



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS
PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO-SENSU EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

NÁDIA ALEXANDRE DE SOUZA

**LESÕES AUTOPROVOCADAS NO BRASIL ENTRE 2017 E 2024: PERFIL
SOCIODEMOGRÁFICO, VARIAÇÃO TEMPORAL E DISTRIBUIÇÃO
REGIONAL NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19.**

SANTOS/SP

2026

NÁDIA ALEXANDRE DE SOUZA

**LESÕES AUTOPROVOCADAS NO BRASIL ENTRE 2017 E 2024: PERFIL
SOCIODEMOGRÁFICO, VARIAÇÃO TEMPORAL E DISTRIBUIÇÃO
REGIONAL NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos
como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.
Área de concentração: Saúde, Ambiente e Mudanças
Sociais.

Orientadora: Dra. Ysabely de Aguiar Pontes Pamplona

SANTOS/SP

2026

S729L Souza, Nádia Alexandre de

Lesão autoprovocadas no Brasil entre 2017 e 2024: perfil sociodemográfico, variação temporal e distribuição regional no contexto da pandemia de COVID-19 / Nádia Alexandre de Souza Coelho; orientadora Ysabely de Aguiar Pontes Pamplona-- 2026.
76 f.

Dissertação (mestrado) - Universidade Católica de Santos, Programa de Pós-Graduação stricto sensu em Saúde Coletiva, 2026.

Inclui bibliografia

1. Lesão autoprovocada. 2. Vigilância epidemiológica. 3. Saúde mental. 4. Violência autoprovocada. 5. SINAN. 6. Saúde coletiva. I. Pamplona, Ysabely de Aguiar Pontes. II. Título.

CDU: Ed. 1997 - 614(043.3)

NÁDIA ALEXANDRE DE SOUZA

LESÕES AUTOPROVOCADAS NO BRASIL ENTRE 2017 E 2024: PERFIL
SOCIODEMOGRÁFICO, VARIAÇÃO TEMPORAL E DISTRIBUIÇÃO REGIONAL NO
CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19.

Aprovada em: _28_ / _09_ / 2026

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Ysabely de Aguiar Pontes Pamplona
Universidade Católica de Santos

Profa. Dra. Lourdes Conceição Martins
Universidade Católica de Santos

Prof. Dr. Anderson Marcos Vieira do Nascimento
FIOCRUZ

Apresentação

Minha trajetória profissional no campo da saúde constitui o principal eixo de construção desta pesquisa. Compreendo que a produção de conhecimento, especialmente no campo da saúde coletiva, não se dissocia das experiências vividas nos territórios e nos espaços de cuidado, sendo atravessada por encontros, práticas e desafios cotidianos.

Iniciei minha atuação no serviço público por meio de concurso como Agente Comunitária de Saúde no município de Guarujá (SP). A partir dessa experiência, fui consolidando meu percurso na área da saúde, o que me levou à graduação em Serviço Social, concluída em 2017, e posteriormente à participação na primeira Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde do município de Santos, em 2018.

Ao longo desse percurso, também realizei especializações, com destaque para a área de saúde mental, especialmente após a experiência profissional em um CAPS II no município de Praia Grande (SP).

Ao longo de aproximadamente 14 anos de atuação na saúde coletiva, desenvolvi atividades em diferentes níveis de atenção e em distintos municípios da Baixada Santista, incluindo Guarujá, Santos e Praia Grande.

Durante este percurso profissional pude desenvolver práticas diversas, como atendimentos individuais e compartilhados, supervisão de estágio, ações de educação permanente, planejamento em saúde, matriciamento e participação em espaços de controle social.

Durante o período pandêmico (2020–2022), atuando na Estratégia de Saúde da Família e em ambiente hospitalar, vivenciei de forma intensa os impactos do sofrimento psíquico, tanto nos usuários quanto nos próprios trabalhadores da saúde. Esse contexto evidenciou, de maneira contundente, os limites e as potências do cuidado em saúde, reforçando a centralidade do trabalho coletivo, do vínculo e das redes de apoio.

Atualmente, atuo na Seção de Atendimento Domiciliar (SEADOMI), no município de Santos, e em um hospital geral no município de Praia Grande, em enfermaria psiquiátrica. A experiência acumulada nesses espaços, especialmente no cuidado a pessoas em sofrimento psíquico, tem evidenciado a complexidade das demandas relacionadas à saúde mental e às lesões autoprovocadas.

Nesse contexto, esta pesquisa emerge de inquietações construídas no cotidiano profissional, particularmente diante da percepção de aumento de atendimentos relacionados ao

sofrimento psíquico na Atenção Primária à Saúde e no ambiente hospitalar. Tais inquietações orientam o interesse em compreender as lesões autoprovocadas no Brasil, articulando sua dimensão epidemiológica às condições sociais de existência e às experiências subjetivas dos sujeitos.

Agradecimentos

Agradeço à Universidade Católica de Santos (UNISANTOS) pelo apoio institucional e pela oportunidade de desenvolvimento desta pesquisa. À Prefeitura Municipal de Santos, por valorizar a qualificação de seus servidores e possibilitar a continuidade da formação acadêmica.

À Prof.^a Dra. Ysabely de Aguiar Pontes Pamplona, pela orientação atenta, pelas contribuições fundamentais e pelo compromisso com a construção deste trabalho. À Prof.^a Dra. Lourdes Conceição Martins pelo acolhimento e apoio em momentos cruciais deste percurso.

Aos colegas e amigos (as) de sala de aula, que tornaram essa caminhada mais leve e significativa, compartilhando aprendizados, angústias e conquistas.

Aos colegas de trabalho, com quem divido diariamente os desafios e as potências do cuidado em saúde, e que, de diferentes formas, contribuíram para a construção das reflexões aqui tratadas.

Expresso minha profunda gratidão à minha família, em especial às minhas filhas Bianca, Milena e Stefany, pelo amor, paciência e incentivo constante ao longo desta trajetória.

Por fim, manifesto meu reconhecimento à força maior que sustenta a existência e inspira o caminhar, presente em tudo que é visível e invisível, e que me permitiu chegar até aqui.

RESUMO

As lesões autoprovocadas constituem importante problema de saúde pública, associado a múltiplos determinantes sociais, institucionais e subjetivos. No Brasil, o fortalecimento da vigilância em saúde e a ampliação das políticas de saúde mental contribuíram para maior visibilidade epidemiológica desses eventos, especialmente após a incorporação das violências ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Entretanto, persistem desafios relacionados à subnotificação, às desigualdades regionais e à compreensão da distribuição recente das notificações no país. O presente estudo tem como objetivo analisar o perfil epidemiológico, a variação temporal e a distribuição espacial das lesões autoprovocadas notificadas no Brasil entre 2017 e 2024. Trata-se de estudo epidemiológico descritivo, de abordagem quantitativa, com delineamento ecológico e análise temporal descritiva, utilizando dados secundários do SINAN. Foram incluídas notificações classificadas como lesão autoprovocada no período de 2017 a 2024. As análises compreenderam estatística descritiva, análise temporal e distribuição espacial das notificações segundo sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade e região de residência. Os resultados evidenciaram 1.010.487 notificações de lesões autoprovocadas no período analisado, com predominância do sexo feminino, adultos jovens, indivíduos brancos e pardos, além de maior concentração proporcional das notificações no período pós-pandemia. Observou-se concentração dos registros nas regiões Sudeste e Sul, bem como elevada frequência de episódios ocorridos no ambiente residencial e registros com ocorrência prévia de lesão autoprovocada. Entre os meios de agressão, destacou-se o envenenamento/intoxicação. Os achados apontam para importantes desigualdades sociodemográficas e territoriais na distribuição das lesões autoprovocadas, reforçando a necessidade de fortalecimento das estratégias de vigilância epidemiológica, prevenção e cuidado em saúde mental no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Lesão autoprovocada; Vigilância epidemiológica; Saúde mental; Violência autoprovocada; SINAN; Saúde coletiva

ABSTRACT

Self-inflicted injuries constitute an important public health problem associated with multiple social, institutional, and subjective determinants. In Brazil, the strengthening of health surveillance and the expansion of mental health policies contributed to greater epidemiological visibility of these events, especially after the incorporation of violence into the Notifiable Diseases Information System (SINAN). However, challenges related to underreporting, regional inequalities, and the understanding of the recent distribution of notifications in the country still persist. This study aims to analyze the epidemiological profile, temporal variation, and spatial distribution of self-inflicted injuries reported in Brazil between 2017 and 2024. This is a descriptive epidemiological study with a quantitative approach, ecological design, and descriptive temporal analysis, using secondary data obtained from SINAN. Notifications classified as self-inflicted injuries from 2017 to 2024 were included. The analyses comprised descriptive statistics, temporal analysis, and spatial distribution of notifications according to sex, age group, race/color, education level, and region of residence. The results identified 1,010,487 notifications of self-inflicted injuries during the analyzed period, with predominance among females, young adults, White and Brown individuals, and progressive growth of notifications in the post-pandemic period. A higher concentration of records was observed in the Southeast and South regions, as well as a high frequency of events occurring in the household setting and records indicating previous self-inflicted injury. Poisoning/intoxication was the most frequent mechanism of aggression. The findings reveal important sociodemographic and territorial inequalities in the distribution of self-inflicted injuries, reinforcing the need to strengthen epidemiological surveillance, prevention strategies, and mental health care within the Brazilian Unified Health System.

Keywords: Self-inflicted injury; Epidemiological surveillance; Mental health; Self-directed violence; SINAN; Collective health.

LISTA DE ABREVIATURAS

ALNS - Autolesão não suicida

APS - Atenção Primária à Saúde

COVID – Corona Vírus Disease 2019

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

LAP - Lesão autoprovocada

MS – Ministério da Saúde

NSSI - *Non-suicidal self-injury*

OMS - Organização Mundial da Saúde

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

VIVA – Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Marcos normativos e técnico-operacionais da vigilância de violências interpessoais e autoprovoçadas no Brasil (2006–2019).....	19
Figura 2 - Modelo conceitual para análise das lesões autoprovoçadas no Brasil (2017–2024).	28
Figura 3 - Distribuição espacial das taxas de notificação de lesões autoprovoçadas no Brasil nos períodos pré-pandemia (2017–2019), pandemia (2020–2022) e pós-pandemia (2023– 2024).	44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas das notificações de lesões autoprovocadas no Brasil, 2017–2024.	34
Tabela 2 - Distribuição temporal e geográfica das notificações de lesões autoprovocadas no Brasil, 2017–2024.	35
Tabela 3 - Distribuição dos casos segundo local de ocorrência e ocorrência prévia das lesões autoprovocadas no Brasil, 2017–2024.	36
Tabela 4 - Distribuição dos tipos de violência nas notificações de lesões autoprovocadas no Brasil, 2017–2024.	37
Tabela 5 - Distribuição dos meios de agressão nas notificações de lesões autoprovocadas no Brasil, 2017–2024.	37
Tabela 6 - Presença de deficiência ou transtorno nas notificações de lesões autoprovocadas no Brasil, 2017–2024.	38
Tabela 7 - Associação entre características sociodemográficas e período das notificações de lesões autoprovocadas, Brasil, 2017–2024	39

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1 O COMPORTAMENTO SUICIDA E AS LESÕES AUTOPROVOCADAS COMO FENÔMENOS SOCIAIS E DE SAÚDE PÚBLICA	16
2.2 AUTOLESÃO NÃO SUICIDA E SOFRIMENTO PSÍQUICO	17
2.3 VIGILÂNCIA EM SAÚDE E PRODUÇÃO DO DADO EPIDEMIOLÓGICO	18
2.4 FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E DESIGUALDADES REGIONAIS.....	22
2.5 DIMENSÃO SUBJETIVA, FENOMENOLÓGICA E SOCIOLÓGICA DO SOFRIMENTO	24
3 OBJETIVO	29
3.1 OBJETIVO GERAL.....	29
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
4 MÉTODO	30
4.1 TIPO DO ESTUDO	30
4.2 FONTE DE DADOS	30
4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	31
4.4 ANÁLISE DE DADOS	31
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	32
4.6 USO DE FERRAMENTAS DIGITAIS.....	32
5 RESULTADOS	34
6 DISCUSSÃO	45
6.1 MAGNITUDE DAS NOTIFICAÇÕES E VARIAÇÃO TEMPORAL	46
6.2 SEXO E PARADOXO DE GÊNERO	47
6.3 DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL E TERRITORIALIDADE	50
6.4 DISTRIBUIÇÃO ETÁRIA DAS NOTIFICAÇÕES E CONTEXTO PÓS-PANDÊMICO	52
6.5 MEIOS DE AGRESSÃO E MUDANÇAS NO PERFIL DAS NOTIFICAÇÕES	55
6.6 ESPAÇO DOMÉSTICO E OCORRÊNCIA PRÉVIA DAS LESÕES AUTOPROVOCADAS.....	57
6.7 IMPLICAÇÕES PARA A VIGILÂNCIA EM SAÚDE E PARA AS ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E CUIDADO.....	61
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERÊNCIAS.....	68
ANEXO A	75

1 INTRODUÇÃO

A violência constitui um fenômeno complexo e multifatorial, resultante da interação entre fatores individuais, relacionais, comunitários e estruturais, sendo reconhecida como importante problema de saúde pública global (OMS, 2002). A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica a violência em três categorias principais: violência autodirigida, interpessoal e coletiva. Entre essas categorias, destaca-se a violência autoprovocada, que engloba comportamentos autoinfligidos associados ou não à intencionalidade de morte, incluindo tentativas de suicídio e outras formas de autolesão (OMS, 2002).

No presente estudo, utiliza-se o termo “violência autoprovocada” como categoria ampla de referência conceitual e normativa, enquanto “lesão autoprovocada (LAP)” corresponde à denominação operacional adotada nos registros do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). A compreensão desses eventos ultrapassa a dimensão exclusivamente individual ou clínica, exigindo considerar aspectos sociais, territoriais e institucionais que influenciam tanto sua ocorrência quanto seu reconhecimento nos sistemas de vigilância em saúde.

Nas últimas décadas, a violência autoprovocada consolidou-se como importante desafio para os sistemas de saúde em diferentes países. Em termos globais, o suicídio figura entre as principais causas de morte entre pessoas de 15 a 29 anos, sendo atualmente a terceira causa de morte nesse grupo etário (OMS, 2025). Além disso, estudos epidemiológicos nacionais e internacionais demonstram crescimento das notificações de lesões autoprovocadas, especialmente entre adolescentes e jovens, bem como importantes desigualdades segundo sexo, faixa etária, raça/cor e território (OMS, 2014; Alves et al., 2024).

No Brasil, o fortalecimento das políticas de vigilância em saúde contribuiu para ampliar a visibilidade epidemiológica desses eventos. A incorporação das violências na lista de agravos de notificação compulsória e, posteriormente, a definição da tentativa de suicídio como evento de notificação imediata representaram marcos importantes para o monitoramento das lesões autoprovocadas no país (Brasil, 2014; Brasil, 2017). Esse processo foi reforçado pela Lei nº 13.819/2019, que instituiu a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, consolidando a vigilância epidemiológica como instrumento estratégico para prevenção e organização do cuidado em saúde mental (Brasil, 2019).

Nesse contexto, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) tornou-se uma das principais fontes nacionais para monitoramento epidemiológico das lesões autoprovocadas, permitindo identificar tendências temporais, distribuição territorial e características sociodemográficas das notificações.

No final de 2019, foram notificados em Wuhan, na província de Hubei, China, casos de pneumonia de etiologia desconhecida, posteriormente associados a um novo coronavírus identificado como SARS-CoV-2, agente etiológico da COVID-19 (Khalil; Khalil, 2020). O vírus foi classificado pelo *Coronavirus Study Group* do Comitê Internacional de Taxonomia de Vírus como pertencente ao gênero *Betacoronavirus*, subgênero *Sarbecovirus*, e à espécie *Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus* (Khalil; Khalil, 2020).

Trata-se de um coronavírus envelopado, aproximadamente esférico, com genoma de RNA fita simples, não segmentado, de sentido positivo, e que codifica quatro proteínas estruturais principais: glicoproteína espicular (S), proteína do envelope (E), glicoproteína da membrana (M) e proteína do nucleocapsídeo (N) (Khalil; Khalil, 2020).

Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde declarou a COVID-19 como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, e em 11 de março de 2020 a caracterizou como pandemia (OMS, 2020). Esses marcos consolidaram a COVID-19 como um evento sanitário global e situam o período pandêmico como recorte relevante para a interpretação dos agravos registrados no SINAN.

Entretanto, a produção desses dados ainda enfrenta limitações importantes, relacionadas à subnotificação, ao estigma social e às desigualdades regionais na capacidade de registro e vigilância (Brasil, 2022; Fattah; Lima, 2020).

Ao mesmo tempo, a organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria GM/MS nº 3.088/2011, ampliou a estruturação da atenção em saúde mental no Sistema Único de Saúde, fortalecendo estratégias territoriais de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico (Brasil, 2011). Apesar da expansão dos serviços, persistem desigualdades relacionadas à cobertura assistencial, à distribuição regional da rede e ao acesso ao cuidado em saúde mental.

Dados recentes do Ministério da Saúde indicam crescimento das notificações de violência autoprovocada em diferentes grupos populacionais e regiões do país (Brasil, 2024a). Contudo, considerando as limitações inerentes aos sistemas de informação e o delineamento ecológico do presente estudo, esse aumento deve ser interpretado com cautela, uma vez que pode refletir simultaneamente mudanças na ocorrência dos eventos e aprimoramento da sensibilidade dos sistemas de vigilância. Assim, os registros epidemiológicos devem ser compreendidos não apenas como expressão da ocorrência dos agravos, mas também dos processos institucionais que condicionam sua identificação, notificação e visibilidade.

Além disso, estudos epidemiológicos evidenciam importante padrão de vulnerabilidade associado às lesões autoprovocadas. Observa-se predomínio de notificações entre mulheres,

fenômeno frequentemente descrito como “paradoxo de gênero”, no qual tentativas de suicídio e notificações de lesões autoprovocadas tendem a ser mais frequentes no sexo feminino, enquanto os óbitos por suicídio predominam entre homens, refletindo diferenças na letalidade dos métodos utilizados e nas formas de expressão do sofrimento psíquico (Alves et al., 2024; OMS, 2014).

A prevenção do suicídio e das lesões autoprovocadas também integra a agenda internacional de saúde pública. No âmbito da Agenda 2030 das Nações Unidas, o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3 (ODS 3) estabelece metas relacionadas à promoção da saúde mental e à redução da mortalidade por suicídio, reforçando a necessidade de estratégias integradas de prevenção, vigilância e cuidado (United Nations, 2015).

Apesar dos avanços nas políticas públicas e nos sistemas de vigilância em saúde, permanecem desafios relacionados à compreensão recente da distribuição das notificações de lesões autoprovocadas no Brasil, especialmente no período de 2017 a 2024, que abrange mudanças normativas, expansão da vigilância e o contexto pandêmico e pós-pandêmico da Covid-19.

Nesse cenário, torna-se relevante analisar o perfil epidemiológico, a variação temporal e a distribuição espacial das notificações de lesões autoprovocadas no Brasil, considerando variáveis sociodemográficas e territoriais capazes de evidenciar padrões recentes e desigualdades na distribuição desses eventos.

Diante desse contexto, o presente estudo busca responder à seguinte pergunta de pesquisa: Qual o perfil sociodemográfico, a variação temporal e a distribuição espacial das notificações de lesões autoprovocadas no Brasil, no período de 2017 a 2024, considerando os períodos pré-pandemia, pandemia e pós-pandemia de COVID-19?

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O comportamento suicida e as lesões autoprovocadas como fenômenos sociais e de saúde pública

No contexto brasileiro, a análise das lesões autoprovocadas insere-se no campo da saúde coletiva, área interdisciplinar que articula epidemiologia, ciências sociais e políticas de saúde para compreender os processos de adoecimento como fenômenos socialmente determinados (Barata, 2009). Nessa perspectiva, o comportamento suicida e as lesões autoprovocadas ultrapassam explicações exclusivamente individuais, exigindo considerar as condições sociais, econômicas e institucionais que atravessam a produção do sofrimento psíquico.

A compreensão do suicídio enquanto fenômeno social foi sistematizada de forma pioneira por Émile Durkheim em sua obra clássica *Le Suicide*, publicada em 1897. Ao romper com explicações centradas exclusivamente no indivíduo, Durkheim definiu o suicídio como fato social, demonstrando que suas taxas apresentam regularidades relacionadas às formas de integração e regulação social (Durkheim, 2000).

Com base nesses eixos analíticos, Durkheim propôs uma tipologia clássica do suicídio. O suicídio egoísta relaciona-se à fragilidade dos vínculos sociais; o altruísta decorre da integração excessiva do indivíduo ao coletivo; o anômico emerge em contextos de desregulação social; e o fatalista associa-se a situações de regulação excessiva e opressão social (Durkheim, 2000; Gerardi, 2020).

Essa formulação permanece atual ao evidenciar que processos de crise econômica, instabilidade política, fragilização das redes de proteção social e rupturas nas formas de sociabilidade podem ampliar situações de sofrimento psíquico e vulnerabilidade ao comportamento suicida. Nesse sentido, contextos contemporâneos marcados por precarização das relações de trabalho, insegurança material e isolamento social podem favorecer a emergência de comportamentos autolesivos e suicidas, ainda que de forma não linear e multifatorial (Ehrenberg, 2010; Milner; Page; Lamontagne, 2013).

Organismos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), reconhecem o suicídio e as lesões autoprovocadas como importantes problemas de saúde pública, associados a determinantes sociais, econômicos e culturais. A distribuição desigual desses eventos entre países, regiões e grupos populacionais evidencia a influência das condições de vida, do acesso aos serviços de saúde e das formas de proteção social sobre sua ocorrência (OMS, 2014).

A literatura epidemiológica contemporânea também destaca que a tentativa prévia constitui um dos principais fatores de risco para novos episódios e morte por suicídio, assumindo papel

central na vigilância e no cuidado em saúde mental (OMS, 2025; Bostwick; Pankratz, 2016). Além disso, experiências de violência, desemprego, exclusão social e fragilidade dos vínculos interpessoais configuram importante campo de vulnerabilidade ao sofrimento psíquico.

No Brasil, estudos recentes têm evidenciado crescimento das notificações de lesões autoprovocadas e das taxas de suicídio, bem como importantes desigualdades segundo sexo, raça/cor e território. Observa-se o chamado “paradoxo de gênero”, no qual mulheres apresentam maiores frequências de tentativas e notificações de lesões autoprovocadas, enquanto os homens concentram maior mortalidade por suicídio, refletindo diferenças na letalidade dos métodos utilizados e nas formas socialmente situadas de expressão do sofrimento psíquico (Alves et al., 2024).

As populações indígenas também apresentam elevada vulnerabilidade, registrando taxas superiores de suicídio e notificações de autolesão, além de menores taxas de hospitalização, sugerindo desigualdades no acesso aos serviços de saúde e fragilidades das redes de cuidado (Alves et al., 2024).

Dessa forma, a compreensão das lesões autoprovocadas exige abordagem ampliada, capaz de articular dimensões epidemiológicas, sociais e institucionais, reconhecendo o sofrimento psíquico como fenômeno socialmente produzido e territorialmente distribuído.

2.2 Autolesão não suicida e sofrimento psíquico

Entre as diferentes manifestações da violência autoprovocada, destaca-se a autolesão não suicida, correspondente ao termo internacional non-suicidal self-injury (NSSI). A literatura clínica e epidemiológica define a autolesão não suicida como comportamento deliberado de dano corporal autoinfligido sem intenção de morrer, incluindo práticas como cortes, queimaduras e arranhões (American Psychiatric Association, 2014; Nock, 2010).

A diferenciação entre comportamento suicida e autolesão não suicida possui implicações clínicas, epidemiológicas e analíticas importantes. Enquanto o comportamento suicida envolve intencionalidade de morte, ainda que em graus variados, a autolesão não suicida relaciona-se principalmente à tentativa de manejo do sofrimento emocional intenso e à regulação de estados afetivos negativos (Gvion; Apter, 2012).

No contexto acadêmico e clínico, os termos autolesão e automutilação são frequentemente utilizados como sinônimos, embora alguns autores proponham distinções conceituais. A prática conhecida como cutting, por exemplo, refere-se à realização de cortes em diferentes partes do corpo utilizando objetos cortantes ou as próprias unhas (Moreira et al., 2023).

A literatura contemporânea reconhece a autolesão não suicida como fenômeno complexo e multifatorial, associado a fatores emocionais, familiares e sociais, especialmente entre adolescentes e jovens (American Psychiatric Association, 2014; Muehlenkamp et al., 2012; Swannell et al., 2014). Em muitos casos, o comportamento autolesivo é descrito como estratégia de enfrentamento diante de sofrimento psíquico intenso, funcionando como tentativa de regulação emocional e alívio de afetos considerados intoleráveis (Klonsky, 2007; Nock, 2010).

Nessa direção, Shneidman (1993) propõe o conceito de *psychache*, compreendido como experiência subjetiva de dor psíquica intensa e insuportável. Para o autor, o comportamento suicida deve ser compreendido não apenas como ato, mas como expressão de sofrimento profundo que demanda escuta clínica e interpretação contextualizada.

Embora historicamente vinculada a quadros psicopatológicos específicos, a literatura contemporânea reconhece a autolesão não suicida como fenômeno relativamente autônomo, com elevada prevalência entre adolescentes e jovens adultos. Assim, a compreensão das lesões autoprovocadas exige considerar simultaneamente aspectos subjetivos, sociais e relacionais envolvidos na produção do sofrimento psíquico.

2.3 Vigilância em saúde e produção do dado epidemiológico

No Brasil, o comportamento suicida e as lesões autoprovocadas integram o escopo da vigilância em saúde, sendo registrados por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). A notificação desses eventos constitui um instrumento central para o monitoramento epidemiológico, a identificação de padrões e tendências e o planejamento de ações e políticas públicas voltadas à prevenção e ao cuidado em saúde mental (Brasil, 2022; Brasil, 2014).

No âmbito do SINAN, o registro das violências autoprovocadas não se baseia primariamente na codificação da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), mas em categorias específicas da ficha de notificação, como o campo referente à lesão autoprovocada.

Dessa forma, a análise dos dados neste estudo fundamenta-se nos critérios operacionais próprios do sistema de vigilância, distinguindo-se das abordagens baseadas em codificação de causas externas, como aquelas utilizadas em sistemas de mortalidade ou internação hospitalar.

Tal distinção é fundamental para garantir a coerência entre a fonte de dados, os critérios de seleção dos casos e a interpretação dos resultados.

Entretanto, a produção do dado epidemiológico não pode ser compreendida como um processo neutro ou meramente técnico. Trata-se de uma construção social e institucional,

atravessada por condições operacionais, organizacionais e culturais que influenciam diretamente a qualidade e a fidedignidade das informações registradas.

No campo das violências autoprovocadas, a subnotificação constitui um desafio histórico, relacionado ao estigma social, às dificuldades de reconhecimento clínico e às fragilidades nos fluxos de notificação entre os serviços de saúde.

A vigilância das violências no Brasil foi institucionalizada de forma mais sistemática a partir da criação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), em 2006, com o objetivo de produzir informações qualificadas sobre violências e acidentes, subsidiando ações de prevenção e promoção da saúde (Brasil, 2006; Brasil, 2022).

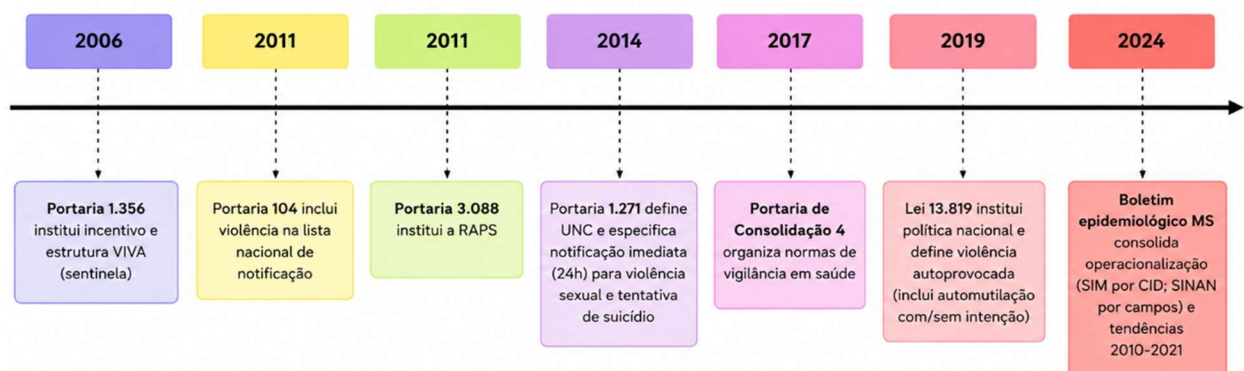
Esse marco representou um avanço na incorporação das violências como objeto legítimo da vigilância em saúde, ampliando o olhar para além dos agravos tradicionalmente biomédicos.

Em 2009, a Ficha de Notificação Individual de Violência foi incorporada ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), ampliando a capacidade de registro sistemático das violências interpessoais e autoprovocadas em todo o território nacional.

Esse processo foi posteriormente consolidado com a inclusão das violências na lista de agravos de notificação compulsória, conforme estabelecido pela Portaria nº 104/2011 do Ministério da Saúde (Brasil, 2011; Brasil, 2022).

Em 2014, a Portaria nº 1.271 estabeleceu a notificação imediata, em até 24 horas, para os casos de tentativa de suicídio e violência sexual, reforçando o caráter prioritário dessas situações e a necessidade de intervenção oportuna (Brasil, 2014).

Figura 1- Marcos normativos e técnico-operacionais da vigilância de violências interpessoais e autoprovocadas no Brasil (2006–2019).



Fonte: Elaboração própria, com base em marcos normativos do Ministério da Saúde.

A figura 1 apresenta, em perspectiva temporal, os principais marcos normativos e técnico-operacionais que estruturaram a vigilância das violências no Brasil, desde a implantação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), em 2006, até a consolidação de dispositivos legais e operacionais que qualificaram a notificação compulsória e a resposta institucional às violências interpessoais e autoprovocadas.

O esquema evidencia o processo progressivo de institucionalização da vigilância, destacando a incorporação da ficha de notificação no SINAN, a ampliação da obrigatoriedade de registro e a definição de eventos de notificação imediata, configurando a vigilância como componente estratégico para o monitoramento epidemiológico e a organização das ações de saúde.

Nesse processo, o SINAN consolidou-se como a principal base nacional para o monitoramento epidemiológico das lesões autoprovocadas, agregando notificações provenientes de diferentes níveis de atenção e serviços de saúde.

Os dados produzidos pelo sistema são fundamentais para a vigilância epidemiológica, para a formulação de políticas públicas e para o planejamento de estratégias de prevenção e cuidado em saúde mental, especialmente quando analisados de forma crítica e contextualizada (Alves et al., 2024).

A literatura internacional também aponta desafios importantes relacionados à produção e à interpretação de dados sobre comportamento suicida. O Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, publicado pela OMS, destaca que as estatísticas de suicídio podem variar significativamente entre países em razão de diferenças nos sistemas de registro, nos procedimentos de investigação das causas de morte e nos critérios utilizados para classificação dos óbitos.

Além disso, fatores culturais, religiosos e sociais podem contribuir para a subnotificação desses eventos, uma vez que mortes por suicídio podem ser classificadas como acidentes ou causas indeterminadas para evitar estigmas sociais ou implicações legais (OMS, 2002).

Apesar dessas limitações, os sistemas de informação em saúde constituem instrumentos fundamentais para a vigilância epidemiológica, permitindo identificar padrões de ocorrência, tendências temporais e grupos populacionais mais vulneráveis.

A articulação entre a vigilância em saúde e as políticas de saúde mental ocorre de modo particular no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída com o objetivo de organizar o cuidado em saúde mental no território, garantindo atenção integral às pessoas em sofrimento psíquico.

Nesse contexto, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) desempenham papel estratégico, tanto no acolhimento e acompanhamento de pessoas em risco quanto na articulação

com a vigilância, contribuindo para a identificação, notificação e cuidado dos casos de violência autoprovocada.

Todavia, persistem desafios importantes para a consolidação de uma vigilância efetiva e integrada. A subnotificação segue como um problema estrutural, influenciada por desigualdades regionais no acesso aos serviços, heterogeneidades na organização das redes de cuidado, sobrecarga dos profissionais e dificuldades na articulação entre atenção, vigilância e gestão.

Diante disso, o crescimento observado nas notificações de lesões autoprovocadas ao longo dos últimos anos deve ser interpretado à luz de dois processos simultâneos: de um lado, possíveis mudanças na ocorrência do fenômeno do sofrimento psíquico e da violência autoprovocada, e, de outro, o fortalecimento progressivo da vigilância, com ampliação da sensibilização profissional e aprimoramento dos mecanismos de registro (Alves et al., 2024).

Por conseguinte, a análise dos registros do SINAN exige uma postura crítica e reflexiva, que reconheça tanto seu potencial analítico quanto suas limitações enquanto fonte de informação.

Situar os dados epidemiológicos no contexto histórico, institucional e político da vigilância em saúde e das políticas de saúde mental é fundamental para evitar interpretações reducionistas e para compreender as notificações de lesões autoprovocadas como expressão de processos sociais, territoriais e institucionais mais amplos (Brasil, 2017; Brasil, 2014).

A centralidade da vigilância epidemiológica na compreensão do comportamento suicida torna-se particularmente evidente nas análises recentes produzidas pelo próprio Ministério da Saúde.

Ao sistematizar dados do SIM e do SINAN, o Boletim Epidemiológico Panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021 não apenas dimensiona a magnitude do fenômeno, mas explicita tendências temporais, desigualdades regionais e padrões sociodemográficos que revelam o caráter estrutural do agravamento observado no país (Brasil, 2024a).

Entre 2010 e 2021, a taxa padronizada de mortalidade por suicídio aumentou 42% no país, passando de 5,2 para 7,5 óbitos por 100 mil habitantes. Em 2021, foram registrados 15.507 suicídios, com predomínio no sexo masculino (77,8%). Contudo, as notificações de lesões autoprovocadas apresentaram padrão inverso, concentrando-se majoritariamente no sexo feminino (70,3%), revelando a diferença entre letalidade e manifestação do sofrimento psíquico não fatal.

No mesmo ano, o suicídio ocupou a terceira posição entre as causas de morte de adolescentes de 15 a 19 anos e a quarta entre jovens de 20 a 29 anos, reafirmando a juventude como grupo particularmente vulnerável (Brasil, 2024a).

O boletim também explicita desigualdades territoriais e étnico-raciais importantes. A Região Sul apresentou as maiores taxas de mortalidade em 2021, enquanto os maiores incrementos percentuais no período ocorreram nas Regiões Norte e Nordeste.

Observa-se ainda maior mortalidade proporcional entre populações indígenas, além de padrões distintos nos meios utilizados, como maior frequência de enforcamento e uso de arma de fogo nesse grupo. Esses achados apontam para a necessidade de leitura contextualizada dos dados, considerando desigualdades estruturais, acesso a serviços e determinantes sociais da saúde.

No que se refere às notificações de violências autoprovocadas registradas no Sinan, foram contabilizados 114.159 casos em 2021, com predominância de intoxicação exógena como meio utilizado (67,1%).

Durante a pandemia de Covid-19, observou-se redução inicial nas notificações, seguida de retomada e intensificação da tendência de crescimento das taxas de mortalidade, indicando que o fenômeno não pode ser compreendido apenas como efeito conjuntural da crise sanitária, mas como expressão de um processo estrutural de agravamento do sofrimento psíquico no país.

Desse modo, a análise dos registros do SINAN exige uma abordagem crítica que reconheça simultaneamente seu potencial analítico e suas limitações enquanto fonte de informação. Os dados epidemiológicos devem ser interpretados à luz do contexto histórico, institucional e político da vigilância em saúde, evitando leituras reducionistas.

Assim, as notificações de lesões autoprovocadas não são apenas registros de eventos, mas expressam processos sociais, territoriais e institucionais que configuram a produção e o reconhecimento do sofrimento psíquico no Brasil.

2.4 Fatores Sociodemográficos e Desigualdades regionais

Neste estudo, a interseccionalidade é mobilizada como lente analítica para compreender como diferentes marcadores sociais como sexo, faixa etária, raça/cor e território não atuam de forma isolada, mas se articulam na produção de vulnerabilidades específicas. Conforme proposto por Crenshaw (1991), as desigualdades sociais não se distribuem de maneira aditiva, mas configuram experiências qualitativamente distintas quando essas dimensões se sobrepõem.

No caso das lesões autoprovocadas, essa perspectiva permite compreender que os padrões observados nas notificações não podem ser explicados apenas por variáveis isoladas, como sexo ou idade, mas resultam da interação entre condições sociais, acesso a serviços de saúde e formas socialmente situadas de expressão do sofrimento psíquico. Assim, a análise das notificações no

SINAN busca identificar como essas intersecções produzem diferentes configurações de risco e de acesso ao cuidado no território brasileiro.

A distribuição regional das notificações de lesões autoprovocadas evidencia a centralidade do território na produção e no registro do comportamento suicida. As diferenças observadas entre regiões refletem não apenas a ocorrência dos eventos, mas também desigualdades no acesso aos serviços de saúde, na organização das redes de atenção psicossocial e nas práticas de vigilância e notificação (Fattah; Lima, 2020).

A abordagem ecológica, ao considerar o território como espaço onde se articulam condições sociais, econômicas e institucionais, permite identificar áreas de maior vulnerabilidade, lacunas na oferta de cuidado e desigualdades estruturais que atravessam a experiência do sofrimento psíquico.

No plano sociodemográfico, as notificações de lesões autoprovocadas e os óbitos por suicídio no Brasil revelam desigualdades expressivas segundo sexo, idade, raça/cor e região. Observa-se o chamado “paradoxo de gênero”: mulheres apresentam maiores taxas de tentativa e notificação de autoagressão, enquanto homens concentram maior mortalidade por suicídio.

Em 2022, as taxas de notificação entre mulheres foram mais que o dobro das registradas entre homens (96,8/100.000 versus 42,1/100.000), ao passo que a mortalidade masculina foi quase quatro vezes superior (Alves et al., 2024). Adolescentes e jovens (10–29 anos) concentram a maior parte das notificações, enquanto homens adultos e idosos predominam entre os óbitos.

No que se refere à raça/cor, a população indígena apresenta as maiores taxas de notificação de autoagressão (103,72/100.000) e de suicídio (16,58/100.000), mas paradoxalmente as menores taxas de hospitalização, sugerindo barreiras no acesso aos serviços de urgência (Alves et al., 2024).

Além disso, regiões como Norte e Nordeste apresentam crescimento constante nas notificações, enquanto o Sul mantém as maiores taxas de mortalidade, evidenciando heterogeneidade territorial (Alves et al., 2024).

A análise dos fatores sociodemográficos e das desigualdades regionais, contudo, não pode se limitar à descrição isolada dessas variáveis. Os achados de Alves et al. (2024), ao examinarem notificações, hospitalizações e mortalidade entre 2011 e 2022, demonstram que esses marcadores operam de forma articulada, refletindo processos estruturais mais amplos.

Embora o delineamento ecológico não permita inferências individuais acerca da classe social, a distribuição desigual das taxas segundo raça/cor e território sugere a sobreposição de desigualdades historicamente associadas à precarização socioeconômica e às assimetrias no acesso às políticas públicas de saúde.

Nessa perspectiva, gênero, raça e classe devem ser compreendidos como dimensões interdependentes na conformação das vulnerabilidades. A maior frequência de notificações entre mulheres não pode ser dissociada das dinâmicas de violência de gênero e das formas socialmente situadas de expressão do sofrimento psíquico (Alves et al., 2024).

O crescimento das taxas de mortalidade entre pessoas negras e indígenas, por sua vez, aponta para desigualdades estruturais que atravessam condições de vida, acesso a cuidado oportuno e qualidade da atenção em saúde (Alves et al., 2024).

Quando esses marcadores se sobrepõem como no caso de mulheres negras residentes em territórios marcados por maior precarização socioeconômica se observa a possibilidade de riscos acumulados e barreiras específicas no reconhecimento e no acesso aos serviços de saúde mental (Barata, 2009; Alves et al., 2024).

Assim, os dados epidemiológicos não apenas descrevem tendências quantitativas, mas evidenciam como hierarquias sociais estruturam diferencialmente as trajetórias de sofrimento e cuidado no contexto brasileiro (Barata, 2009; Alves et al., 2024).

A consideração dessa dimensão interseccional amplia a compreensão das desigualdades regionais e sociodemográficas, situando a autolesão como fenômeno atravessado por múltiplas determinações sociais e reforçando a necessidade de políticas públicas intersetoriais que articulem vigilância, saúde mental e proteção social (Crenshaw, 1991; Barata, 2009; Alves et al., 2024).

Essas desigualdades revelam como marcadores sociais como raça, território e condições socioeconômicas se articulam na produção de vulnerabilidades diferenciadas em saúde (Barata, 2009; Alves et al., 2024).

No presente estudo, a interseccionalidade é operacionalizada por meio da análise articulada de variáveis sociodemográficas disponíveis nos sistemas de informação em saúde, especialmente sexo, faixa etária, raça/cor e região geográfica (Crenshaw, 1991; Barata, 2009).

A combinação desses marcadores busca evidenciar padrões diferenciados na distribuição das lesões autoprovocadas, permitindo identificar grupos populacionais em maior situação de vulnerabilidade. Ressalta-se, contudo, que se trata de uma análise em nível agregado, o que implica limitações quanto à inferência sobre trajetórias individuais, devendo os achados ser interpretados à luz de associações contextuais e não como relações causais diretas entre variáveis (Barata, 2009).

2.5 Dimensão subjetiva, fenomenológica e sociológica do sofrimento

Reconhecer o comportamento suicida como fenômeno social e de saúde pública não implica reduzir a análise a determinações estruturais, nem desconsiderar a dimensão subjetiva e

existencial do sofrimento. A tradição fenomenológica enfatiza que a autolesão pode ser compreendida como tentativa de manejo de um sofrimento vivido no corpo, no tempo e nas relações, frequentemente em contextos marcados por exclusão, perda de sentido e fragilização dos vínculos sociais (Ehrenberg, 2010).

Essa perspectiva permite articular os condicionantes sociais do sofrimento psíquico com a experiência singular dos sujeitos, evitando dicotomias entre indivíduo e sociedade (Barata, 2009; Durkheim, 2000). Ao integrar essas dimensões, o presente estudo adota uma compreensão ampliada do comportamento suicida e das lesões autoprovocadas, sustentando a análise dos dados epidemiológicos a partir de um referencial teórico que reconhece simultaneamente as desigualdades sociais, o território e a experiência vivida.

O conceito de cuidado em saúde, discutido por Ayres e colaboradores como inseparável da humanização das práticas e da consideração da singularidade do sujeito, rompe com lógicas biomédicas estritas e abre espaço para práticas de APS mais integradoras e sensíveis às condições de vida dos usuários (Deslandes; Ayres, 2005; Ayres, 2004).

Essa compreensão do cuidado como prática relacional e ética dialoga com a tradição fenomenológica, que enfatiza a experiência vivida e a singularidade do sofrimento psíquico.

No contexto contemporâneo, a compreensão do sofrimento psíquico exige considerar os efeitos da racionalidade neoliberal na produção das subjetividades. Conforme argumentam Coelho e Neves (2023), o neoliberalismo opera por meio de uma lógica individualizante que responsabiliza o sujeito por seu adoecimento, deslocando para o plano individual experiências que são socialmente produzidas.

Nesse cenário, o sofrimento psíquico tende a ser capturado por categorias diagnósticas que, ao mesmo tempo em que nomeiam o mal-estar, também o enquadram em uma gramática normativa, contribuindo para a patologização da vida cotidiana e para o obscurecimento de suas determinações sociais (Coelho e Neves, 2023; Ehrenberg, 2010; Barata, 2009).

A fenomenologia, enquanto método e atitude de investigação, propõe a compreensão dos fenômenos a partir da experiência vivida pelos sujeitos, privilegiando a descrição dos modos como o mundo é apreendido em sua concretude histórica e existencial (Minkowski, 2000). Em oposição a abordagens que reduzem a experiência a categorias explicativas previamente estabelecidas, a perspectiva fenomenológica busca suspender pressupostos e permitir que o sentido emergja tal como é vivido (Minkowski, 2000).

No campo da psicopatologia fenomenológica, Minkowski (2000) compreende o sofrimento não como mero sintoma ou desvio patológico, mas como dimensão constitutiva da

existência humana. Diferentemente da dor física, que pode ser identificada como resposta orgânica localizada, o sofrimento revela uma alteração na relação vital do sujeito com o mundo.

Essa ruptura manifesta-se no empobrecimento do tempo vivido, na perda de continuidade da experiência e na fragilização do ímpeto vital força que sustenta o movimento do existir e a abertura ao futuro (Minkowski, 2000). O sofrimento, nessa perspectiva, inscreve-se na dimensão pática da vida, isto é, na esfera da experiência sensível e afetiva que funda a condição humana (Minkowski, 2000).

Quando essa ruptura se intensifica em contextos marcados por desigualdades sociais, exclusão e fragilidade das mediações institucionais, o corpo pode tornar-se o espaço privilegiado de expressão do mal-estar (Barata, 2009; Ehrenberg, 2010).

A autolesão, nesse horizonte, não se reduz a comportamento de risco ou manifestação sintomática isolada, mas pode ser compreendida como tentativa paradoxal de reinscrição do sujeito em sua própria experiência, especialmente quando outras formas de simbolização se encontram limitadas (Minkowski, 2000; Coelho e Neves, 2023).

O gesto autolesivo pode, assim, assumir caráter expressivo, revelando uma busca por presença, reconhecimento ou reorganização da experiência diante do desamparo (Minkowski, 2000; Ehrenberg, 2010).

Ao deslocar o foco da classificação diagnóstica para a experiência vivida, a fenomenologia oferece contribuições relevantes para o campo da saúde coletiva (Minkowski, 2000; Barata, 2009).

Embora o presente estudo adote delineamento epidemiológico, a incorporação dessa perspectiva amplia a interpretação dos dados ao reconhecer que os agravos registrados nos sistemas de vigilância correspondem a experiências singulares situadas em contextos sociais específicos (Minkowski, 2000).

Como assinala Barata (2009), as desigualdades sociais estruturam diferencialmente as condições de adoecimento, de acesso ao cuidado e de proteção social. Nesse sentido, a articulação entre fenomenologia e epidemiologia permite compreender que as estatísticas não representam apenas números, mas territórios e grupos nos quais determinadas formas de sofrimento se tornam mais frequentes (Barata, 2009; Minkowski, 2000).

Ao analisarem a dimensão política do diagnóstico em saúde mental, Coelho e Neves (2023) mobilizam a crítica de Safatle ao Neoliberalismo como economia moral. Nessa perspectiva, os autores argumentam que o neoliberalismo opera como uma forma de gestão do sofrimento psíquico, produzindo subjetividades atravessadas pela precarização das condições de vida e pela responsabilização individual do mal-estar social (Coelho e Neves, 2023; Ehrenberg, 2010).

Essa dinâmica tende a deslocar para o sujeito a tarefa de administrar vulnerabilidades produzidas estruturalmente, intensificando sentimento de culpa, inadequação e desamparo (Coelho e Neves, 2023; Ehrenberg, 2010).

Nesse contexto, práticas como a autolesão podem ser compreendidas também como respostas corporais e simbólicas a processos sociais que limitam possibilidades de reconhecimento e pertencimento. Dessa forma, a compreensão das lesões autoprovocadas exige a articulação entre dimensões estruturais, institucionais e subjetivas (Minkowski, 2000; Barata, 2009; Coelho e Neves, 2023).

A tradição sociológica inaugurada por Durkheim (2000) evidencia a influência da integração e da regulação social sobre o comportamento suicida; a epidemiologia social demonstra como desigualdades estruturais moldam padrões de adoecimento; e a fenomenologia permite apreender a singularidade da experiência vivida (Durkheim, 2000; Barata, 2009; Minkowski, 2000).

Integradas, essas perspectivas sustentam uma análise que reconhece simultaneamente a determinação social do fenômeno e a irredutibilidade da experiência subjetiva, oferecendo base teórica para uma leitura ampliada dos dados epidemiológicos examinados neste estudo (Durkheim, 2000; Barata, 2009; Minkowski, 2000).

A articulação entre os diferentes referenciais discutidos sociológico, epidemiológico e fenomenológico permite compreender o comportamento suicida e as lesões autoprovocadas como fenômenos complexos, que emergem na intersecção entre condições sociais de vida, organização dos sistemas de cuidado e experiências singulares de sofrimento (Durkheim, 2000; Barata, 2009; Minkowski, 2000; Coelho e Neves, 2023).

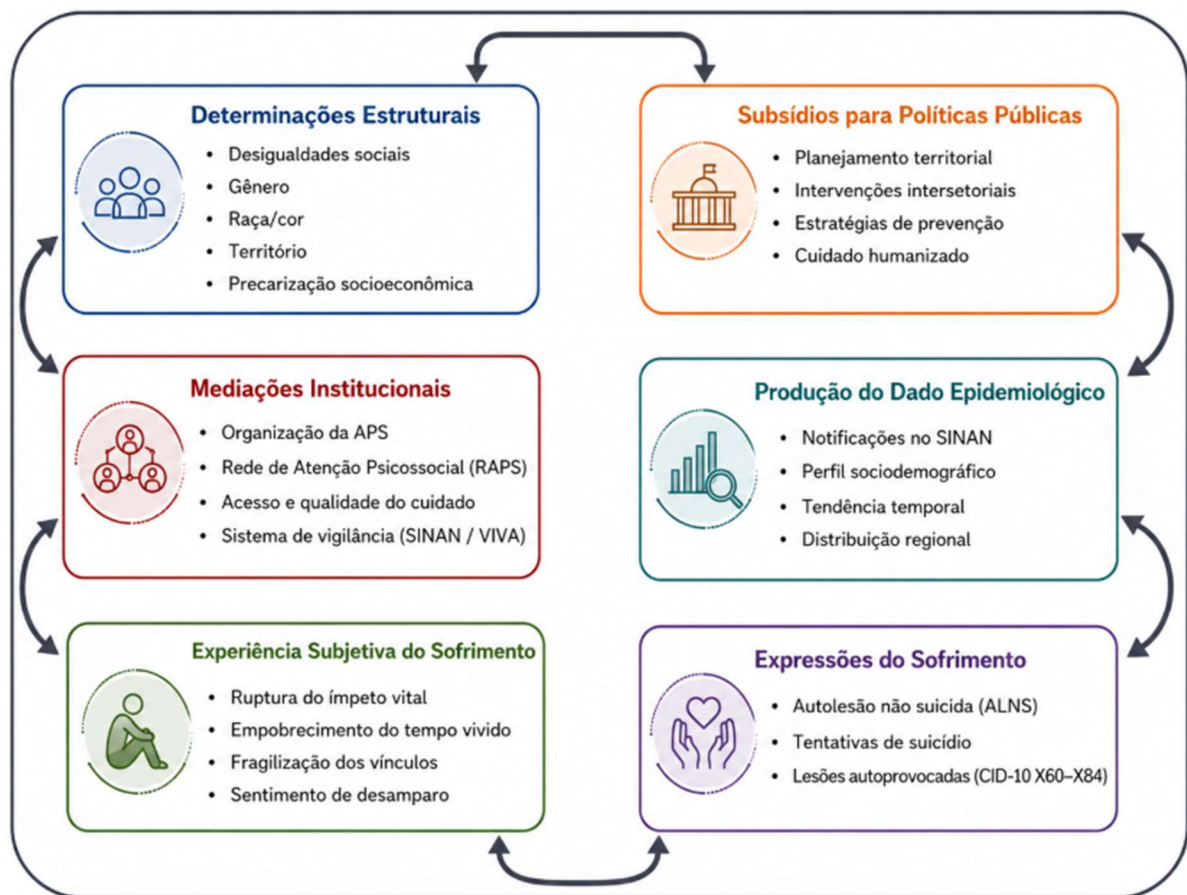
No campo da saúde coletiva, essa perspectiva ampliada possibilita superar abordagens estritamente individualizantes, reconhecendo o sofrimento psíquico como fenômeno socialmente situado e atravessado por desigualdades estruturais (Barata, 2009).

Ao mesmo tempo, a vigilância epidemiológica das violências autoprovocadas constitui instrumento fundamental para identificar padrões de ocorrência, tendências temporais e desigualdades territoriais, subsidiando o planejamento de políticas públicas de prevenção e cuidado em saúde mental (OMS, 2014; Alves et al., 2024).

Nessa perspectiva integrada, a análise das notificações de lesões autoprovocadas permite articular a produção do dado epidemiológico com a compreensão das condições sociais que estruturam a distribuição do sofrimento psíquico na população (Barata, 2009; Alves et al., 2024; Minkowski, 2000).

É justamente nesse entrecruzamento entre determinantes sociais da saúde, organização das redes de cuidado e experiência subjetiva do sofrimento que as lesões autoprovocadas se configuram como objeto privilegiado de investigação no campo da saúde coletiva (Barata, 2009; Alves et al., 2024; Coelho e Neves, 2023).

Figura 2 - Modelo conceitual para análise das lesões autoprovocadas no Brasil (2017–2024).



Fonte: Elaboração própria, com base em Durkheim (2000), Barata (2009), Ayres (2004), Deslandes e Ayres (2005), Minkowski (2000) e Alves et al. (2024).

A Figura 2 sintetiza o modelo conceitual que fundamenta esta investigação, organizando o fenômeno das lesões autoprovocadas em diferentes níveis de determinação. O esquema articula dimensões estruturais, institucionais e subjetivas, evidenciando como desigualdades sociais, mediações do sistema de saúde e experiência vivida do sofrimento convergem na produção e registro epidemiológico dos casos. O modelo evidencia que as políticas públicas não apenas respondem ao fenômeno, mas também podem reconfigurar as condições estruturais e institucionais que o produzem.

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo geral

Analisar o perfil epidemiológico, a variação temporal e a distribuição espacial das lesões autoprovocadas notificadas no Brasil, no período de 2017 a 2024.

3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico das lesões autoprovocadas notificadas no Brasil entre 2017 e 2024, segundo as características sociodemográficas investigadas.
- Analisar a variação temporal das notificações de lesões autoprovocadas no período de 2017 a 2024.
- Mapear a distribuição espacial das taxas de notificação de lesões autoprovocadas nas Unidades Federativas brasileiras, no período de 2017 a 2024.

4 MÉTODO

4.1 Tipo do estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, de abordagem quantitativa, com delineamento ecológico e análise temporal descritiva, baseado em dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

O estudo foi delineado a partir da perspectiva da saúde coletiva, que compreende os agravos como fenômenos socialmente determinados e territorialmente distribuídos. Esse desenho metodológico possibilitou examinar a variação temporal e a distribuição espacial das notificações de lesões autoprovocadas no Brasil, no período de 2017 a 2024, considerando a articulação entre território, desigualdades sociais e produção do dado epidemiológico.

Considerando o delineamento ecológico adotado, as análises basearam-se em dados agregados por unidades territoriais, não sendo possível estabelecer inferências diretas em nível individual. Nesse sentido, as associações identificadas devem ser interpretadas em nível populacional, sem implicar causalidade individual.

A interpretação dos achados considerou, ainda, que os determinantes sociais da saúde não atuam de forma linear ou determinística sobre a ocorrência das lesões autoprovocadas, mas configuram contextos de vulnerabilidade que se articulam a fatores individuais, relacionais e institucionais (Barata, 2009; Organização Mundial da Saúde, 2002).

4.2 Fonte de dados

Os dados utilizados neste estudo foram obtidos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, disponibilizado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), especificamente das notificações de violência interpessoal e autoprovocada.

Foram selecionados os registros da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada referentes ao período de 1º de janeiro de 2017 a 31 de dezembro de 2024. A base reúne notificações provenientes de serviços públicos e privados de saúde em todo o território nacional, registradas conforme as diretrizes do Ministério da Saúde.

A identificação dos casos de lesão autoprovocada foi realizada por meio do campo 54 da ficha de notificação, correspondente à tipologia da violência, sendo selecionados os registros classificados como “lesão autoprovocada = sim”. A população do estudo compreendeu, portanto, as notificações que atenderam a esse critério no período estabelecido, independentemente da evolução do caso.

A estrutura da ficha de notificação utilizada como referência para a seleção e análise das informações encontra-se apresentada no Anexo A, permitindo identificar as variáveis disponíveis e os campos que compõem o registro dos casos no sistema. A utilização da ficha como referência metodológica também permite explicitar características da fonte de dados, cuja qualidade depende do preenchimento dos campos pelos serviços notificadores.

4.3 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídas todas as notificações registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, no período de 1º de janeiro de 2017 a 31 de dezembro de 2024, classificadas como lesão autoprovocada.

A identificação dos casos foi realizada por meio do campo 54 da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada, correspondente à tipologia da violência, sendo selecionados exclusivamente os registros classificados como “lesão autoprovocada = sim”.

Foram excluídos os registros com classificação distinta nesse campo, incluindo aqueles classificados como “lesão autoprovocada = não”, bem como os registros com preenchimento ignorado foram mantidos quando pertinentes e apresentados separadamente. Também foram excluídas as notificações com ausência de informações sobre sexo, faixa etária ou Unidade da Federação de residência, por inviabilizarem as análises comparativas previstas, além dos registros duplicados identificados durante o processo de qualificação do banco de dados.

Essa estratégia metodológica está alinhada às orientações técnicas para análise das violências no SINAN, nas quais a identificação das lesões autoprovocadas se baseia na tipologia da violência registrada na ficha de notificação, e não exclusivamente na utilização de códigos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

4.4 Análise de dados

As análises foram conduzidas utilizando os softwares SPSS versão 24 e QGIS versão 3.34, com apoio do Excel para tabulações e elaboração de gráficos. Os dados secundários provenientes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação foram analisados de forma descritiva, considerando as características sociodemográficas e dos eventos presentes nas notificações.

A análise descritiva compreendeu o cálculo de frequências absolutas e relativas das notificações segundo as variáveis investigadas, bem como o cálculo das taxas de notificação por 100.000 habitantes, utilizando dados populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A análise temporal foi realizada de forma descritiva, considerando a distribuição das notificações ao longo do período de 2017 a 2024 e a comparação entre os períodos pré-pandemia (2017–2019), pandemia (2020–2022) e pós-pandemia (2023–2024). Foram analisadas as frequências absolutas e relativas das notificações e sua distribuição segundo as variáveis investigadas.

Para avaliar a associação entre os períodos analisados e as características das notificações, foi utilizado o teste do qui-quadrado, considerando nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Foram comparadas as distribuições das variáveis investigadas entre os períodos pré-pandemia, pandemia e pós-pandemia. Considerando o elevado número de observações da base, os resultados foram interpretados em conjunto com as frequências e proporções observadas, evitando-se atribuir relevância substantiva exclusivamente à significância estatística.

Além disso, foi conduzida análise espacial das taxas de notificação por Unidade Federativa. Foram elaborados mapas coropléticos utilizando o software QGIS (versão 3.34) e shapefiles oficiais do IBGE, com sistema de referência de coordenadas SIRGAS 2000. As taxas foram representadas espacialmente por classes, permitindo a comparação da distribuição territorial das notificações entre os períodos analisados.

A discussão dos achados foi realizada à luz da literatura científica e do referencial teórico adotado, articulando os resultados às discussões sobre desigualdades sociais, território e sofrimento psíquico. Essa perspectiva permitiu integrar as informações produzidas pelo sistema de vigilância epidemiológica às reflexões da saúde coletiva, considerando as determinações sociais, culturais e estruturais relacionadas ao fenômeno.

4.5 Aspectos éticos

Por se tratar de estudo com dados secundários de domínio público, sem identificação nominal dos indivíduos, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme as diretrizes da Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

4.6 Uso de ferramentas digitais

Durante a elaboração desta dissertação, foram utilizadas ferramentas de inteligência artificial generativa e assistiva, como ChatGPT (OpenAI), SciSpace, Consensus e NotebookLM, como recursos auxiliares para revisão linguística, organização textual e apoio à localização e síntese inicial da literatura científica.

Essas ferramentas não foram utilizadas para a realização das análises estatísticas ou espaciais apresentadas neste estudo. A definição do percurso teórico-metodológico, a seleção e avaliação crítica das referências, a análise dos dados e a interpretação dos resultados permaneceram sob responsabilidade da pesquisadora, que realizou a verificação e a revisão crítica das informações incorporadas ao trabalho.

As referências bibliográficas utilizadas foram conferidas pela autora nas respectivas fontes, não sendo incorporadas referências produzidas por ferramentas de inteligência artificial sem verificação.

A utilização dessas ferramentas foi declarada em observância aos princípios de integridade científica, responsabilidade autoral e transparência e às diretrizes estabelecidas pela Portaria CNPq nº 2.664, de 6 de março de 2026, que instituiu a Política de Integridade na Atividade Científica do CNPq.

5 RESULTADOS

Entre 2017 e 2024, foram registradas 1.010.487 notificações de lesões autoprovocadas no Brasil, a partir do sistema de informação de agravos de notificação.

Observou-se predominância de indivíduos na faixa etária de 20 a 40 anos (48,59%), seguida por adolescentes de 10 a 20 anos (29,17%). As demais faixas etárias apresentaram menor participação, com destaque para adultos de 40 a 60 anos (18,27%), idosos (3,21%) e crianças menores de 10 anos (0,75%) (Tabela 1).

Quanto ao sexo, houve predominância do sexo feminino (69,70%), enquanto o masculino representou 30,30% dos registros (Tabela 1).

Em relação à raça/cor, verificou-se maior frequência de indivíduos brancos (44,60%) e pardos (39,80%), seguidos por pretos (6,70%), amarelos (0,95%) e indígenas (0,58%). A proporção de registros ignorados foi de 7,05% (Tabela 1).

A variável escolaridade apresentou elevada proporção de registros ignorados (32,65%). Entre os registros com informação disponível, observou-se maior frequência de indivíduos com ensino médio completo (18,97%), seguidos por ensino médio incompleto (12,70%) e ensino fundamental incompleto (11,89%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas das notificações de lesões autoprovocadas no Brasil, 2017–2024.

Variável	Categoria	N	%
Faixa etária	Criança (<10 anos)	7.601	0,75
	Adolescente (10–20 anos)	294.711	29,17
	Adulto jovem (20–40 anos)	491.044	48,59
	Adulto (40–60 anos)	184.661	18,27
	Idoso (≥60 anos)	32.470	3,21
Sexo	Feminino	704.577	69,70
	Masculino	305.720	30,30
	Ignorado	190	0,02
Raça/Cor	Branca	451.084	44,60
	Parda	402.336	39,80
	Preta	67.832	6,70
	Amarela	9.554	0,95
	Indígena	5.814	0,58
	Ignorado	71.242	7,05
	Sem informação	2.625	0,26

Variável	Categoria	N	%
Escolaridade	Analfabeto	4.569	0,45
	1ª a 4ª série incompleta do EF	29.736	2,94
	4ª série completa do EF	21.663	2,14
	5ª a 8ª série incompleta do EF	120.111	11,89
	Ensino fundamental completo	64.717	6,40
	Ensino médio incompleto	128.050	12,70
	Ensino médio completo	191.747	18,97
	Educação superior incompleta	34.101	3,37
	Educação superior completa	31.730	3,14
	Ignorada	329.910	32,65
	Não se aplica	6.038	0,60
	Sem informação	48.115	4,80
Situação conjugal	Solteiro	505.407	50,00
	Casado/união	215.194	21,30
	Separado	40.190	3,98
	Viúvo	8.937	0,88
	Não se aplica	32.236	3,19
	Ignorado	192.876	19,10
	Sem informação	15.647	1,55

Quanto à situação conjugal, observou-se predominância de indivíduos solteiros (50,00%), seguidos por casados ou em união consensual (21,30%). As categorias separado (3,98%) e viúvo (0,88%) apresentaram menor frequência, enquanto registros ignorados corresponderam a 19,10% (Tabela 1).

Tabela 2 - Distribuição temporal e geográfica das notificações de lesões autoprovocadas no Brasil, 2017–2024.

Variável	Categoria	N	%
Período	Pré- pandemia (2017 a 2019)	282.789	28,00
	Pandemia (2020 a 2022)	352.057	34,80
	Pós-pandemia (2023 a 2024)	375.641	37,20
Região	Sudeste	462.480	45,77
	Sul	220.801	21,85
	Nordeste	167.925	16,62
	Centro-Oeste	97.454	9,64
	Norte	61.827	6,12

No período analisado, observou-se aumento das notificações ao longo do tempo, com maior proporção no período pós-pandemia (37,20%), seguido pelo período pandêmico (34,80%) e pré-pandemia (28,00%) (Tabela 2).

Em relação à distribuição geográfica, verificou-se concentração dos casos na região Sudeste (45,77%), seguida pelas regiões Sul (21,85%) e Nordeste (16,62%). As regiões Centro-Oeste (9,64%) e Norte (6,12%) apresentaram menores proporções de notificações (Tabela 2).

Esses resultados evidenciam variação temporal e distribuição regional das notificações no período analisado.

Tabela 3 - Distribuição dos casos segundo local de ocorrência e ocorrência prévia das lesões autoprovocadas no Brasil, 2017–2024.

Variável	Categoria	N	%
Local	Residência	840.598	83,20
	Via pública	45.277	4,48
	Escola	10.397	1,03
	Habitação coletiva	7.710	0,76
	Comércio/serviços	5.891	0,58
	Bar ou similar	2.931	0,29
	Indústrias/construção	618	0,06
	Local de prática esportiva	778	0,08
	Outro	26.332	2,61
	Ignorado	69.458	6,87
	Sem informação	497	0,05
Ocorrência prévia	Sim	431.770	42,73
	Não	359.493	35,58
	Ignorado	212.587	21,04
	Sem informação	6.637	0,66

Observou-se predominância das ocorrências no ambiente residencial (83,20%), seguido pela via pública (4,48%) e escola (1,03%). As demais categorias apresentaram baixa frequência relativa, destacando-se ainda a categoria “outro” (2,61%). A proporção de registros ignorados foi de 6,87%, enquanto os casos sem informação corresponderam a 0,05% (Tabela 3).

Em relação à ocorrência prévia, 42,73% dos indivíduos relataram episódios anteriores, enquanto 35,58% não apresentaram recorrência. A proporção de registros ignorados foi de 21,04% (Tabela 3).

Tabela 4 - Distribuição dos tipos de violência nas notificações de lesões autoprovocadas no Brasil, 2017–2024.

Tipo de violência	N (Sim)	%
Violência física	289.981	28,70
Violência psicológica/moral	35.007	3,46
Tortura	4.114	0,41
Violência sexual	2.056	0,20
Tráfico de seres humanos	118	0,01
Violência financeira/econômica	794	0,08
Negligência/abandono	8.832	0,87
Trabalho infantil	304	0,03
Intervenção legal	313	0,03
Outros	665.626	65,90

Em relação aos tipos de violência, observou-se maior frequência de violência física (28,70%), seguida pela violência psicológica/moral (3,46%) e negligência/abandono (0,87%). As demais categorias apresentaram baixa frequência relativa, incluindo tortura (0,41%), violência sexual (0,20%), tráfico de seres humanos (0,01%), violência financeira/econômica (0,08%), trabalho infantil (0,03%) e intervenção legal (0,03%). Destaca-se a elevada proporção da categoria “outros” (65,90%) (Tabela4).

Quanto aos meios de agressão, observou-se predominância de envenenamento/intoxicação (63,40%), seguido pelo uso de objetos perfurocortantes (18,13%) e pela categoria “outros” (11,22%). Os demais meios apresentaram menor frequência, incluindo enforcamento (6,64%), força corporal/espancamento (2,51%), objeto contundente (1,62%), objeto quente (1,03%), arma de fogo (0,60%) e ameaça (0,52%) (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição dos meios de agressão nas notificações de lesões autoprovocadas no Brasil, 2017–2024.

Meio de agressão	N (Sim)	%
Envenenamento/intoxicação	640.402	63,40
Objeto perfurocortante	183.223	18,13
Outros	113.330	11,22
Enforcamento	67.062	6,64
Objeto contundente	16.350	1,62
Força corporal/espancamento	25.382	2,51
Ameaça	5.276	0,52

Meio de agressão	N (Sim)	%
Objeto quente	10.432	1,03
Arma de fogo	6.103	0,60

Em relação à presença de deficiência ou transtorno, observou-se que 30,60% dos indivíduos apresentavam alguma condição, enquanto 50,50% não possuíam. A proporção de registros ignorados foi de 18,18% (Tabela 6).

Tabela 6 - Presença de deficiência ou transtorno nas notificações de lesões autoprovocadas no Brasil, 2017–2024.

Condição geral	N	%
Possui deficiência/transtorno	309.006	30,60
Não possui	510.152	50,50
Não se aplica	199	0,02
Ignorado	183.730	18,18

Observou-se associação estatisticamente significativa entre as características sociodemográficas e o período das notificações de lesões autoprovocadas ($p < 0,001$ para todas as variáveis analisadas) (Tabela 7).

Em relação à faixa etária, verificou-se aumento da proporção de adultos jovens (20 a 40 anos) ao longo do tempo, passando de 46,4% no período pré-pandemia para 50,6% no pós-pandemia. Em contrapartida, a proporção de adolescentes (10 a 20 anos) apresentou redução, de 30,8% para 26,8% no mesmo período, enquanto as demais faixas etárias mantiveram-se relativamente estáveis (Tabela 7).

Quanto ao sexo, observou-se predominância do sexo feminino em todos os períodos analisados, com proporções de 68,2% no período pré-pandemia, 69,5% durante a pandemia e 67,8% no pós-pandemia. A participação do sexo masculino manteve-se estável ao longo do período (Tabela 7).

Em relação à raça/cor, verificou-se redução da proporção de indivíduos brancos, de 53,4% no período pré-pandemia para 44,5% no pós-pandemia. Em contrapartida, houve aumento da proporção de indivíduos pardos, passando de 38,4% para 46,1% no mesmo período. A proporção de indivíduos pretos apresentou leve aumento, enquanto as demais categorias mantiveram-se estáveis (Tabela 7).

Tabela 7 - Associação entre características sociodemográficas e período das notificações de lesões autoprovocadas, Brasil, 2017–2024

Variável	Categoria	Pré-pandemia N (%)	Pandemia N (%)	Pós-pandemia N (%)	P valor ^{&}
Faixa etária	Criança	2.397 (0,8)	2.232 (0,6)	2.972 (0,8)	<0,001
	Adolescente	87.055 (30,8)	106.978 (30,4)	100.678 (26,8)	
	Adulto jovem	131.115 (46,4)	169.955 (48,3)	189.974 (50,6)	
	Adulto	52.777 (18,7)	61.674 (17,5)	70.217 (18,7)	
	Idoso	9.445 (3,3)	11.218 (3,2)	11.807 (3,1)	
Sexo	Masculino	85.601 (31,5)	103.762 (30,3)	111.676 (31,0)	<0,001
	Feminino	185.511 (68,2)	238.193 (69,5)	247.190 (67,8)	
Raça/Cor	Branca	137.457 (53,4)	154.873 (48,0)	158.754 (44,5)	<0,001
	Preta	17.416 (6,8)	23.008 (7,1)	27.408 (7,7)	
	Amarela	2.013 (0,8)	3.557 (1,1)	3.984 (1,1)	
	Parda	98.760 (38,4)	139.055 (43,1)	164.521 (46,1)	
	Indígena	1.594 (0,6)	2.045 (0,6)	2.175 (0,6)	
Escolaridade	Analfabeto	1.670 (0,9)	1.495 (0,7)	1.404 (0,6)	<0,001
	1ª a 4ª série incompleta do EF	10.348 (5,7)	9.818 (4,6%)	9.570 (4,0)	
	4ª série completa do EF	7.171 (4,0)	7.626 (3,5)	6.866 (2,9)	
	5ª a 8ª série incompleta do EF	39.633 (21,9)	40.940 (19,0)	39.538 (16,7)	
	Ensino fundamental completo	19.207 (7,2)	22.213 (6,6)	23.297 (6,5)	
	Ensino médio incompleto	37.000 (20,5)	44.168 (20,5)	46.882 (19,8)	
	Ensino médio completo	45.721 (25,3)	64.661 (30,1)	81.365 (34,4)	
	Educação superior incompleta	10.039 (5,6)	11.550 (5,4)	12.512 (5,3)	
	Educação superior completa	8.233 (4,6)	10.449 (4,9)	13.048 (5,5)	
	Ignorada	87.145 (32,5)	120.140 (35,9)	122.625 (34,1)	
	Não se aplica	1.784 (0,7)	2.055 (0,6)	2.199 (0,6)	
Situação conjugal	Solteiro	137.954 (60,4%)	175.821 (63,9%)	191.632 (64,2%)	<0,001
	Casado/união	65.761 (28,8%)	71.950 (26,2%)	77.483 (25,9%)	
	Viúvo	2.846 (1,2%)	3.005 (1,1%)	3.086 (1,0%)	
	Separado	12.708 (5,6%)	13.182 (4,8%)	14.300 (4,8%)	

Variável	Categoria	Pré-pandemia	Pandemia	Pós-pandemia	P valor ^{&}
		N (%)	N (%)	N (%)	
	Não se aplica	8.972 (3,9%)	11.152 (4,1%)	12.112 (4,1%)	

[&] Teste de Qui-Quadrado

No que se refere à escolaridade, observou-se elevada proporção de registros ignorados em todos os períodos analisados. Entre os registros com informação disponível, verificou-se aumento da proporção de indivíduos com ensino médio completo, passando de 17,1% no período pré-pandemia para 22,6% no pós-pandemia. Em contrapartida, observou-se redução proporcional das categorias relacionadas à menor escolaridade, especialmente entre indivíduos com ensino fundamental incompleto e analfabetismo (Tabela 7).

Quanto à situação conjugal, verificou-se aumento da proporção de indivíduos solteiros, de 60,4% no período pré-pandemia para 64,2% no pós-pandemia, enquanto a proporção de indivíduos casados ou em união consensual apresentou redução ao longo do período. As demais categorias apresentaram variações discretas (Tabela 7).

Observou-se associação estatisticamente significativa entre o local de ocorrência, a recorrência das lesões autoprovocadas e o período analisado ($p < 0,001$). Em todos os períodos, predominou a ocorrência no ambiente residencial, correspondendo a mais de 80% dos registros. Verificou-se discreto aumento proporcional das ocorrências em via pública no período pós-pandemia, enquanto as notificações em escolas apresentaram redução durante a pandemia, com posterior retomada no período pós-pandêmico. As demais categorias mantiveram frequências relativamente baixas ao longo do período analisado (Tabela 8)

Em relação à ocorrência prévia, observou-se aumento progressivo da proporção de indivíduos com episódios anteriores de lesão autoprovocada, passando de 38,5 no período pré-pandemia para 46,5 no pós-pandemia. Em contrapartida, verificou-se redução proporcional dos registros classificados como primeira ocorrência ao longo do período analisado. A proporção de registros ignorados manteve-se elevada em todos os períodos, embora com discreta redução no pós-pandemia (Tabela 8).

Tabela 8 - Associação entre local de ocorrência, recorrência e período das notificações de lesões autoprovocadas, Brasil, 2017–2024.

Variável	Categoria	Pré-pandemia N (%)	Pandemia N (%)	Pós-pandemia N (%)	p valor ^{&}
Local de ocorrência	Residência	234.502 (82,9)	294.371 (83,7)	311.725 (83,0)	<0,001
	Habitação coletiva	2.473 (0,9)	2.186 (0,6)	3.051 (0,8)	
	Escola	3.328 (1,2)	2.719 (0,8)	4.350 (1,2)	
	Local de prática esportiva	203 (0,1)	264 (0,1)	311 (0,1)	
	Bar ou similar	990 (0,4)	820 (0,2)	1.121 (0,3)	
	Via pública	12.041 (4,3)	15.137 (4,3)	18.099 (4,8)	
	Comércio/serviços	1.575 (0,6)	1.777 (0,5)	2.539 (0,7)	
	Indústrias/construção	184 (0,1)	210 (0,1)	224 (0,1)	
	Outro	6.904 (2,5)	8.617 (2,4)	10.731 (2,9)	
	Ignorado	20.425 (7,2)	25.678 (7,3)	23.355 (6,2)	
Ocorrência prévia	Sim	108.471 (38,5)	149.616 (42,9)	173.683 (46,5)	<0,001
	Não	110.678 (39,3)	121.271 (34,9)	127.094 (34,1)	
	Ignorado	62.417 (22,2)	77.811 (22,3)	72.359 (19,4)	

[&] Teste de Qui-Quadrado

Observou-se associação estatisticamente significativa entre os tipos de violência e os períodos analisados ($p < 0,001$). A categoria “outros tipos de violência” apresentou maior frequência em todos os períodos, com aumento proporcional no pós-pandemia, passando de 61,7 no período pré-pandemia para 69,9 no período pós-pandêmico (Tabela 9).

A violência física também apresentou elevada frequência entre as notificações de lesões autoprovocadas, embora tenha ocorrido redução proporcional durante a pandemia e no período subsequente. A violência psicológica/moral apresentou redução no período pandêmico, seguida de aumento no pós-pandemia. As demais formas de violência, incluindo violência sexual, negligência/abandono, violência financeira/econômica, tráfico de seres humanos, trabalho infantil e intervenção legal, mantiveram baixas frequências ao longo de todo o período analisado (Tabela 9).

Tabela 9 - Associação entre os tipos de violência e o período das notificações de lesões autoprovocadas, Brasil, 2017–2024.

Variável	Pré- pandemia N (%)	Pandemia N (%)	Pós-pandemia N (%)	p valor ^{&}
Violência física	104.737 (37,1)	90.837 (25,8)	94.407 (25,2)	<0,001
Violência psicológica/moral	12.535 (4,4)	6.640 (1,9)	15.832 (4,2)	<0,001
Tortura	1.625 (0,6)	895 (0,3)	1.594 (0,4)	<0,001
Violência sexual	766 (0,3)	215 (0,1)	1.075 (0,3)	<0,001
Tráfico de seres humanos	29 (0,0)	25 (0,0)	64 (0,0)	<0,001
Violência financeira/econômica	284 (0,1)	141 (0,0)	369 (0,1)	<0,001
Negligência/abandono	2.954 (1,0)	2.766 (0,8)	3.112 (0,8)	<0,001
Trabalho infantil	60 (0,0)	27 (0,0)	117 (0,0)	<0,001
Intervenção legal	117 (0,0)	51 (0,0)	145 (0,0)	<0,001
Outros tipos de violência	174.356 (61,7)	229.025 (65,1)	262.245 (69,9)	<0,001

[&] Teste de Qui-Quadrado

Observou-se associação estatisticamente significativa entre os meios de agressão e os períodos analisados ($p < 0,001$). O envenenamento/intoxicação representou o principal meio utilizado nas lesões autoprovocadas em todos os períodos, com aumento proporcional durante a pandemia. Também foi observado crescimento proporcional do uso de objetos cortantes ao longo do período analisado, especialmente no pós-pandemia. Em contrapartida, houve redução proporcional dos registros envolvendo força corporal/spancamento e outros meios de agressão durante o período pandêmico. Os demais meios apresentaram frequências relativamente baixas e pouca variação entre os períodos analisados (Tabela 10).

Tabela 10 - Associação entre os meios de agressão e o período das notificações de lesões autoprovocadas, Brasil, 2017–2024.

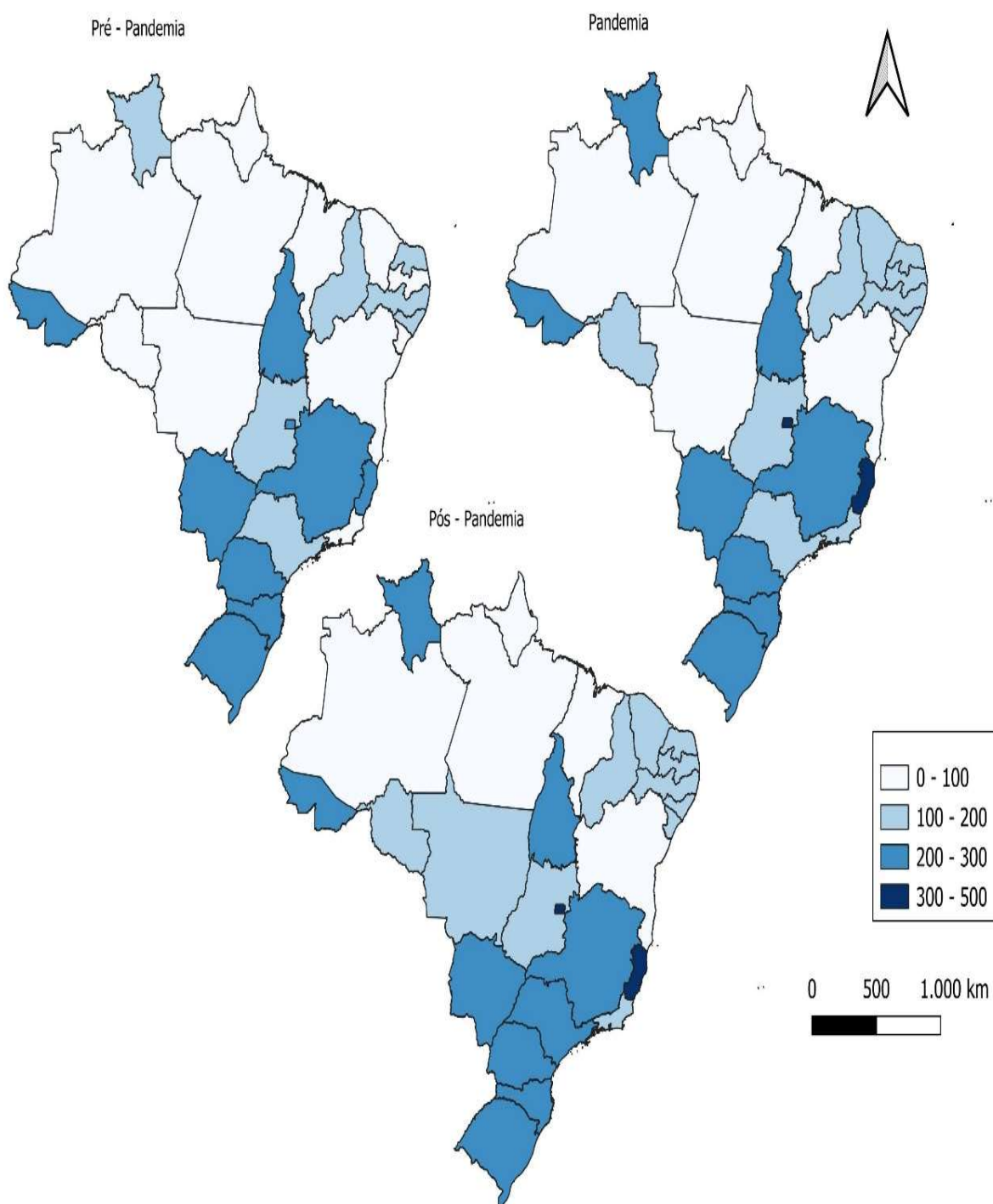
Variável	Pré-pandemia N (%)	Pandemia N (%)	Pós-pandemia N (%)	p valor ^{&}
Força corporal/spancamento	8.485 (3,0)	6.462 (1,9)	10.435 (2,8)	<0,001
Enforcamento	19.643 (7,0)	23.050 (6,6)	24.369 (6,6)	<0,001
Objeto contundente	4.089 (1,5)	5.555 (1,6)	6.706 (1,8)	<0,001
Objeto cortante	46.947 (16,8)	64.749 (18,6)	71.527 (19,2)	<0,001
Substância/objeto quente	3.013 (1,1)	3.635 (1,0)	3.784 (1,0)	<0,001

Variável	Pré-pandemia N (%)	Pandemia N (%)	Pós-pandemia N (%)	p valor^{&}
Envenenamento/intoxicação	171.957 (61,2)	233.090 (66,6)	235.355 (63,0)	<0,001
Arma de fogo	2.015 (0,7)	1.978 (0,6)	2.110 (0,6)	<0,001
Ameaça	1.718 (0,6)	719 (0,2)	2.839 (0,8)	<0,001
Outro meio de agressão	44.956 (16,2)	30.632 (8,8)	37.742 (10,2)	<0,001

[&] Teste de Qui-Quadrado

A análise espacial evidenciou distribuição heterogênea das taxas de notificação de lesões autoprovocadas no Brasil. Observou-se concentração persistente de maiores taxas nas regiões Sul, Centro-Oeste e no Distrito Federal ao longo de todos os períodos analisados. No período pandêmico e, principalmente, no pós-pandemia, verificou-se ampliação territorial das unidades federativas classificadas nas faixas mais elevadas de taxas de notificação, evidenciando intensificação dos registros no território nacional.

Figura 3 - Distribuição espacial das taxas de notificação de lesões autoprovocadas no Brasil nos períodos pré-pandemia (2017–2019), pandemia (2020–2022) e pós-pandemia (2023–2024).



6 DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo indicam que as notificações de lesões autoprovocadas no Brasil, entre 2017 e 2024, não se distribuem de forma homogênea no território nem entre os diferentes grupos populacionais, mas apresentam diferenças sociodemográficas e regionais que devem ser consideradas na formulação de respostas em saúde pública.

Ao longo do período analisado, foram registradas 1.010.487 notificações de lesões autoprovocadas no SINAN, com tendência geral de crescimento dos registros, predominância do sexo feminino, concentração entre adultos jovens, elevada frequência de episódios no ambiente residencial e de notificações com ocorrência prévia registrada, além de importante heterogeneidade entre as unidades federativas quanto às taxas de notificação.

Esses achados são coerentes com estudos nacionais que descrevem aumento das notificações de violências autoprovocadas e das taxas de mortalidade por suicídio, com diferenças segundo sexo, faixa etária, raça/cor e região. Esse movimento ocorreu paralelamente ao fortalecimento da vigilância e à implementação de marcos normativos, como a Lei nº 13.819/2019, que instituiu a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (Brasil, 2019; Brasil, 2024a; Alves et al., 2024).

No entanto, o aumento das notificações observado neste estudo não pode ser interpretado de forma linear como expressão exclusiva de maior ocorrência do fenômeno. A magnitude registrada também é influenciada pela capacidade dos serviços de reconhecer e notificar os casos, pela organização dos fluxos de vigilância e por mudanças no acesso aos serviços. Assim, a variação temporal observada pode refletir simultaneamente mudanças na ocorrência das lesões autoprovocadas e na capacidade institucional de identificá-las e registrá-las (Brasil, 2022; Fattah; Lima, 2020; Alves et al., 2024).

Os padrões identificados segundo sexo, idade, raça/cor e território também indicam que as notificações se distribuem de forma socialmente desigual. Esses marcadores não devem ser interpretados isoladamente, pois se articulam às condições sociais de vida, às possibilidades de acesso ao cuidado e à própria capacidade dos serviços de reconhecer e registrar os eventos. Desse modo, os dados do SINAN devem ser compreendidos simultaneamente como expressão dos eventos identificados pelos serviços e das condições sociais e institucionais que participam de sua visibilidade epidemiológica (Crenshaw, 1991; Barata, 2009; Brasil, 2022).

A partir dessa perspectiva, as seções seguintes discutem a magnitude e a variação temporal das notificações; o paradoxo de gênero; a distribuição espacial e a territorialidade; a concentração entre jovens no contexto pós-pandêmico; os meios de agressão; o espaço doméstico e a ocorrência

prévia das lesões; e, por fim, as implicações desses achados para a vigilância em saúde e para as estratégias de prevenção e cuidado no âmbito do Sistema Único de Saúde.

6.1 Magnitude das notificações e variação temporal

Entre 2017 e 2024, foram identificadas 1.010.487 notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. A distribuição dos registros segundo os períodos definidos no estudo mostrou maior participação no pós-pandemia (375.641; 37,20%), seguida pelo período pandêmico (352.057; 34,80%) e pelo período pré-pandemia (282.789; 28,00%). Considerando que o período pós-pandemia compreende apenas os anos de 2023 e 2024, enquanto os dois períodos anteriores abrangem três anos cada, a concentração de mais de um terço das notificações nesses dois últimos anos evidencia elevada magnitude dos registros no período pós-pandemia.

Esse comportamento é consistente com estudos nacionais que também identificaram crescimento das notificações de lesões autoprovocadas em diferentes populações e períodos. Bahia et al. (2020) observaram aumento das notificações entre adolescentes brasileiros, enquanto estudos posteriores apontaram manutenção da tendência ascendente em séries mais recentes. Embora os intervalos temporais, populações e critérios de seleção não sejam diretamente comparáveis, a convergência dos achados indica que o crescimento observado nesta dissertação se insere em um movimento mais amplo de aumento dos registros de lesões autoprovocadas no país (Correia et al., 2026; Alves et al., 2024).

A interpretação dessa tendência, entretanto, exige cautela. O aumento das notificações não corresponde necessariamente, na mesma proporção, ao aumento da ocorrência populacional das lesões autoprovocadas. A implantação e o progressivo fortalecimento da vigilância das violências no Brasil, incluindo a incorporação das notificações ao SINAN, a obrigatoriedade da notificação e a instituição da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, contribuíram para ampliar a capacidade de identificação e registro desses eventos (Brasil, 2011; Brasil, 2014; Brasil, 2019; Brasil, 2022).

Assim, mudanças na magnitude registrada podem refletir simultaneamente variações na ocorrência das lesões autoprovocadas, no acesso aos serviços e na capacidade institucional de detectar e notificar os casos. Essa distinção é particularmente relevante na interpretação de dados secundários do SINAN, uma vez que o registro depende do contato com os serviços de saúde e do funcionamento dos fluxos de vigilância (Brasil, 2022; Alves et al., 2024).

O período da pandemia de COVID-19 evidencia essa complexidade. Dados nacionais apontaram redução acentuada das notificações de violência autoprovocada no início das medidas

de restrição, seguida de recuperação posterior. Entre o primeiro e o segundo trimestres de 2020, o Ministério da Saúde registrou redução de 38,8% das notificações, enquanto, entre o segundo e o quarto trimestres de 2021, observou-se aumento de 47,8%, com retorno a patamares próximos aos anteriores à pandemia. Esse comportamento tem sido relacionado às alterações no acesso aos serviços, na circulação da população e na capacidade de identificação e registro dos eventos durante a emergência sanitária (Brasil, 2024a).

Os resultados desta dissertação são compatíveis com esse cenário ao demonstrarem maior concentração das notificações no período pós-pandemia. Entretanto, a agregação dos dados em três blocos temporais, pré-pandemia, pandemia e pós-pandemia, não permite identificar oscilações mensais ou trimestrais dentro de cada período. Dessa forma, a maior participação das notificações no período pandêmico em relação ao pré-pandêmico não deve ser interpretada como evidência de crescimento contínuo durante toda a pandemia, pois variações internas podem ter sido suavizadas pela estratégia de agregação adotada.

Também é necessário distinguir a dinâmica das notificações daquela observada para a mortalidade por suicídio. Enquanto os registros de óbitos dependem dos sistemas de mortalidade, as notificações de lesões autoprovocadas não fatais dependem do contato com os serviços e de sua capacidade de reconhecer e registrar os eventos. Estudos nacionais apontaram redução inicial de alguns indicadores durante a pandemia, seguida de retomada ou aceleração posterior, reforçando que diferentes fontes de informação captam dimensões distintas do fenômeno (Brasil, 2024a; OMS, 2022).

Em síntese, o elevado número de notificações e sua maior concentração no período pós-pandemia reforçam a relevância das lesões autoprovocadas para a vigilância em saúde no período estudado. A interpretação mais consistente é que o comportamento temporal observado resulte da interação entre possíveis mudanças na ocorrência dos eventos, alterações no acesso aos serviços e fortalecimento progressivo, embora desigual, dos mecanismos de vigilância. Portanto, os registros do SINAN devem ser interpretados como medida da ocorrência identificada pelo sistema de saúde, e não como estimativa direta da incidência populacional das lesões autoprovocadas (Brasil, 2022; Brasil, 2024a; Alves et al., 2024).

6.2 Sexo e paradoxo de gênero

No presente estudo, foram identificadas 1.010.487 notificações de lesões autoprovocadas no Brasil entre 2017 e 2024, das quais 704.577 (69,70%) corresponderam ao sexo feminino e 305.720 (30,30%) ao sexo masculino, configurando uma razão aproximada de 2,3 notificações

femininas para cada notificação masculina. A predominância feminina foi observada nos três períodos analisados, demonstrando a manutenção desse padrão ao longo do recorte temporal estudado.

A magnitude desse achado é semelhante à descrita em estudos nacionais. Alves et al. (2024), ao analisarem dados brasileiros entre 2011 e 2022, identificaram 69,57% das notificações entre mulheres e 30,43% entre homens, proporções praticamente coincidentes com as observadas nesta dissertação. Os autores também verificaram maior taxa de notificação entre mulheres em 2022, enquanto os homens apresentaram maior mortalidade por suicídio. Outros estudos brasileiros identificaram igualmente predominância feminina nos registros de eventos autolesivos não fatais, inclusive entre adolescentes e em séries históricas nacionais (Bahia et al., 2020; Correia et al., 2026).

Esse padrão é compatível com o denominado paradoxo de gênero do comportamento suicida, caracterizado pela maior frequência de ideação, tentativas e eventos autolesivos não fatais entre mulheres e pela maior mortalidade por suicídio entre homens. Estudos internacionais também descrevem essa dissociação, embora sua magnitude varie segundo idade, contexto sociocultural, definição do evento e fonte de informação utilizada (Muehlenkamp et al., 2012; Swannell et al., 2014; Turecki et al., 2019). O paradoxo, portanto, não deve ser interpretado como uma característica natural ou exclusivamente biológica dos sexos, mas como um fenômeno complexo no qual podem participar diferenças relacionadas aos meios empregados, à letalidade dos episódios, às formas de expressão do sofrimento e à relação com os serviços de saúde.

A distribuição dos meios de agressão constitui uma dimensão relevante dessa interpretação. Nesta pesquisa, o envenenamento/intoxicação foi o meio predominante nas notificações, seguido pelo uso de objetos perfurocortantes e pelo enforcamento. Alves et al. (2024) também identificaram predominância do envenenamento nas notificações brasileiras, particularmente entre mulheres, enquanto o enforcamento apresentou maior participação proporcional entre homens. Estudos internacionais descrevem diferenças semelhantes quanto aos métodos empregados, apontando maior utilização feminina de intoxicação por medicamentos ou outras substâncias e maior participação masculina em métodos de maior letalidade, embora esses padrões variem entre populações e contextos (Berardelli et al., 2023; Turecki et al., 2019).

Essa diferença entre frequência dos registros não fatais e mortalidade constitui uma das dimensões consideradas na interpretação do paradoxo de gênero. Dados nacionais indicam mortalidade por suicídio substancialmente superior entre homens, apesar da maior frequência feminina nas notificações de lesões autoprovocadas (Alves et al., 2024). A escolha de métodos de

maior letalidade pode contribuir para esse padrão, mas não constitui explicação única, uma vez que fatores como intencionalidade, oportunidade de resgate, contexto do evento, procura por atendimento e acesso oportuno aos serviços também podem estar relacionados aos diferentes desfechos.

A dimensão social do gênero amplia essa interpretação. As relações de gênero influenciam modos de expressão do sofrimento, reconhecimento das necessidades de saúde e utilização dos serviços, não podendo ser reduzidas a diferenças biológicas entre homens e mulheres. Estudos brasileiros indicam maior utilização dos serviços de saúde pelas mulheres e apontam que determinados padrões de masculinidade, associados à valorização da autossuficiência, do controle emocional e da invulnerabilidade, podem constituir barreiras ao reconhecimento do sofrimento e à busca por cuidado (Villela, 2005; Schraiber et al., 2010; Machin et al., 2011). Essas relações não são homogêneas e devem ser compreendidas em articulação com idade, raça/cor, condições socioeconômicas e território.

Nesse sentido, a predominância feminina nas notificações não permite concluir, isoladamente, que as mulheres apresentem maior ocorrência de todas as dimensões do comportamento suicida. Os dados do SINAN representam eventos identificados e notificados pelos serviços de saúde, e a proporção observada pode refletir tanto diferenças na ocorrência de episódios não fatais quanto diferenças na procura por atendimento, nos meios utilizados e na possibilidade de os eventos alcançarem os serviços e serem registrados. De forma semelhante, a menor proporção masculina nas notificações não deve ser interpretada como menor sofrimento ou menor vulnerabilidade, especialmente diante da maior mortalidade por suicídio observada entre homens.

A perspectiva do cuidado proposta por Ayres (2004) contribui para compreender que a resposta dos serviços não deve se limitar à identificação do evento, mas considerar as diferentes formas pelas quais mulheres e homens expressam sofrimento e estabelecem relações com a rede de saúde. Assim, a predominância feminina nas notificações requer acolhimento que evite naturalizar a associação entre feminino e fragilidade, enquanto a menor presença masculina nos registros não deve produzir invisibilidade das necessidades de cuidado desse grupo.

Em síntese, os resultados desta dissertação evidenciam a predominância feminina nas notificações de lesões autoprovocadas no Brasil e mostram forte convergência com estudos nacionais e internacionais. Entretanto, quando esse achado é analisado em conjunto com a maior mortalidade masculina descrita na literatura, evidencia-se a necessidade de interpretar sexo e gênero para além da frequência isolada dos registros. O paradoxo de gênero revela padrões

distintos de visibilidade dos eventos não fatais e dos desfechos fatais, reforçando a importância de estratégias de vigilância e cuidado sensíveis às relações de gênero, sem pressupor que um dos sexos seja, de forma homogênea, mais vulnerável que o outro (Ayres, 2004; Alves et al., 2024; OMS, 2025).

6.3 Distribuição espacial e territorialidade

A análise espacial evidenciou distribuição heterogênea das notificações de lesões autoprovocadas entre as unidades federativas brasileiras. Embora a Região Sudeste tenha concentrado a maior proporção absoluta dos registros entre 2017 e 2024 (45,77%), seguida pelas Regiões Sul (21,85%) e Nordeste (16,62%) (Tabela 2), os mapas das taxas de notificação revelaram configuração distinta, com concentração das classes mais elevadas na Região Sul, no Distrito Federal e em parte do Centro-Oeste (Figura 3). Esse resultado demonstra que números absolutos e taxas expressam dimensões distintas do fenômeno e reforça a importância da utilização de medidas relativas para a comparação entre territórios com diferentes contingentes populacionais (Barata, 2009; Brasil, 2024a).

A comparação entre os períodos pré-pandemia (2017–2019), pandemia (2020–2022) e pós-pandemia (2023–2024) mostrou persistência de unidades federativas classificadas nas faixas mais elevadas de taxas, particularmente na Região Sul, no Distrito Federal e em parte do Centro-Oeste. Os mapas também evidenciaram mudanças na distribuição territorial das classes ao longo dos períodos analisados, indicando que a configuração espacial das notificações não permaneceu estática (Figura 3). Entretanto, considerando que os períodos possuem durações distintas, a comparação direta da magnitude das taxas entre os três recortes temporais deve ser realizada com cautela.

A persistência de taxas elevadas na Região Sul encontra respaldo na literatura brasileira. Bahia et al. (2020), ao analisarem lesões autoprovocadas entre adolescentes, identificaram expressividade dos registros nessa região. De forma convergente, Alves et al. (2024) demonstraram importantes desigualdades regionais nas notificações, internações e mortes por lesões autoprovocadas no Brasil, enquanto dados do Ministério da Saúde também apontaram a Região Sul entre aquelas com indicadores elevados de mortalidade por suicídio (Brasil, 2024a). Embora notificações e mortalidade representem desfechos distintos e não devam ser diretamente equiparados, a convergência entre diferentes fontes reforça a relevância do padrão territorial identificado.

Esse padrão, contudo, não permite atribuir as diferenças observadas a uma única explicação. A distribuição territorial das lesões autoprovocadas pode estar relacionada a diferentes dimensões sociais, demográficas, econômicas, culturais e assistenciais, além da própria capacidade dos serviços de reconhecer e notificar os eventos. Como os dados utilizados são provenientes do SINAN, taxas mais elevadas podem refletir simultaneamente diferenças na ocorrência dos eventos e na capacidade institucional de identificá-los e registrá-los. Da mesma forma, taxas menores não devem ser interpretadas automaticamente como menor ocorrência, diante da possibilidade de subnotificação e de desigualdades territoriais no acesso aos serviços (Brasil, 2022; Fattah; Lima, 2020; Alves et al., 2024).

A epidemiologia social contribui para ampliar essa interpretação ao compreender que os processos de saúde e doença são socialmente produzidos e distribuídos de maneira desigual conforme as condições concretas de vida (Barata, 2009). Nessa perspectiva, o território não corresponde apenas a uma delimitação administrativa, mas constitui espaço no qual se articulam condições de moradia, trabalho, circulação, relações sociais, disponibilidade de serviços e presença diferenciada das políticas públicas. A noção de território utilizado, discutida por Monken e Barcellos (2005), permite compreender que os padrões espaciais dos agravos resultam da interação entre características materiais do espaço e relações sociais e institucionais que nele se desenvolvem.

Desse modo, as taxas mais elevadas observadas no Sul, no Distrito Federal e em parte do Centro-Oeste devem ser interpretadas como expressão de contextos territoriais específicos, sem atribuir características homogêneas às populações dessas regiões. A agregação dos dados por unidade federativa também exige cautela interpretativa, pois não permite identificar desigualdades intraterritoriais entre municípios, áreas urbanas e rurais ou diferentes grupos populacionais dentro de uma mesma unidade federativa. Por se tratar de análise ecológica, os padrões identificados descrevem diferenças em nível populacional e territorial e não permitem inferências causais ou individuais sobre as pessoas notificadas (Barata, 2009; Rouquayrol; Gurgel, 2018).

O Distrito Federal merece atenção particular por permanecer entre as classes mais elevadas nos períodos analisados. Dados da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal também apontaram elevada taxa de notificações de violência autoprovocada entre seus residentes, conferindo consistência externa ao padrão identificado nesta pesquisa (Distrito Federal, 2023). Entretanto, a interpretação desse resultado requer cautela, uma vez que características demográficas, desigualdades intraterritoriais, concentração de serviços especializados e estrutura

da vigilância podem participar da configuração observada, sem que os dados desta dissertação permitam determinar a contribuição específica de cada componente.

Outro aspecto relevante foi a modificação da distribuição espacial no período pós-pandemia. Estudos nacionais apontaram redução inicial das notificações de violência autoprovocada durante a emergência sanitária e retomada posterior, comportamento relacionado tanto às alterações no acesso aos serviços quanto à recomposição dos fluxos de identificação e registro (Brasil, 2024a; Alves et al., 2024). Nesse contexto, as mudanças observadas nos mapas após a pandemia podem refletir a interação entre alterações na ocorrência dos eventos e recuperação da capacidade de atendimento e vigilância. Os dados agregados desta pesquisa, entretanto, não permitem distinguir a contribuição de cada processo nem estabelecer relação causal entre a pandemia e as modificações territoriais observadas.

A análise espacial acrescentou uma dimensão que não seria identificada apenas pelas frequências absolutas. Enquanto estas evidenciaram maior concentração dos registros no Sudeste (Figura 1), o mapeamento das taxas revelou maior intensidade relativa em outras áreas do país e permitiu acompanhar modificações na configuração territorial entre os períodos analisados (Figura 2). Essa distinção reforça a importância de integrar medidas absolutas e relativas na vigilância epidemiológica das lesões autoprovocadas e demonstra o potencial da análise espacial para identificar desigualdades territoriais que podem permanecer ocultas em indicadores nacionais agregados.

Em síntese, a distribuição espacial das notificações de lesões autoprovocadas no Brasil mostrou-se heterogênea, com persistência de taxas elevadas na Região Sul, no Distrito Federal e em parte do Centro-Oeste, e modificações na configuração espacial ao longo dos períodos analisados. Esses achados devem ser compreendidos à luz das condições sociais e territoriais e das diferenças na capacidade de identificação e registro dos eventos, sem converter associações ecológicas em explicações causais individuais. A análise reforça, portanto, a necessidade de considerar o território como dimensão fundamental para a compreensão e a vigilância das lesões autoprovocadas no país (Barata, 2009; Monken; Barcellos, 2005; Alves et al., 2024).

6.4 Distribuição etária das notificações e contexto pós-pandêmico

Os resultados desta dissertação evidenciam importante concentração das notificações de lesões autoprovocadas entre adolescentes e adultos jovens no Brasil. No conjunto de 1.010.487 registros analisados entre 2017 e 2024, foram identificadas 294.711 notificações entre adolescentes (29,17%) e 491.044 entre adultos jovens (48,59%). Consideradas conjuntamente,

essas faixas etárias reuniram 785.755 notificações, correspondentes a 77,76% do total. Esse resultado evidencia a expressiva participação das faixas etárias mais jovens entre os eventos captados pela vigilância, embora deva ser interpretado como proporção das notificações e não como medida de prevalência ou risco individual.

A concentração de notificações entre adolescentes e jovens encontra respaldo na literatura nacional. Bezerra et al. (2024), ao analisarem notificações de violência interpessoal e autoprovocada envolvendo adolescentes brasileiros entre 2009 e 2021, identificaram participação expressiva da violência autoprovocada, com maior concentração entre adolescentes de 15 a 19 anos. Bahia et al. (2020) também demonstraram crescimento das taxas de notificações de violência autoprovocada entre adolescentes no Brasil. Embora esses estudos apresentem diferenças quanto à população, ao período e aos critérios de seleção, seus resultados convergem ao demonstrar a relevância epidemiológica das lesões autoprovocadas nas faixas etárias mais jovens.

Estudos internacionais também demonstram elevada frequência de comportamentos autolesivos entre adolescentes e jovens, embora as estimativas provenientes de inquéritos populacionais não sejam diretamente comparáveis às proporções de notificações do SINAN, por utilizarem diferentes populações, definições de desfecho e estratégias de mensuração. Revisões recentes apontam que a autolesão nessa etapa da vida está associada a múltiplos fatores, entre eles sintomas depressivos e ansiosos, dificuldades de regulação emocional, isolamento social, bullying, conflitos familiares, experiências de violência e fragilidade das redes de apoio (Denton; Álvarez, 2024; Farkas et al., 2024; Ferreira et al., 2025). A diversidade desses fatores reforça o caráter multifatorial do fenômeno e desaconselha interpretações lineares ou monocausais.

Um resultado particularmente relevante desta dissertação foi a mudança na composição etária das notificações ao longo dos períodos analisados. A participação dos adultos jovens aumentou de 46,4% no período pré-pandemia para 50,6% no pós-pandemia, enquanto a participação dos adolescentes diminuiu de 30,8% para 26,8%. Esse comportamento indica que as mudanças observadas após a pandemia não ocorreram de maneira homogênea entre as faixas etárias, com aumento da participação relativa dos adultos jovens na composição das notificações.

O contexto da pandemia de COVID-19 constitui elemento importante para a interpretação dessa mudança, mas não permite estabelecer relação causal direta. As medidas de distanciamento social, a interrupção de atividades escolares e laborais, as alterações nas relações familiares e sociais e as dificuldades de acesso aos serviços modificaram tanto as condições de vida quanto a capacidade dos sistemas de saúde de identificar e registrar eventos de lesão autoprovocada. Com a retomada da circulação e dos atendimentos, a recomposição dos fluxos assistenciais e de

vigilância também pode ter contribuído para o aumento dos registros observado no período posterior à emergência sanitária (Brasil, 2024a).

A literatura produzida após a pandemia reforça a necessidade dessa interpretação cautelosa. Revisão sistemática de estudos com adolescentes identificou aumento de autolesão e comportamentos suicidas em diferentes contextos durante a pandemia, particularmente entre meninas, relacionando esse cenário a fatores como isolamento social, interrupção escolar, dificuldades de acesso aos serviços e estressores familiares e econômicos (Ferreira et al., 2025). Entretanto, estudos realizados em diferentes países apresentaram comportamentos temporais distintos, incluindo redução durante determinados momentos da pandemia e aumento após a retirada das restrições (Zavaleta-Ramírez et al., 2025). Essas divergências demonstram que os efeitos observados não foram uniformes e dependem da população estudada, do contexto social, do acesso aos serviços e da fonte de informação utilizada.

Nesse cenário, a perspectiva de Ehrenberg (2010) pode contribuir como uma chave interpretativa complementar. As sociedades contemporâneas são marcadas por crescentes exigências de autonomia, desempenho, produtividade e autogerenciamento, particularmente presentes nas trajetórias escolares, profissionais e sociais dos jovens. Experiências de inadequação, fracasso ou dificuldade em corresponder a essas expectativas podem participar da produção social do sofrimento. Essa perspectiva, contudo, não deve ser utilizada como explicação causal para as lesões autoprovocadas, uma vez que as variáveis disponíveis no SINAN não permitem mensurar diretamente pressão por desempenho, sofrimento psíquico, ansiedade, depressão ou outras dimensões subjetivas. Sua contribuição reside, portanto, em ampliar a interpretação dos achados epidemiológicos e evitar que o sofrimento juvenil seja compreendido exclusivamente como fenômeno individual.

A elevada participação de adolescentes e adultos jovens nas notificações também deve ser analisada em articulação com outros marcadores sociais. Sexo, raça/cor, condições socioeconômicas, território, vínculos familiares e disponibilidade de redes de apoio podem produzir diferentes configurações de vulnerabilidade ao longo da juventude (Barata, 2009; Bezerra et al., 2024). Dessa forma, adolescentes e adultos jovens não constituem um grupo homogêneo, e a concentração dos registros nessas faixas etárias não significa que estejam submetidos às mesmas condições sociais, apresentem as mesmas formas de sofrimento ou estabeleçam relações semelhantes com os serviços de saúde.

Em síntese, adolescentes e adultos jovens concentraram 77,76% das notificações analisadas, evidenciando a relevância das faixas etárias mais jovens para a compreensão

epidemiológica das lesões autoprovocadas no país. A mudança observada entre os períodos, com aumento da participação proporcional dos adultos jovens no pós-pandemia, acrescenta uma dimensão importante a esse resultado e demonstra que a distribuição etária das notificações não permaneceu estática. Esse padrão deve ser interpretado à luz das transformações sociais e assistenciais ocorridas no período, sem atribuir à pandemia ou às pressões contemporâneas de desempenho uma relação causal que o delineamento deste estudo não permite estabelecer. Os achados reforçam, sobretudo, a necessidade de reconhecer adolescentes e adultos jovens como grupos distintos, atravessados por diferentes contextos sociais e necessidades de cuidado.

6.5 Meios de agressão e mudanças no perfil das notificações

No período de 2017 a 2024, o envenenamento/intoxicação foi o meio de agressão mais frequentemente registrado entre as notificações de lesões autoprovocadas analisadas, correspondendo a 640.402 registros (63,40%). Na sequência, destacaram-se os objetos perfurocortantes (18,13%), a categoria “outros” (11,22%) e o enforcamento (6,64%). Os demais meios apresentaram frequências inferiores a 3%. Embora a intoxicação tenha permanecido predominante nos três períodos analisados, sua participação variou de 61,2% no pré-pandemia para 66,6% durante a pandemia e 63,0% no pós-pandemia. Paralelamente, os objetos perfurocortantes apresentaram crescimento proporcional progressivo, passando de 16,8% para 18,6% e 19,2%, respectivamente. A associação entre meio de agressão e período foi estatisticamente significativa ($p < 0,001$); entretanto, diante do elevado número de observações, a significância estatística deve ser interpretada em conjunto com a magnitude e o sentido das diferenças encontradas.

O predomínio da intoxicação converge com resultados de estudos brasileiros. Avanci, Pinto e Minayo (2020), ao analisarem notificações de lesões autoprovocadas entre adolescentes, identificaram a intoxicação/envenenamento como principal meio, correspondendo a 76,6% dos registros entre adolescentes de 10 a 14 anos e a 78,0% entre aqueles de 15 a 19 anos. Embora essas proporções sejam superiores às encontradas nesta dissertação, as diferenças podem decorrer das populações, períodos e critérios de seleção distintos. Ainda assim, a convergência quanto à predominância da intoxicação reforça a relevância desse meio no perfil epidemiológico das lesões autoprovocadas notificadas no país.

A interpretação desse resultado requer, entretanto, considerar os limites da informação disponível. O campo “envenenamento/intoxicação” utilizado na análise não permite identificar a substância envolvida, sua dose, a via de exposição, a gravidade clínica ou a intencionalidade do

episódio. Dessa forma, os resultados desta dissertação não permitem determinar em que medida medicamentos, produtos de uso doméstico, agrotóxicos ou outras substâncias contribuíram para o padrão observado. Essa distinção é epidemiologicamente relevante, uma vez que a disponibilidade e o acesso aos diferentes agentes podem variar segundo características sociais, econômicas e territoriais.

No plano internacional, a importância da intoxicação também varia conforme o contexto. Em países de baixa e média renda, particularmente em áreas rurais, pesticidas altamente perigosos permanecem associados a parcela relevante dos suicídios por intoxicação, e estudos têm apontado redução desses óbitos após medidas regulatórias de restrição do acesso a determinados produtos (Steeg et al., 2025; OMS, 2019). Essas evidências contribuem para contextualizar a importância da disponibilidade dos meios, mas não permitem inferir que pesticidas sejam responsáveis pela maioria das intoxicações observadas nesta dissertação, uma vez que o agente tóxico específico não foi analisado.

Outro achado relevante foi o crescimento proporcional dos objetos perfurocortantes, cuja participação passou de 16,8% no período pré-pandemia para 19,2% no pós-pandemia. Esse comportamento indica mudança na composição dos meios registrados ao longo da série, embora o envenenamento/intoxicação tenha permanecido predominante. A literatura sobre comportamentos autolesivos descreve cortes e outras lesões superficiais entre os métodos frequentemente observados, sobretudo entre adolescentes e jovens. Entretanto, as notificações analisadas não permitem distinguir de forma segura autolesão sem intenção suicida, tentativa de suicídio e episódios com intencionalidade indeterminada. Portanto, o aumento dos registros envolvendo objetos perfurocortantes não deve ser interpretado automaticamente como crescimento da autolesão não suicida (Nock, 2010).

Diferentes mecanismos podem estar relacionados à maior participação dos objetos perfurocortantes, incluindo disponibilidade do meio, características dos episódios, possibilidade de sobrevivência e chegada aos serviços e mudanças na identificação e notificação dos casos. Contudo, essas possibilidades não foram diretamente avaliadas nesta pesquisa. Além disso, o meio de agressão não foi analisado conjuntamente com sexo, idade, local de ocorrência, ocorrência prévia ou gravidade clínica. Assim, não é possível determinar quais grupos contribuíram para o aumento observado nem afirmar que tenha ocorrido substituição de um meio por outro.

Essa cautela é particularmente importante na comparação com outros estudos. Avanci, Pinto e Minayo (2020), por exemplo, encontraram proporção de 11,4% de objetos cortantes entre adolescentes, enquanto nesta dissertação os objetos perfurocortantes representaram 18,13% do

conjunto das notificações e alcançaram 19,2% no período pós-pandemia. Esses resultados não devem ser interpretados como contraditórios, uma vez que envolvem populações, períodos e denominadores distintos. A diferença reforça, sobretudo, a necessidade de considerar a composição etária e outras características da população ao interpretar a distribuição dos meios de agressão.

O contexto pandêmico também deve ser considerado na interpretação dessas mudanças, uma vez que alterações nas rotinas sociais, no acesso aos serviços e nos fluxos de atendimento e notificação podem ter influenciado a composição dos registros. Entretanto, como essas dimensões não foram diretamente mensuradas, não é possível determinar sua contribuição para as variações observadas.

Em síntese, os resultados evidenciam dois padrões principais: a permanência do envenenamento/intoxicação como meio predominante nas notificações e o crescimento proporcional dos objetos perfurocortantes ao longo dos períodos analisados. Esses achados indicam que a composição dos meios registrados não permaneceu estática, mas não permitem concluir que tenha ocorrido substituição entre métodos ou expansão de uma modalidade específica de comportamento autolesivo. O acompanhamento dessas mudanças constitui informação relevante para a vigilância epidemiológica e para a compreensão das diferentes formas pelas quais as lesões autoprovocadas chegam aos serviços de saúde.

6.6 Espaço doméstico e ocorrência prévia das lesões autoprovocadas

Os resultados deste estudo evidenciaram que a residência constitui o principal local de ocorrência das lesões autoprovocadas notificadas no Brasil entre 2017 e 2024. Do total de 1.010.487 notificações analisadas, 83,20% ocorreram no ambiente residencial, proporção que se manteve superior a 80% nos três períodos estudados: 82,9% no pré-pandemia, 83,7% durante a pandemia e 83,0% no pós-pandemia. A estabilidade desses percentuais indica que a centralidade do espaço doméstico não se restringiu ao período de maior isolamento social decorrente da pandemia de COVID-19.

Esse padrão encontra respaldo em dados nacionais. Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde identificou que aproximadamente 82% das lesões autoprovocadas notificadas em 2019 ocorreram na própria residência, percentual muito próximo ao encontrado nesta investigação. O mesmo documento registrou ocorrência anterior em aproximadamente 41% das notificações, evidenciando que tanto a concentração dos eventos no ambiente residencial quanto a presença de episódios prévios já eram características importantes do perfil das lesões autoprovocadas

notificadas no país (Brasil, 2021). Outros estudos nacionais também têm identificado o domicílio como local frequente de ocorrência das lesões autoprovocadas, particularmente entre adolescentes e jovens, reforçando a consistência desse padrão em diferentes populações e períodos (Avanci; Pinto; Minayo, 2020; Bahia et al., 2020).

A interpretação desse achado, entretanto, requer cautela. A residência não deve ser compreendida automaticamente como fator causal ou espaço de risco. O domicílio pode constituir ambiente de proteção, convivência e apoio, mas também é o espaço no qual se desenvolve parte expressiva das relações familiares e sociais e no qual podem estar presentes conflitos, situações de violência e outras condições de vulnerabilidade. A literatura tem demonstrado que conflitos familiares, experiências de violência, fragilidade dos vínculos e isolamento social podem integrar contextos associados aos comportamentos autolesivos, especialmente entre adolescentes e jovens, embora essas relações sejam complexas e não possam ser inferidas exclusivamente a partir do local de ocorrência registrado (Denton; Álvarez, 2024; Farkas et al., 2024; Ferreira et al., 2025). O registro do local de ocorrência no SINAN, portanto, não permite identificar quais dessas circunstâncias estavam presentes no momento do evento.

Essa interpretação também encontra sustentação na perspectiva dos determinantes sociais da saúde, segundo a qual os processos de saúde e adoecimento resultam da interação entre condições materiais de vida, relações sociais, acesso a políticas públicas e experiências individuais, não podendo ser reduzidos a características isoladas das pessoas ou dos ambientes em que vivem (Barata, 2009). Nessa perspectiva, o espaço doméstico deve ser compreendido em articulação com o contexto social e territorial mais amplo no qual as pessoas estão inseridas, evitando-se atribuir ao domicílio uma função explicativa que os dados desta pesquisa não permitem estabelecer.

A relativa estabilidade da proporção de notificações ocorridas na residência antes, durante e após a pandemia também merece atenção. Embora as medidas de distanciamento social tenham modificado intensamente as rotinas familiares, escolares, laborais e assistenciais, a proporção de eventos ocorridos no domicílio já era elevada antes da emergência sanitária e permaneceu elevada posteriormente. Estudos sobre o período pandêmico demonstraram alterações tanto nos comportamentos autolesivos quanto no acesso aos serviços e na identificação dos eventos, com resultados variáveis segundo população, período e contexto analisado (Brasil, 2024a; Ferreira et al., 2025). Dessa forma, os resultados desta dissertação não sustentam a interpretação de que a centralidade do ambiente residencial tenha sido produzida pela pandemia, embora mudanças ocorridas nesse período possam ter interferido na dinâmica dos eventos e de sua notificação.

Outro resultado relevante foi a elevada proporção de notificações com ocorrência prévia registrada. No conjunto do período analisado, 42,73% dos registros apresentaram informação de ocorrência anterior, com aumento progressivo entre os períodos: 38,5% no pré-pandemia, 42,9% durante a pandemia e 46,5% no pós-pandemia. Esse comportamento merece atenção por demonstrar que parcela expressiva das notificações se refere a situações nas quais havia registro de episódio anterior. A magnitude encontrada também se aproxima dos dados nacionais apresentados pelo Ministério da Saúde, que identificou registro de ocorrência anterior em aproximadamente 41% das notificações analisadas em 2019 (Brasil, 2021).

A interpretação desse resultado deve, contudo, considerar as características da variável disponível no SINAN. A informação sobre ocorrência prévia registrada não permite acompanhar longitudinalmente os mesmos indivíduos, estabelecer o número de episódios anteriores, determinar o intervalo entre eles ou estimar uma taxa de recorrência em sentido epidemiológico. Por essa razão, o achado deve ser descrito como ocorrência prévia registrada, evitando-se interpretá-lo como medida direta de cronicidade ou recorrência individual. Essa distinção é particularmente importante em estudos baseados em sistemas de informação, nos quais a unidade analisada corresponde ao registro notificado e não necessariamente a indivíduos acompanhados longitudinalmente (Brasil, 2021; Brasil, 2022).

Apesar dessa limitação, a presença de episódio anterior constitui informação epidemiologicamente relevante e possui importância reconhecida para a avaliação do risco e a organização do cuidado. A literatura reconhece a autolesão prévia como importante marcador associado à repetição de novos episódios e a desfechos subsequentes. Carroll, Metcalfe e Gunnell (2014), em revisão sistemática e metanálise, demonstraram a relevância da repetição após episódios de autolesão, enquanto estudos longitudinais posteriores também reforçaram a associação entre histórico de autolesão, repetição e risco subsequente (Liu et al., 2022). Organismos nacionais e internacionais igualmente reconhecem o histórico de comportamento autolesivo ou tentativa de suicídio como elemento importante na avaliação e organização do cuidado (OMS, 2014; Brasil, 2021).

Nesse sentido, o crescimento da proporção de notificações com ocorrência prévia, de 38,5% no pré-pandemia para 46,5% no pós-pandemia, constitui um dos achados que merecem maior atenção nesta investigação. O dado não permite afirmar que houve falha do cuidado anterior, uma vez que não foram analisadas as trajetórias assistenciais, os atendimentos recebidos ou o seguimento realizado pelos serviços. Entretanto, a literatura sobre prevenção da repetição de autolesões destaca a importância da avaliação psicossocial, da continuidade do acompanhamento

e da articulação entre os diferentes pontos da rede após um episódio (NICE, 2022; OMS, 2014). Assim, a presença expressiva de ocorrência anterior reforça a importância de que o histórico de episódios seja considerado na avaliação das necessidades de cuidado.

Os dois achados centrais desta seção, a predominância persistente da residência como local de ocorrência e a elevada proporção de registros com ocorrência prévia, descrevem dimensões distintas e não devem ser interpretados como diretamente relacionadas entre si, uma vez que essas variáveis não foram analisadas conjuntamente. Não é possível afirmar, por exemplo, que as notificações com ocorrência prévia tenham acontecido predominantemente no domicílio. Ainda assim, ambos os resultados fornecem informações relevantes para a organização da vigilância e do cuidado: o primeiro identifica o principal contexto espacial em que os eventos notificados ocorreram, enquanto o segundo evidencia a frequência com que um histórico de ocorrência anterior estava presente nos registros analisados.

Do ponto de vista assistencial, a presença de ocorrência anterior reforça a necessidade de compreender a notificação para além do registro administrativo do episódio. Diretrizes internacionais recomendam que pessoas atendidas após autolesão sejam avaliadas considerando suas necessidades psicossociais, histórico de episódios, fatores contextuais e condições de segurança, com definição de estratégias de acompanhamento e continuidade do cuidado (NICE, 2022). No contexto brasileiro, essa perspectiva converge com a organização do cuidado em rede e com a necessidade de articulação entre atenção à saúde mental, atenção primária, urgência e vigilância (Brasil, 2021). Os resultados desta dissertação não permitem avaliar como esse acompanhamento ocorreu, mas demonstram a relevância epidemiológica de sua consideração diante da elevada frequência de ocorrência prévia registrada.

Em síntese, os resultados demonstram a persistência da residência como principal local de ocorrência das lesões autoprovocadas notificadas e a elevada proporção de registros com ocorrência prévia ao longo do período estudado, com aumento desse último indicador no pós-pandemia. Esses achados devem ser interpretados sem atribuir causalidade ao ambiente doméstico ou assumir que a ocorrência prévia represente, necessariamente, cronicidade individual. A convergência com estudos nacionais e internacionais reforça, entretanto, a relevância tanto do contexto de ocorrência quanto do histórico de episódios anteriores para a compreensão das lesões autoprovocadas e para a organização da vigilância e do cuidado (Brasil, 2021; Carroll; Metcalfe; Gunnell, 2014; Liu et al., 2022; NICE, 2022).

6.7 Implicações para a Vigilância em Saúde e para as Estratégias de Prevenção e Cuidado

Os achados deste estudo evidenciam que as notificações de lesões autoprovocadas no Brasil, entre 2017 e 2024, apresentam diferenças importantes segundo sexo, faixa etária, raça/cor e território, além de variações quanto ao meio de agressão, ao local de ocorrência e à presença de ocorrência prévia registrada. Em conjunto, esses resultados reforçam que a vigilância das lesões autoprovocadas não deve se limitar à contabilização dos eventos, mas constituir instrumento para identificação de grupos e territórios prioritários, planejamento das ações de prevenção e organização do cuidado em saúde (Brasil, 2021; Brasil, 2022; OMS, 2021).

A predominância feminina nas notificações, associada à expressiva participação de adolescentes e adultos jovens, reforça a necessidade de estratégias de vigilância e cuidado sensíveis às relações de gênero e às especificidades dos diferentes ciclos de vida. Esses grupos não devem ser considerados homogêneos, uma vez que as formas de sofrimento e de acesso aos serviços são atravessadas por condições sociais, econômicas, familiares e territoriais. Nesse sentido, a elevada participação das faixas etárias mais jovens destaca a importância da articulação entre saúde, educação, assistência social, famílias e outros dispositivos comunitários capazes de reconhecer situações de vulnerabilidade e favorecer o acesso oportuno ao cuidado (Brasil, 2021; OMS, 2021).

No caso dos adolescentes e jovens, as estratégias de prevenção devem considerar que comportamentos autolesivos se associam a múltiplos contextos de vulnerabilidade, incluindo violência, bullying, discriminação, fragilidade de vínculos e dificuldades de acesso às redes de apoio. A Organização Mundial da Saúde destaca, entre as estratégias de prevenção do suicídio, o desenvolvimento de habilidades socioemocionais em adolescentes e a importância de ambientes escolares capazes de promover saúde mental, reconhecer situações de sofrimento e articular respostas com os serviços de saúde. Essas ações devem evitar abordagens alarmistas ou exclusivamente centradas no comportamento individual, privilegiando o fortalecimento dos vínculos, a redução do estigma e a construção de redes de proteção (OMS, 2021; Brasil, 2021).

A predominância do envenenamento/intoxicação como meio registrado nas notificações também apresenta implicações relevantes para a prevenção. A restrição do acesso a meios potencialmente letais constitui uma das estratégias de prevenção recomendadas internacionalmente, uma vez que a redução da disponibilidade imediata desses meios pode contribuir para diminuir a ocorrência de desfechos graves em situações de crise (OMS, 2021; OMS, 2024). Entretanto, como esta pesquisa não identificou os agentes específicos envolvidos nas intoxicações, seus resultados não permitem definir quais substâncias deveriam constituir alvo

prioritário de intervenção. As medidas preventivas devem, portanto, ser orientadas pelas características epidemiológicas e territoriais identificadas em análises mais específicas, evitando extrapolações que os dados desta dissertação não permitem sustentar.

A elevada frequência de notificações com ocorrência prévia registrada constitui outro achado particularmente relevante para a organização do cuidado. A presença dessa informação em 42,73% dos registros, com aumento de 38,5% no período pré-pandemia para 46,5% no pós-pandemia, reforça a importância de considerar o histórico de episódios anteriores na avaliação das necessidades de acompanhamento. A literatura reconhece o histórico de episódios de autolesão como importante marcador associado à repetição e a desfechos subsequentes, destacando a necessidade de avaliação adequada e continuidade do cuidado após o atendimento inicial (OMS, 2014; Brasil, 2021; NICE, 2022).

Esse resultado não permite afirmar que tenha ocorrido falha do cuidado anteriormente ofertado, pois esta dissertação não analisou trajetórias assistenciais, encaminhamentos ou seguimento dos casos. Ainda assim, a elevada frequência de ocorrência prévia registrada reforça a importância da articulação entre os diferentes pontos da rede de atenção. Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde e a Rede de Atenção Psicossocial assumem papel relevante na continuidade do cuidado, especialmente quando articuladas aos serviços de urgência e emergência e aos demais dispositivos territoriais de proteção (Brasil, 2011; Brasil, 2021; NICE, 2022).

A distribuição espacial heterogênea das taxas de notificação acrescenta outra dimensão às implicações para a vigilância. A persistência de taxas elevadas na Região Sul, no Distrito Federal e em parte do Centro-Oeste, bem como as modificações na configuração territorial ao longo dos períodos analisados, reforça a necessidade de planejamento sensível às especificidades locais. Entretanto, conforme discutido anteriormente, diferenças nas taxas podem expressar tanto variações na ocorrência dos eventos quanto desigualdades na capacidade dos serviços de identificá-los e notificá-los. Por essa razão, a utilização das informações do SINAN para definição de prioridades deve considerar simultaneamente os indicadores epidemiológicos e as características da rede assistencial e de vigilância existente em cada território (Brasil, 2022; Brasil, 2024a; Alves et al., 2024).

A distribuição das notificações segundo raça/cor também reforça a importância de incorporar a equidade à interpretação e à utilização dos dados de vigilância. Os marcadores sociais não atuam de forma isolada, mas se articulam às condições de vida, às experiências de discriminação, às desigualdades socioeconômicas e às possibilidades diferenciadas de acesso aos serviços e às redes de proteção. Dessa forma, a vigilância pode contribuir para reconhecer padrões

de desigualdade e subsidiar respostas territorializadas, desde que os registros sejam analisados criticamente e não sejam utilizados para atribuir características individuais ou causais aos grupos populacionais (Barata, 2009; Brasil, 2022).

Para que essa função seja efetivamente cumprida, a qualidade da informação produzida pelo SINAN constitui aspecto central. A notificação compulsória das violências autoprovocadas permite acompanhar a distribuição dos registros e suas modificações temporais e territoriais, mas sua capacidade de subsidiar decisões depende da qualidade, completude e oportunidade das informações registradas. O fortalecimento dos fluxos de notificação, a qualificação permanente dos profissionais e a integração entre vigilância e atenção são, portanto, componentes importantes para ampliar a utilidade epidemiológica dos dados e reduzir diferenças na capacidade de registro entre serviços e territórios (Brasil, 2022).

As implicações dos resultados também ultrapassam respostas exclusivamente biomédicas ou centradas no indivíduo. A distribuição das notificações segundo sexo, idade, raça/cor e território, bem como a predominância do ambiente residencial e a presença expressiva de ocorrência prévia registrada, indicam a necessidade de considerar as condições sociais e relacionais que atravessam o sofrimento psíquico. A prevenção das lesões autoprovocadas requer, nessa perspectiva, articulação entre saúde mental, vigilância em saúde, atenção primária, educação, assistência social e outras políticas de proteção, reconhecendo que as possibilidades de cuidado e prevenção são também condicionadas pelas desigualdades sociais e pela organização dos territórios (Barata, 2009; Brasil, 2019; OMS, 2021).

Em síntese, os achados desta pesquisa reforçam a importância de uma vigilância das lesões autoprovocadas orientada pelo cuidado, pela equidade e pela compreensão das especificidades dos grupos e territórios. O SINAN constitui fonte estratégica para acompanhar a magnitude e a distribuição dos eventos notificados, identificar mudanças temporais e subsidiar o planejamento das ações de prevenção e atenção. Para isso, é necessário articular a produção da informação epidemiológica à organização das redes de cuidado, reconhecendo simultaneamente as potencialidades e os limites dos registros disponíveis. A prevenção das lesões autoprovocadas demanda, portanto, respostas integradas que combinem qualificação da vigilância, consideração do histórico de episódios anteriores, estratégias de redução do acesso a meios potencialmente letais, fortalecimento do cuidado longitudinal e enfrentamento das desigualdades sociais que atravessam as condições de vida, o acesso ao cuidado e a visibilidade epidemiológica das lesões autoprovocadas (Brasil, 2019; Brasil, 2021; Brasil, 2022; OMS, 2021).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo analisou o perfil epidemiológico, a variação temporal e a distribuição espacial das notificações de lesões autoprovocadas no Brasil entre 2017 e 2024, com base nos registros do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). A análise permitiu identificar diferenças na distribuição desses registros segundo características sociodemográficas, períodos e territórios, contribuindo para a compreensão da magnitude e da heterogeneidade das lesões autoprovocadas captadas pela vigilância em saúde no país.

No período analisado, foram identificadas 1.010.487 notificações. Houve predominância do sexo feminino e expressiva concentração dos registros entre adolescentes e adultos jovens. Também foram observadas diferenças segundo raça/cor e situação conjugal, que devem ser interpretadas considerando a composição populacional, a distribuição territorial e a presença de informações ignoradas ou incompletas nas fichas de notificação.

A distribuição temporal evidenciou maior concentração proporcional de notificações no período pós-pandemia, correspondente aos anos de 2023 e 2024. Esse resultado assume particular relevância por se tratar de um intervalo de dois anos, enquanto os períodos pré-pandemia e pandêmico compreenderam três anos cada. Entretanto, a maior concentração dos registros não deve ser interpretada como medida direta de aumento da ocorrência populacional das lesões autoprovocadas. O comportamento observado pode refletir simultaneamente mudanças na ocorrência dos eventos, alterações no acesso aos serviços e modificações na capacidade institucional de identificação e notificação.

A análise espacial demonstrou que a distribuição das notificações também foi heterogênea no território brasileiro. Embora as frequências absolutas tenham se concentrado principalmente nas regiões Sudeste e Sul, o mapeamento das taxas revelou configuração distinta, com persistência de valores elevados em unidades federativas da Região Sul, do Centro-Oeste e no Distrito Federal. A utilização conjunta de frequências e taxas permitiu evidenciar diferenças territoriais que poderiam permanecer menos visíveis em análises baseadas exclusivamente no número absoluto de registros.

Em relação às características dos eventos notificados, a residência permaneceu como principal local de ocorrência ao longo de todo o período estudado. O envenenamento/intoxicação constituiu o meio de agressão predominante, enquanto os objetos perfurocortantes apresentaram crescimento proporcional entre os períodos analisados. Esses resultados evidenciam que, embora alguns componentes do perfil das notificações tenham permanecido relativamente estáveis, outros apresentaram modificações ao longo do tempo.

Destaca-se, ainda, a elevada proporção de notificações com ocorrência prévia registrada, presente em 42,73% dos registros e com aumento proporcional no período pós-pandemia. Esse resultado não deve ser interpretado como medida direta de recorrência individual, uma vez que os dados utilizados não permitem acompanhar longitudinalmente os mesmos indivíduos, determinar o número de episódios anteriores ou estabelecer o intervalo entre eles. Ainda assim, a presença de ocorrência anterior constitui informação relevante para a vigilância e reforça a importância de considerar o histórico de episódios na avaliação das necessidades de acompanhamento e na organização da continuidade do cuidado.

Em conjunto, os resultados mostram que as lesões autoprovocadas notificadas não se distribuem de maneira uniforme na população e no território. Sexo, idade, raça/cor e localização geográfica compõem padrões distintos de distribuição dos registros, cuja interpretação deve considerar as condições sociais de vida, as possibilidades de acesso ao cuidado e a capacidade dos serviços de identificar e notificar os eventos. Dessa forma, os dados produzidos pela vigilância refletem não apenas os eventos identificados e notificados pelos serviços, mas também podem ser influenciados pelas condições institucionais de identificação e registro.

No plano da saúde pública, os achados reforçam a importância da utilização dos dados de vigilância para subsidiar estratégias de prevenção e organização do cuidado. A expressiva participação de adolescentes e adultos jovens destaca a necessidade de articulação entre saúde, educação, assistência social e demais dispositivos de proteção. As diferenças segundo sexo e território apontam para a importância de respostas sensíveis às especificidades dos grupos e dos contextos locais, evitando abordagens homogêneas diante de um fenômeno que apresenta diferentes configurações sociodemográficas e territoriais.

A predominância do envenenamento/intoxicação também reforça a relevância das estratégias de prevenção relacionadas ao acesso a meios potencialmente letais. Entretanto, como esta pesquisa não identificou os agentes específicos envolvidos nas intoxicações, não é possível estabelecer quais substâncias deveriam constituir alvo prioritário de intervenção. Da mesma forma, a predominância dos eventos no ambiente residencial não permite atribuir causalidade ao domicílio, mas indica a importância de considerar o contexto doméstico, familiar e relacional na avaliação e no planejamento do cuidado, respeitando as particularidades de cada situação, a autonomia, a confidencialidade e as necessidades de proteção.

A elevada proporção de registros com ocorrência prévia reforça, por sua vez, a importância da continuidade do cuidado após a identificação de um episódio de lesão autoprovocada. Nesse sentido, a articulação entre Atenção Primária à Saúde, Rede de Atenção Psicossocial, serviços de

urgência e emergência e vigilância em saúde pode contribuir para a construção de fluxos assistenciais que favoreçam o acompanhamento das necessidades identificadas e reduzam a fragmentação do cuidado.

Algumas limitações devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Por utilizar dados secundários do SINAN, o estudo está sujeito à subnotificação, à incompletude e às inconsistências de preenchimento, além de diferenças regionais na capacidade dos serviços de identificar e registrar os eventos. A presença de informações ignoradas em algumas variáveis também restringe a interpretação de determinados padrões sociodemográficos.

A variável referente à ocorrência prévia não permite identificar longitudinalmente os mesmos indivíduos, quantificar episódios anteriores ou estimar recorrência individual, devendo ser interpretada exclusivamente como informação registrada no momento da notificação. Além disso, os períodos utilizados na comparação possuem durações distintas: os períodos pré-pandemia e pandêmico compreenderam três anos cada, enquanto o pós-pandemia incluiu apenas 2023 e 2024, aspecto que exige cautela na comparação de frequências absolutas e proporções agregadas entre os recortes temporais.

O delineamento ecológico também impede inferências em nível individual e não permite estabelecer relações causais entre as características analisadas e a ocorrência das lesões autoprovocadas. Adicionalmente, diferenças na organização dos serviços, nos fluxos de vigilância, no acesso à assistência e na sensibilização dos profissionais podem influenciar a quantidade de eventos identificados e notificados. Por essas razões, os registros do SINAN devem ser compreendidos como medida dos eventos captados pela vigilância, e não como estimativa direta da incidência das lesões autoprovocadas na população brasileira.

Para investigações futuras, recomenda-se a integração dos registros do SINAN com outras fontes de informação, como dados de mortalidade, internações hospitalares e atendimentos de urgência, permitindo ampliar a compreensão dos diferentes desfechos relacionados às lesões autoprovocadas. Análises longitudinais e multinível também poderão contribuir para explorar a relação entre características individuais, condições sociais, organização dos serviços e desigualdades territoriais. Estudos qualitativos, por sua vez, poderão aprofundar dimensões que não são apreendidas pelos sistemas de informação, especialmente as trajetórias de sofrimento, os sentidos atribuídos às lesões, as experiências de cuidado e as barreiras de acesso aos serviços.

Conclui-se que as lesões autoprovocadas constituem relevante problema de saúde pública no Brasil, caracterizado pela elevada magnitude e pela maior concentração proporcional dos registros no período pós-pandemia, por diferenças sociodemográficas e territoriais, pela

predominância do ambiente residencial e do envenenamento/intoxicação entre as notificações e pela expressiva proporção de registros com ocorrência prévia. Esses achados reforçam a necessidade de compreender o fenômeno para além do episódio isolado, articulando vigilância, prevenção e continuidade do cuidado.

A utilização crítica das informações epidemiológicas constitui elemento fundamental nesse processo. Mais do que registrar eventos, a vigilância pode contribuir para identificar mudanças temporais, grupos e territórios que demandam maior atenção e subsidiar a organização das respostas do Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, o fortalecimento da qualidade da informação, da articulação entre vigilância e atenção e das estratégias territorializadas de prevenção e cuidado pode ampliar a capacidade do Sistema Único de Saúde de reconhecer os diferentes padrões das lesões autoprovocadas e responder às necessidades evidenciadas entre grupos populacionais e territórios.

REFERÊNCIAS

ABATH, Marcella de Brito et al. Avaliação da completitude, consistência e não duplicidade dos registros de violência do SINAN, Brasil, 2011-2014. **Cadernos Saúde Coletiva**, 2014.

ALVES, Flávia Jôse Oliveira et al. The rising trends of self-harm in Brazil: an ecological analysis of notifications, hospitalisations, and mortality between 2011 and 2022. **The Lancet Regional Health – Americas**, v. 31, art. 100691, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2024.100691>.

AVANCI, J. Q.; PINTO, L. W.; MINAYO, M. C. S. Adolescent intentional self-harm notifications and hospitalizations in Brazil, 2007–2016. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 2, e2019115, 2020. DOI: 10.5123/S1679-49742020000200006.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Final report of the Presidential Task Force on the Social Determinants of Mental Health**. Washington, DC: APA, 2022. Disponível em: <https://www.psychiatry.org/getmedia/41ea0f08-d220-4b0d-b8b0-86d340f247e3/APA-PSDMH-Task-Force-Final-Report.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2025.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

AVANCI, J. Q. et al. Notificações, internações e mortes por lesões autoprovocadas em crianças no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2021.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16–29, 2004.

BAHIA, C. A. et al. Adolescent intentional self-harm notifications and hospitalizations in Brazil, 2007-2016. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 2, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32401879/>. Acesso em: 26 jul. 2026.

BARATA, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

BEZERRA, K. A. et al. Prevalence and personal factors associated with self-harm in adolescents. **Cogitare Enfermagem**, v. 29, e93558, 2024. DOI: 10.1590/ce.v29i0.93558.

BERARDELLI, I. et al. Is lethality different between males and females? Clinical and gender differences in inpatients suicide attempters. **European Psychiatry**, v. 66, supl. S1, p. S179, 2023. DOI: 10.1017/S0924933823511796.

BOTEGA, N. J. **Crise suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.356, de 23 de junho de 2006. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jun. 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1356_23_06_2006.html. Acesso em: 9 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 dez. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011.html. Acesso em: 20 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jan. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html. Acesso em: 2 nov. 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 jun. 2014. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br>. Acesso em: 19 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 out. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_28_09_2017.html. Acesso em: 20 mar. 2026.

BRASIL. **Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 abr. 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13819.htm. Acesso em: 22 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. Boletim Epidemiológico**, Brasília, DF, v. 52, n. 33, 20 set. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf/view. Acesso em: 17 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância de violências e acidentes (VIVA): 2017–2021.** Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br>. Acesso em: 10 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis. **Nota Técnica nº 62/2022-CGDANT/DAENT/SVS/MS:** informações sobre o escopo, preenchimento e fluxo das notificações de violências interpessoais e autoprovocadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2022/nota-tecnica-no-62-2022-cgdant-daent-svs-ms>. Acesso em: 17 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021. Boletim Epidemiológico**, Brasília, v. 55, n. 4, 2024a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-04.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Expansão dos serviços de saúde mental ultrapassa meta prevista para 2024**. Brasília, 13 dez. 2024b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 2 jan. 2026.

BOSTWICK, J. M.; PANKRATZ, V. S. Suicide attempt as a risk factor for completed suicide. **Innovations in Clinical Neuroscience**, v. 13, n. 1-2, p. 30–34, 2016. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5510596/>. Acesso em: 22 mar. 2026.

CAMPOS, L. J. A. et al. Notificações de lesões autoprovocadas intencionalmente: análise epidemiológica e assistencial. **Saúde em Debate**, 2026.

CARROLL, R.; METCALFE, C.; GUNNELL, D. Hospital presenting self-harm and risk of fatal and non-fatal repetition: systematic review and meta-analysis. **Plos One**, v. 9, n. 2, e89944, 2014. DOI: 10.1371/journal.pone.0089944.

CARVALHO, Maria Teresa de Melo. Sofrimento psíquico, acontecimento traumático e angústia pulsional. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 17, n. 3, p. 487–497, 2012.

CIDADE, Natália de Oliveira de Paula; ZORNIG, Silvia Maria Abu-Jamra. Automutilações na adolescência: reflexões sobre o corpo e o tempo. **Estilos da Clínica**, v. 26, n. 1, p. 129–144, 2021.

COELHO, Leticia; NEVES, Tiago. Sofrimento psíquico no neoliberalismo e a dimensão política do diagnóstico em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 32, n. 3, e220850, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220850pt>.

CONNELL, Raewyn. **Masculinities**. Berkeley: University of California Press, 1995.

CORREIA, Cíntia Mesquita; JUNQUILHO, Larissa Silva; BARBOSA, Paloma dos Reis Pinheiro; RODRIGUES, Gilmaria Ribeiro Santos. Lesões autoprovocadas intencionalmente no Brasil: panorama de 2011 a 2022. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, v. 15, e6262, 2026. DOI: <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.2026.e6262>

CRENSHAW, Kimberlé. Mapping the margins: intersectionality, identity politics, and violence against women of color. **Stanford Law Review**, v. 43, n. 6, p. 1241–1299, 1991.

DENTON, E. G.; ÁLVAREZ, K. The global prevalence of nonsuicidal self-injury among adolescents. **JAMA Network Open**, v. 7, n. 6, e2415406, 2024. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2024.15406.

DESLANDES, Suely Ferreira; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Humanização e cuidado em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 510–511, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300001>.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Boletim epidemiológico: violência autoprovocada no Distrito Federal, 2023**. Brasília, DF: SES-DF, 2023. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/BOLETIM_EPIDEMIOLOGICA_AUTOPROVOCADA_2023_revisado.pdf/cae4f406-d87c-ed5a-333b-17b6282aaf61?t=1696871694170. Acesso em: 16 ago. 2026.

DURKHEIM, Émile. **O suicídio: estudo de sociologia**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

EHRENBERG, Alain. **O culto da performance: da aventura empreendedora à depressão nervosa**. Aparecida: Ideias & Letras, 2010.

FARKAS, B. F. et al. The prevalence of self-injury in adolescence: a systematic review and meta-analysis. **Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health**, 2024.

FATTAH, Nathalia; LIMA, Milenne Souza de. Epidemiological profile of notifications of self-inflicted violence from 2010 to 2019 in a state in Southern Brazil. **SMAD – Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 16, n. 4, p. 65–74, 2020. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.166310>.

FERREIRA, Micheli Leal; VARGAS, Mara Ambrosina de Oliveira; RODRIGUES, Jeferson; TRENTIN, Daiane; BREHMER, Laura Cavalcanti de Farias; LINO, Mônica Motta. Comportamento suicida e atenção primária à saúde. **Enfermagem em Foco**, Brasília, DF, v. 9, n. 4, p. 50-54, 2018. DOI: 10.21675/2357-707X.2018.v9.n4.1803. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1803/477>. Acesso em: 17 ago. 2026.

FERREIRA, J. V. et al. Qualidade das notificações de violência interpessoal e autoprovocada registradas no Sinan. **Cadernos Saúde Coletiva**, 2025.

FERREIRA, D. B. B. et al. Suicidality and self-harm in adolescents before and after the COVID-19 pandemic: a systematic review. **Frontiers in Psychiatry**, v. 16, 1643145, 2025. DOI: 10.3389/fpsy.2025.1643145.

GERARDI, S. Durkheim's sociological analysis of suicide. **Sociology Mind**, v. 10, n. 2, p. 89–105, 2020.

GVION, Y.; APTER, A. Suicide and suicidal behavior. **Public Health Reviews**, v. 34, n. 2, p. 1–20, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF03391677>.

HOMAN, S. et al. Effectiveness of brief interventions and contacts after suicide attempt: **systematic review and meta-analysis**. 2026.

KAR, S. K.; SINGH, S. K. Anomic suicides on rise during recently emerging crises: revisiting Durkheim's model. **CNS Spectrums**, 2023.

KHALIL, Omar Arafat Kdudsi; KHALIL, Sara da Silva. SARS-CoV-2: taxonomia, origem e constituição. **Revista de Medicina (São Paulo)**, São Paulo, v. 99, n. 5, p. 473-479, set./out. 2020. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v99i5p473-479>.

KLONSKY, E. David. The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. **Clinical Psychology Review**, v. 27, n. 2, p. 226–239, 2007.

LESSA, Carolina de Oliveira; SIERRA, Caroline Vargas; OLIVEIRA, Clara Renata Monteiro de; FERNANDES, Erick da Silva; MENEGUETTI, Gabriela Ricci. Estudo da variação dos índices

de lesões autoprovocadas por estado brasileiro – 2017-2022. **Boletim Epidemiológico Paulista**, São Paulo, v. 21, n. 221, e40945, 2024. DOI: [10.57148/bepa.2024.v.21.40945](https://doi.org/10.57148/bepa.2024.v.21.40945).

LIU, B.-P. et al. Associating factors of suicide and repetition following self-harm: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. **EClinicalMedicine**, v. 49, 101461, 2022. DOI: 10.1016/j.eclinm.2022.101461.

MACHADO, D. B.; SANTOS, D. N. Suicide and attempts suicide by exogenous intoxication in Rio de Janeiro: analysis of data from official health information systems, 2006-2008. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 376-387, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24142009/>. Acesso em: 26 jul. 2026.

MACHIN, Rosana et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, supl. 1, p. 4503-4512, 2011.

MCEVOY, Danielle; BRANNIGAN, Rachel; COOKE, Lynn; BUTLER, Eleanor; WALSH, Claire; ARENSMAN, Ella; CLARKE, Mike. Risk and protective factors for self-harm in adolescents and young adults: an umbrella review of systematic reviews. **Journal of Psychiatric Research**, v. 168, p. 353-380, 2023. DOI: [10.1016/j.jpsychires.2023.10.017](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.10.017).

MINKOWSKI, Eugène. **O tempo vivido: estudos de psicopatologia fenomenológica**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

MILNER, Allison; PAGE, Andrew; LAMONTAGNE, Anthony D. Long-term unemployment and suicide: a systematic review and meta-analysis. **PLOS ONE**, v. 8, n. 1, e51333, 2013. DOI: 10.1371/journal.pone.0051333.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898–906, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300023>.

MOREIRA, E. S. et al. Multidimensionalidade de significados da automutilação na adolescência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 25, e73640, 2023. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/73640>. Acesso em: 9 fev. 2026.

MOTTIASH, S. et al. The global burden of fatal self-poisoning with pesticides 2006-15: systematic review. **Journal of Affective Disorders**, v. 219, p. 93-104, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28535450/>. Acesso em: 26 jul. 2026.

MUEHLENKAMP, Jennifer J. et al. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 53, n. 1, p. 77–89, 2012.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. **Self-harm: assessment, management and preventing recurrence**. NICE guideline NG225. London: NICE, 2022. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng225>. Acesso em: 17 ago. 2026.

NOCK, Matthew K. Self-injury. **Annual Review of Clinical Psychology**, v. 6, p. 339–363, 2010.

O'CONNOR, Rory C. Towards an integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. **Crisis**, v. 32, n. 6, p. 295–298, 2011.

O'CONNOR, Rory C.; KIRTLEY, Olivia J. The integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. **Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences**, v. 373, n. 1754, 20170268, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS, 2002.

RIVER, Jo et al. A model of suicidal men's help seeking as it relates to stigma and masculine identity. **American Journal of Men's Health**, v. 12, n. 1, 2018.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; GURGEL, Mário. **Epidemiologia e saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2018.

SANTOS, C. K. C. et al. Avaliação do sistema de vigilância da violência autoprovocada. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 2025.

SCHRAIBER, Lilia Blima et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 5, p. 961-970, 2010.

SHNEIDMAN, Edwin S. **Suicide as psychache: a clinical approach to self-destructive behavior**. Northvale: Jason Aronson, 1993.

STEEG, S. et al. Effectiveness of suicide means restriction: an overview of systematic reviews. **BMJ Mental Health**, v. 28, n. 1, e302069, 2025. DOI: 10.1136/bmjment-2025-302069.

SWANNELL, Sarah V. et al. Prevalence of non-suicidal self-injury in nonclinical samples: systematic review, meta-analysis and meta-regression. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, v. 44, n. 3, p. 273-303, 2014.

TESSER, Charles Dalcanale; SOUSA, Islândia Maria Carvalho de. Atenção primária, atenção psicossocial e práticas integrativas e complementares: interfaces e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2963–2972, 2012.

TURECKI, Gustavo et al. Suicide and suicide risk. **Nature Reviews Disease Primers**, v. 5, art. 74, 2019.

SUICIDE PREVENTION RESOURCE CENTER. **Continuity of Care for Suicide Prevention and Research**. 2022.

VILLELA, Wilza. Gênero, saúde dos homens e masculinidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 29-32, 2005.

VOLPE, F.; LACERDA, A. Reanalyzing self-harm notifications trends in Brazil, 2011–2022. **The Lancet Regional Health – Americas**, v. 35, p. 100800, 2024. DOI: 10.1016/j.lana.2024.100800.

ZAVALETA-RAMÍREZ, P. et al. Clinical characteristics and prevalence of adolescent self-harm before, during and after the COVID-19 pandemic. **Bjpsych Open**, 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide: a global imperative**. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>. Acesso em: 12 mar. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020**. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/speeches/item/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>. Acesso em: 20 jun. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicide**. Geneva: WHO, 2025. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>. Acesso em: 22 mar. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Safer access to pesticides for suicide prevention: experiences from community interventions**. Geneva: WHO, 2016. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MSD-MER-16.3>. Acesso em: 26 jul. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide: a resource for pesticide registrars and regulators**. Geneva: WHO, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516389>. Acesso em: 26 jul. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide by phasing out highly hazardous pesticides**. Geneva: WHO, 2024. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/preventing-suicide-by-phasing-out-highly-hazardous-pesticides>. Acesso em: 26 jul. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Limit access to means of suicide**. Geneva: WHO, 2024. Disponível em: <https://www.who.int/initiatives/live-life-initiative-for-suicide-prevention/limit-access-to-means-of-suicide>. Acesso em: 26 jul. 2026.

UNITED NATIONS. **Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development**. New York: UN, 2015. Disponível em: <https://sdgs.un.org>. Acesso em: 12 mar. 2026.

GUIMARÃES, Denise Alves et al. Avanços e desafios na atenção em saúde mental na RAPS. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 29, e240500, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.240500>.

SWANNELL, Sarah V. et al. Prevalence of non-suicidal self-injury in nonclinical samples. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, v. 44, n. 3, p. 273–303, 2014.

ANEXO A

República Federativa do Brasil
Ministério da SaúdeSINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Nº

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, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual		3 Data da notificação	
	2 Agravado(a)		VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		Código (CID10) Y09	
	4 UF	5 Município de notificação		Código (IBGE)		
	6 Unidade Notificadora					
Notificação Individual	7 Nome da Unidade Notificadora					
	8 Unidade de Saúde		Código (CNEs)		9 Data da ocorrência da violência	
	10 Nome do paciente		11 Data de nascimento		12 (ou) Idade	
	13 Sexo		14 Gestante		15 Raça/Cor	
Dados de Residência	16 Escolaridade		17 Número do Cartão SUS		18 Nome da mãe	
	19 UF		20 Município de Residência		Código (IBGE)	
	21 Bairro		22 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	23 Número		24 Complemento (apto., casa,...)		25 Geo campo 1	
Dados da Pessoa Atendida	26 Geo campo 2		27 Ponto de Referência		28 CEP	
	29 (DDD) Telefone		30 Zona		31 País (se residente fora do Brasil)	
	32 Nome Social		33 Ocupação		34 Situação conjugal / Estado civil	
	35 Orientação Sexual		36 Identidade de gênero		37 Possui algum tipo de deficiência/transtorno?	
Dados da Ocorrência	38 Se sim, qual tipo de deficiência/transtorno?		39 Se sim, qual tipo de deficiência/transtorno?		40 Se sim, qual tipo de deficiência/transtorno?	
	41 UF		42 Município de ocorrência		Código (IBGE)	
	43 Bairro		44 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	45 Número		46 Complemento (apto., casa,...)		47 Geo campo 3	
48 Ponto de Referência		49 Zona		50 Hora da ocorrência		
51 Local de ocorrência		52 Local de ocorrência		53 Ocorreu outras vezes?		
54 Local de ocorrência		55 Local de ocorrência		56 A lesão foi autoprovocada?		

SVS 15.05.2015

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	56 Tipo de violência 1-Sim 2-Não 9-Ignorado ☐ Física ☐ Tráfico de seres humanos ☐ Psicológica/Moral ☐ Financeira/Econômica ☐ Intervenção legal ☐ Tortura ☐ Negligência/Abandono ☐ Outros ☐ Sexual ☐ Trabalho Infantil		
Violência Sexual	57 Meio de agressão 1-Sim 2-Não 9-Ignorado ☐ Força corporal/espionamento ☐ Obj. perfuro-cortante ☐ Arma de fogo ☐ Enforcamento ☐ Substância/Obj. quente ☐ Ameaça ☐ Obj. contundente ☐ Envenenamento ☐ Intoxicação		
	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado ☐ Assédio sexual ☐ Estupro ☐ Pornografia infantil ☐ Exploração sexual ☐ Outros		
Violência Sexual	59 Procedimento realizado 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado ☐ Profilaxia DST ☐ Profilaxia Hepatite B ☐ Coleta de sêmen ☐ Contracepção de emergência ☐ Profilaxia HIV ☐ Coleta de sangue ☐ Coleta de secreção vaginal ☐ Aborto previsto em lei		
	60 Número de envolvidos 1-Sim 2-Não 9-Ignorado 1 - Um ☐ 2 - Dois ou mais ☐ 9 - Ignorado ☐		
Dados do provável autor da violência	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado ☐ Pai ☐ Ex-Cônjuge ☐ Amigos/conhecidos ☐ Policial/Agente da lei ☐ Mãe ☐ Namorado(a) ☐ Desconhecido(a) ☐ Própria pessoa ☐ Padrasto ☐ Ex-Namorado(a) ☐ Cuidador(a) ☐ Outros ☐ Madrasta ☐ Filho(a) ☐ Patrão/chefe ☐ Pessoa com relação institucional ☐ Cônjuge ☐ Irmão(ã)		
	62 Sexo do provável autor da violência 1-Masculino ☐ 2-Feminino ☐ 3-Ambos os sexos ☐ 9-Ignorado ☐ 63 Suspeita de uso de álcool 1-Sim ☐ 2-Não ☐ 9-Ignorado ☐		
Encaminhamento	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: ☐ 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado ☐ Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) ☐ Conselho do Idoso ☐ Delegacia de Atendimento à Mulher ☐ Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) ☐ Delegacia de Atendimento ao Idoso ☐ Outras delegacias ☐ Rede da Educação (Creche, escola, outras) ☐ Centro de Referência dos Direitos Humanos ☐ Justiça da Infância e da Juventude ☐ Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) ☐ Ministério Público ☐ Defensoria Pública ☐ Conselho Tutelar ☐ Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
Dados finais	66 Violência Relacionada ao Trabalho ☐ 67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) ☐ 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 _____ Cod. da Unid. de Saúde/CNES _____		
	Nome _____ Função _____ Assinatura _____		
Violência Interpessoal/autoprovocada Sinan SVS 15.06.2015			