401>
- World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014 [acesso em 2023 maio 16]. 92 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>
- Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. *Boletim Epidemiológico* [Internet]. 2021 [acesso em 2025 mar 10];52(33):1-10. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf
- Jaen-Varas D, Mari JJ, Asevedo E, et al. The association between adolescent suicide rates and socioeconomic indicators in Brazil: a 10-year retrospective ecological study. *Braz J Psychiatry*. 2019;41(5):389-95. DOI: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0223>
- Guimarães RM, Moreira MR, Costa NR. Adolescência e suicídio: um problema de saúde pública. Relatório Técnico [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2024 [acesso em 2024 mar 10]. 28 p. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/sites/default/files/Dossi%C3%AA%20Nilson%20final%20para%20divulga%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Muehlenkamp JJ. Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *Am J Orthopsychiatry*. 2005;75(2):324-33. DOI: <https://doi.org/10.1037/0002-9432.75.2.324>
- Nock MK. Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Curr Dir Psychol Sci*. 2009;18(2):78-83. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x>
- Bertolote JM. O suicídio e sua prevenção. Campinas: Ed UNESP; 2016. 144 p.
- World Health Organization. Global status report on violence prevention 2014 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014 [acesso em 2024 maio 27]. 274 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564793>
- D'Oliveira CF, Botega NJ. Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006 [acesso em 2024 mar 10]. 76 p. Disponível em: https://cvv.org.br/wp-content/uploads/2023/08/manual_prevencao_suicidio_profissionais_saude.pdf
- Favazza AR. Nonsuicidal self-injury: How categorization guides treatment. *Current Psychiatry*. 2012;11(3):21-25.
- Skegg K. Self-harm. *Lancet*. 2005;366(9495):1471-83. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67600-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67600-3)
- Fonseca PHN, Silva AC, Araujo LM CB, et al. Autolesão sem intenção suicida entre adolescentes. *Arq Bras Psicol*. 2018;70(3):246-258.
- Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021. *Boletim Epidemiológico* [Internet]. 2024 [acesso em 2025 mar 13];55(4):1-18. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/>

centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-04.pdf/view

18. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 737, de 16 de maio de 2001. Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2001 maio 18 [acesso em 2025 mar 13]; Edição 96-E; Seção I:3-8. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0737_16_05_2001.html
19. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2006 ago 15 [acesso em 2025 mar 13]; Edição 156; Seção I:65. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html
20. Paula JC, Botti NCL. Projetos de lei relacionados à prevenção do suicídio no Brasil. *Mental*. 2021;13(23):144-165.
21. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção de Saúde: 2017 a 2020 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [acesso em 2021 mar 10]. 34 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acoes_estrategicas_vigilancia_prevencao_suicidio.pdf
22. Presidência da República (BR). Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2019 abr 26 [acesso em 2021 mar 10]; Edição 81; Seção I:1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/113819.htm
23. Presidência da República (BR). Decreto nº 10.225, de 5 de fevereiro de 2020. Institui o Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, regulamenta a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio e estabelece normas relativas à notificação compulsória de violência autoprovocada [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2020 jun 6 [acesso em 2025 mar 13]; Edição 26; Seção I:21-22. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10225.htm
24. Dantas ESO. Prevenção do suicídio no Brasil: como estamos? *Physis*. 2019;29(3):e290303. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290303>
25. Cruz WGN, Jesuino TA, Moreno HF, et al. Analysis of the impact of the Brazilian Suicide Prevention Campaign “Yellow September”: an Ecological Study. *Trends Psychiatry Psychother*. 2024;46:e20220564. DOI: <https://doi.org/10.47626/2237-6089-2022-0564>
26. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016 [acesso em 2021 mar 10]. 92 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf
27. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. 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. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2014 jun 9 [acesso em 2021 mar 10]; Edição 108; Seção I:67-9. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=09/06/2014&jornal=1&pagina=67&totalArquivos=144>
28. Abath MB, Lima MLLT, Lima PS, et al. Avaliação da completitude, da consistência e da duplicidade de registros de violências do Sinan em Recife, Pernambuco, 2009-2012. *Epidemiol Serv Saude*. 2014;23(1):131-42. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742014000100013>
29. Correia LOS, Padilha BM, Vasconcelos SML. Métodos para avaliar a completitude dos dados dos sistemas de

- informação em saúde do Brasil: uma revisão sistemática. *Ciência saúde coletiva*. 2014;19(1):4467-4478. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.02822013>
30. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Roteiro para uso do SINAN Net: análise da qualidade da base de dados e cálculo de indicadores epidemiológicos e operacionais. *Violência doméstica, sexual e/ou outras violências* [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019 [acesso em 2020 nov 9]. 75 p. Disponível em: http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Violencia/CADERNO_ANALISE_SINAN_Marco_2019_VI.pdf
 31. World Health Organization. Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours SUPRE-MISS: Protocol of SUPRE-MISS [Internet]. Geneva: WHO, 2002 [acesso em 2022 set 16]. 42 p. Disponível <https://iris.paho.org/handle/10665.2/45518>
 32. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Saber, agir e prevenir. *Boletim Epidemiológico* [Internet]. 2017 [acesso em 2025 mar 13];40(38):1-8. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/suicidio_saber_agir_prevenir.pdf
 33. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Amazônia Legal* [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2022 [acesso em 2022 nov 10]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/cartas-e-mapas/mapas-regionais/15819-amazonia-legal.html?=&t=o-que-e>
 34. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *População* [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2022 [acesso em 2022 nov 10]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>
 35. Lima VMF, Stochero L, Azeredo CM, et al. Caracterização e completitude das fichas de notificação de violência contra a pessoa idosa em Niterói-RJ, 2011-2020. *Epidemiol Serv Saúde*. 2023;32(1):e2022451. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s2237-96222023000100024>
 36. Giolo SR. *Introdução à análise de dados categóricos com aplicações*. São Paulo: Blucher; 2017. 256 p.
 37. Romero DE, Cunha CBD. Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, 2002. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(1):701-14. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300028>
 38. Antunes JLF, Cardoso MRA. Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. *Epidemiol Serv Saúde*, 2015;24(3):565-76. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000300024>
 39. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2012 jun 13 [acesso em 2025 mar 13]; Edição 113; Seção I:59. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view>
 40. Tomimatsu MFAI, Andrade SMD, Soares DA, et al. Qualidade da informação sobre causas externas no Sistema de Informações Hospitalares. *Rev Saúde Pública*. 2009;43:413-20. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009005000019>
 41. Oliveira TA. *Automutilação do corpo entre adolescentes: um sintoma social ou alerta de transtorno mental?* [monografia na Internet]. Salvador: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública; 2016 [acesso em 2024 nov 17]. 20 p. Disponível em: <https://repositorio.bahiana.edu.br/server/api/core/bitstreams/b58cb92b-24ac-4614-a005-b50c21b1cea5/content>
 42. Otto SC, Santos KA. O Tumblr e sua relação com práticas autodestrutivas: o caráter epidêmico da autolesão. *Psic Rev*. 2016;25(2):265-88.
 43. Aragão CMC, Mascarenhas MDM. Tendência temporal das notificações de lesão autoprovocada em adolescentes no ambiente escolar, Brasil, 2011-2018. *Epidemiol Serv Saúde*. 2022;31(1):e2021820. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742022000100028>
 44. Birtwistle J, Kelley R, House A, et al. Combination of self-harm methods and fatal and non-fatal repetition: A cohort study. *J Affect Disord*.

- 2017;15(218):188-94. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.04.027>
45. Liu BP, Lunde KB, Jia CX, et al. The short-term rate of non-fatal and fatal repetition of deliberate self-harm: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *J Affect Disord.* 2020;273:597-603. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.072>
46. Bahia CA, Avanci JQ, Pinto LW, et al. Notificações e internações por lesão autoprovocada em adolescentes no Brasil, 2007-2016. *Epidemiol Serv Saúde.* 2020;29(2):e2019060. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200006>
47. Takeiti BA, Gonçalves MV, Oliveira SPASD, et al. O estado da arte sobre as juventudes, as vulnerabilidades e as violências: o que as pesquisas informam? *Saúde Soc.* 2020;29(3):e181118. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020181118>
48. Aberastury A, Knobel M. Adolescência normal. Porto Alegre: ArtMed; 1981. 93 p.
49. Sousa CMD, Mascarenhas MDM, Lima PVC, et al. Incompletude do preenchimento das notificações compulsórias de violência-Brasil, 2011-2014. *Cad Saúde Colet.* 2020;28(1):477-87. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028040139>
50. Santos TMB, Cardoso MD, Pitangui ACR, et al. Completude das notificações de violência perpetrada contra adolescentes em Pernambuco, Brasil. *Ciênc saúde coletiva.* 2016;21(1):3907-16. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152112.16682015>
51. Polidoro M, Cunda BV, Oliveira DC. Vigilância da violência no Rio Grande do Sul: panorama da qualidade e da quantidade das informações no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de 2014 a 2018. *Saúde Redes.* 2020;6(2):195-206. DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2020v6n2p195-206>
52. Mazzetto ORB. O sofrimento conta?: análise da qualidade dos dados de violência de gênero do Distrito Federal [dissertação na Internet]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2021 [acesso em 2024 set 15]. 166 p. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/42022?locale=es>
53. Cordeiro GTL, Girianelli VR. Notificação de violência autoprovocada e interpessoal da população LGBT, estado do Rio de Janeiro, 2015-2021. *Saúde Debate.* 2024;47(Esp 1):e8951. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-28982023E18951P>
54. Silva VM, Cardoso GCP, Abreu DMF. Notificação de violência da população LGBTQIA+ na perspectiva dos profissionais da ESF/Nasf, município do Rio de Janeiro. *Saúde Debate.* 2023;47(Esp 1):e9062. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-28982023E19062P>
55. Oliveira NF, Moraes CL, Junger WL, et al. Violência contra crianças e adolescentes em Manaus, Amazonas: estudo descritivo dos casos e análise da completude das fichas de notificação, 2009-2016. *Epidemiol Serv Saúde.* 2020;29(1):e2018438. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100012>
56. Rouquayrol MZ, Goldbaum M, Santana EDP. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N, organizadores. *Epidemiologia e Saúde.* Rio de Janeiro: MedBook; 2013. p. 11-24.
57. Marcolan JF, Silva DA. O comportamento suicida na realidade brasileira: aspectos epidemiológicos e da política de prevenção. *Revista M.* 2019;4(7):31-44. DOI: <https://doi.org/10.9789/2525-3050.2019v4i7.31-44>
58. Girianelli VR, Cordeiro GTL. Inconsistências nas notificações de violência no estado do Rio de Janeiro de 2015 a 2021. *Saúde Debate.* 2024;47(Esp 1). DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-28982023E18948P>

Recebido em 21/03/2025

Aprovado em 28/10/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: não houve

Editor responsável: Nilson do Rosário Costa, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Estudos Estratégicos Antônio Ivo de Carvalho (CEE) e Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8824778325312068>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8360-4832>, e-mail: nilsondorosario@gmail.com