






## Violência autoprovocada e adolescência no Brasil: análise das notificações do período de 2012 a 2022

*Self-inflicted violence among adolescents in Brazil: An analysis of the notifications made during the 2012-2022 period*

*Violencia autoinfligida y adolescencia en Brasil: análisis de casos notificados entre 2012 y 2022*

Tarciso Feijó da Silva<sup>I</sup> ; Roberta Georgia Sousa dos Santos<sup>I</sup> ; Verônica Caé da Silva Moura<sup>II</sup> ;  
Josinei Feijó da Silva<sup>III</sup> ; Nicolle Silva de Menezes<sup>I</sup> 

<sup>I</sup>Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil; <sup>II</sup>Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil;

<sup>III</sup>Prefeitura Municipal de Cantagalo. Cantagalo, RJ, Brasil

### RESUMO

**Objetivo:** descrever o perfil das notificações de violência autoprovocada entre adolescentes no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de 2012 a 2022. **Método:** estudo descritivo epidemiológico baseado em dados secundários do SINAN, abrangendo adolescentes de 10 a 19 anos. Foram analisados dados sobre sexo, faixa etária, região de ocorrência, escolaridade e raça. **Resultados:** entre 2012 e 2022, foram notificados 824.430 casos de violência autoprovocada, com prevalência entre adolescentes do sexo feminino (69%). A região sudeste concentrou a maior parte das notificações (44%), a região nordeste apresentou a maior variação percentual proporcional (216,66%). **Conclusão:** a violência autoprovocada entre adolescentes no Brasil é um grave problema de saúde pública, com prevalência entre meninas. É fundamental implementar políticas públicas que promovam a saúde mental e previnam comportamentos autolesivos. As ações do Programa Saúde na Escola e outras ações intersetoriais são relevantes para o apoio dos adolescentes em risco.

**Descritores:** Adolescência; Violência; Comportamento Autodestrutivo; Epidemiologia.

### ABSTRACT

**Objective:** to describe the profile of self-inflicted violence reports among adolescents in the Notifiable Diseases Information System (*Sistema de Informação de Agravos de Notificação*, SINAN) from 2012 to 2022. **Method:** a descriptive epidemiological study based on secondary data from the SINAN, covering adolescents aged 10-19 years old. Data on gender, age group, region where the events took place, schooling level and race were analyzed. **Results:** a total of 824,430 self-inflicted violence cases were reported between 2012 and 2022, with prevalence among female adolescents (69%). The Southeast region concentrated most of the reports (44%) and the Northeast region had the highest Proportional Percentage Variation (216.66%). **Conclusion:** self-inflicted violence among adolescents in Brazil is a serious Public Health problem, with prevalence among girls. It is essential to implement public policies that promote mental health and prevent self-harm behaviors. The measures implemented by the Health at School Program and other intersectoral actions are relevant to supporting at-risk adolescents.

**Descriptors:** Adolescent; Violence; Self-Injurious Behavior; Epidemiology.

### RESUMEN

**Objetivo:** describir el perfil de las denuncias de violencia autoinfligida en adolescentes en el Sistema de Información de Eventos de Notificación Obligatoria (*Sistema de Informação de Agravos de Notificação*, SINAN) durante el período de 2012 a 2022. **Método:** estudio epidemiológico y descriptivo basado en datos secundarios del SINAN y realizado con adolescentes de 10 a 19 años. Se analizaron datos sobre sexo, grupo etario, región de ocurrencia, educación y raza. **Resultados:** se reportaron 824.430 casos de violencia autoinfligida entre 2012 y 2022, con prevalencia en adolescentes del sexo femenino (69%). La región sudeste concentró la mayor parte de las notificaciones (44%) y la región nordeste presentó la mayor Variación Porcentual Proporcional (216,66%). **Conclusión:** la violencia autoinfligida entre adolescentes en Brasil es un grave problema salud pública, con prevalencia entre las niñas. Es fundamental implementar políticas públicas que promuevan la salud mental y prevengan conductas autolesivas. Las acciones del Programa Salud en la Escuela y otras acciones intersectoriales son relevantes para apoyar a los adolescentes en riesgo.

**Descriptores:** Adolescente; Violencia; Conducta Autodestructiva; Epidemiología.

## INTRODUÇÃO

A violência autoprovocada na adolescência é um problema de saúde pública que impacta de forma significativa a sociedade, exigindo ações oportunas de prevenção nesta fase do curso da vida. A notificação compulsória desses eventos é essencial para subsidiar a vigilância em saúde, orientando intervenções preventivas e de controle. O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) classifica a violência autoprovocada em tentativas de suicídio e autolesão, conforme a ficha de notificação. Analisar os dados do SINAN podem contribuir para entender a magnitude do fenômeno e suas implicações sociais e de saúde<sup>1</sup>.

Autor correspondente: Tarciso Feijó da Silva E-mail: [tarcisofeijo@yahoo.com.br](mailto:tarcisofeijo@yahoo.com.br)

Editora Chefe: Cristiane Helena Gallasch; Editora Científica: Thelma Spíndola

Os adolescentes estão mais vulneráveis à violência autoprovocada devido ao estágio de desenvolvimento vivenciado que envolve a transição da infância para a idade adulta, as transformações corporais e as complexidades emocionais que atravessam, as questões relacionadas à sexualidade e gênero e a falta de apoio social<sup>2,3</sup>. Estudos indicam que fatores como a estrutura familiar, questões sociais e a presença de problemas relacionados à saúde mental são determinantes importantes para o comportamento autolesivo<sup>4</sup>. Esses adolescentes enfrentam um risco aumentado de consequências graves para a saúde mental e física, como transtornos de ansiedade, depressão e risco de suicídio<sup>5</sup>.

No contexto internacional, a violência autoprovocada entre adolescentes também é uma preocupação crescente. Nos Estados Unidos, o Centers for Disease Control and Prevention (CDC) relatou um aumento de 57,4% nas taxas de suicídio entre jovens de 10 a 24 anos entre 2007 e 2018<sup>6</sup>. Esse dado ressalta a necessidade de uma abordagem global para a prevenção da violência autoprovocada, incorporando estratégias baseadas em evidências para reduzir esses comportamentos<sup>7</sup>.

A violência autoprovocada é abordada pela Lei nº 13.819 de 26 de abril de 2019, que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio<sup>8</sup>. Esta lei destaca a importância de estratégias integradas e multissetoriais para a prevenção, a identificação e o acompanhamento da violência autoprovocada, reconhecendo a necessidade de apoio psicológico e social adequado para os adolescentes em situação de risco<sup>9</sup>. Dados do Ministério da Saúde revelam que, em 2021, foram notificados 32.733 casos de violência autoprovocada entre adolescentes no Brasil, evidenciando a urgência de medidas eficazes de intervenção<sup>10</sup>.

O sistema de vigilância de violências e acidentes (Viva) iniciou as notificações de casos de violência autoprovocada em 2006, sendo incorporados aos eventos sentinela em 2009 e à Lista de Notificação Compulsória em 2011<sup>11</sup>. A Portaria nº 2.920, de 10 de novembro de 2020, reforça a necessidade de notificação imediata à vigilância em saúde para ações de intervenção cabíveis<sup>12</sup>. O conhecimento desses dados é relevante para o desenvolvimento de políticas públicas com foco na promoção de ambientes seguros e acolhedores para os adolescentes<sup>13</sup>.

Além dos dados brasileiros, a Organização Mundial da Saúde (OMS) sinaliza que o suicídio é a quarta principal causa de morte entre adolescentes de 15 a 19 anos no mundo, indicando que o problema transcende fronteiras e requer esforços coordenados a nível internacional<sup>14</sup>. A abordagem de prevenção da violência autoprovocada deve incluir a promoção da saúde mental, a identificação precoce de sinais de risco e o acesso a serviços de apoio e tratamento adequados<sup>15</sup>.

Ao fornecer um panorama detalhado dessas ocorrências, pretende-se contribuir para a melhoria das práticas de saúde pública, apoiar os profissionais da área e fomentar o crescimento do conhecimento científico neste campo, essencial para a formulação de estratégias de prevenção e intervenção eficazes.

Este estudo teve como objetivo descrever o perfil das notificações de violência autoprovocada entre adolescentes no SINAN, no período de 2012 a 2022.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, epidemiológico, de série histórica, com dados secundários obtidos das notificações dos casos de violência autoprovocada no Brasil.

Foram incluídos os casos de violência autoprovocada em adolescentes de ambos os sexos, na faixa etária de 10 a 19 anos, notificados em todas as regiões do Brasil, no espaço temporal de 2012 até 2022. Os anos de 2023 e 2024 não foram incluídos devido ausência de informações na base de dados.

O SINAN é alimentado pela ficha de notificação/investigação, a qual é dividida em blocos com campos de preenchimento referentes às características do local de notificação, da vítima e da ocorrência de violência autoprovocada. Os dados do SINAN foram obtidos em junho de 2024, abarcando-se os campos/variáveis regiões de saúde, ano de ocorrência, idade, sexo, raça e grau de escolaridade.

Para processamento dos dados coletados, utilizou-se o programa Microsoft Office Excel 2013. Foi utilizada a estatística descritiva, sendo calculadas as frequências absolutas e relativas das variáveis do estudo. Para verificar a variação das notificações no período estudado, foram calculadas a Variação Percentual Proporcional (VPP) por região de ocorrência, considerando os anos de 2012 a 2022. A fórmula utilizada para o cálculo da VPP foi  $\{[(\text{ano final} - \text{ano inicial}) / \text{ano inicial}] * 100\}$ .

Os dados utilizados são de acesso público e não há nenhum dado que proporcione prejuízos/riscos e exposição individual e/ou coletivo. Diante disso, não foi necessário submeter ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

## RESULTADOS

No período do estudo (2012 a 2022), foram notificados 824.430 casos de violência autoprovocada em adolescentes, com distribuição apresentada na Tabela 1, segundo a região de ocorrência.

**Tabela 1:** Distribuição dos casos de violência autoprovocada em adolescentes, segundo região de ocorrência e ano de notificação (n=824.460). Brasil, 2022.

Região de ocorrência	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Região (Total)	VPP 2012-2022
Norte	3.551	4.752	5.127	5.425	6.032	6.968	7.339	8.735	6.621	7.642	10.485	72.677	195,29
Nordeste	7.429	10.200	10.509	10.521	10.911	13.908	15.664	17.854	13.750	17.319	23.524	151.589	216,66
Sudeste	18.336	20.648	22.506	24.703	28.312	36.513	40.198	45.054	32.496	38.625	55.193	362.584	200,96
Sul	9.020	10.487	11.290	11.716	12.567	16.787	19.452	23.433	15.150	16.892	22.269	169.063	146,77
Centro-Oeste	3.841	4.547	4.389	4.515	4.621	5.728	6.602	8.635	6.812	7.684	11.143	68.517	190,02
<b>Brasil (Total)</b>	<b>42.177</b>	<b>50.634</b>	<b>53.821</b>	<b>56.880</b>	<b>62.443</b>	<b>79.904</b>	<b>89.255</b>	<b>103.711</b>	<b>74.829</b>	<b>88.162</b>	<b>122.614</b>	<b>824.430</b>	<b>191,33</b>

**Legenda:** VPP - Variação Percentual Proporcional. Fonte: SINAN, 2024.

Entre as regiões do Brasil, as mais acometidas com os casos foram a sudeste (362.584= 44%), Sul (169.063=20%) e Nordeste (151.589=18%). Os menores casos de ocorrência, dentro dessa estimativa, foram da região Centro-Oeste (68.517=8%). Nesse período, houve um aumento importante nas frequências dos registros dos casos em todas as regiões do País, em ordem crescente: Nordeste (VPP=216,66%), sudeste (VPP=200,96%), norte (VPP=195,29%), centro-oeste (VPP=190,02%), e sul (VPP=146,77%).

A distribuição dos casos de violência autoprovocada em adolescentes, segundo sexo e faixa etária, é apresentada na Tabela 2.

**Tabela 2:** Distribuição dos casos de violência autoprovocada em adolescentes, segundo sexo e faixa etária. Brasil, 2022.

	Região de ocorrência					
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Total
<b>Sexo</b>						
Masculino	12.363	54.838	107.405	51.484	20.418	249.508
Feminino	57.314	96.751	255.179	117.579	48.099	574.922
<b>Total</b>	<b>72.677</b>	<b>151.589</b>	<b>362.584</b>	<b>169.063</b>	<b>68.517</b>	<b>824.430</b>
<b>Faixa etária</b>						
10-14 anos	37.692	55.677	133.434	74.612	27.892	329.307
15-19 anos	34.985	95.912	229.150	94.451	40.625	495.123
<b>Total</b>	<b>72.677</b>	<b>151.589</b>	<b>632.584</b>	<b>169.063</b>	<b>68.517</b>	<b>824.430</b>

**Fonte:** SINAN, 2024.

A violência autoprovocada tem maior prevalência no sexo feminino (574.922=69%) em todas as regiões do Brasil. A região sudeste concentra maior proporção de violência autoprovocada tanto por sexo (n=362.584; 44%), quanto por faixa etária, com 133.434 (41%) notificações entre os adolescentes de 10 a 14 anos e 229.150 (46%) de 15 a 19 anos. A região sul é a segunda região com maior quantidade de notificações entre jovens de 10 a 14 anos (n=74.612; 23%) e a nordeste entre os de 15 a 19 anos (n=95.912; 19%).

Na Tabela 3 são apresentados os achados relacionados aos casos segundo escolaridade e raça/cor.

**Tabela 3:** Distribuição dos casos de violência autoprovocada em adolescentes, segundo escolaridade e raça/cor. Brasil, 2022.

Variáveis	n	f (%)
<b>Escolaridade</b>		
Ignorado/Branco	271.197	32,89
Analfabeto	2.779	0,34
1ª a 4ª série incompleta do EF	36.468	4,42
4ª série completa do EF	25.590	3,10
5ª a 8ª série incompleta do EF	230.064	27,91
Ensino fundamental completo	54.864	6,66
Ensino médio incompleto	139.875	16,97
Ensino médio completo	52642	6,39
Educação superior incompleta	8447	1,01
Educação superior completa	1219	0,15
Não se aplica	1285	0,16
<b>Raça/cor</b>		
Ign/Branco	90904	11,04
Branca	303964	36,89
Preta	64225	7,80
Amarela	6482	0,79
Parda	350206	42,43
Indígena	8649	1,05

Fonte: SINAN, 2024.

Com relação à escolaridade dos casos notificados de violência autoprovocada, observa-se maioria com informação ignorada ou em branco (271.197=33%). No entanto, a análise das informações que apresentaram o respectivo dado elucida maior prevalência de casos de violência autoprovocada em adolescentes com 5ª a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental (230.064=28%) e ensino médio incompleto (139875=17%). (Tabela 3)

No quesito raça/cor da pele houve predomínio da parda (350.206=42%), seguido da branca (303.964=36,2%). A raça/cor preta aparece com a 3ª mais prevalente com 64.225 (8%). Se somadas as raças/cor da pele parda e pretas, chega-se ao total de 414.431 (50%) dos casos registrados. Convém sinalizar que 90.904 (12%) das notificações emergiram com o dado ignorado ou em branco.

## DISCUSSÃO

A violência autoprovocada entre adolescentes é um fenômeno complexo que tem atraído crescente atenção em todo o mundo devido às suas implicações graves para a saúde mental e física dos jovens. No Brasil, os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) entre 2012 e 2022 indicam um aumento significativo nos casos, com 824.430 notificações registradas no período. A análise destes dados revela padrões importantes que precisam ser compreendidos para a formulação de políticas públicas eficazes.

A prevalência de violência autoprovocada é maior entre adolescentes do sexo feminino, representando 69% dos casos notificados. Este padrão nacional dialoga com estudos internacionais que mostram que as meninas têm uma maior propensão a comportamentos autolesivos em comparação com os meninos<sup>16,17</sup>. No Brasil, essas questões podem ser exacerbadas por fatores culturais e socioeconômicos específicos, sendo que a propensão das meninas à prática de autolesão pode ser explicada pelo fato de mulheres e homens lidarem de forma diferente com as experiências enquanto crescem. As meninas tradicionalmente são mais inclinadas a identificar, reconhecer e ter consciência das experiências emocionais. Assim elas tendem mais a buscar formas de regulação emocional, podendo o comportamento autolesivo surgir como alternativa<sup>18</sup>.

A distribuição regional dos casos de violência autoprovocada também apresenta implicações para o debate. A região Sudeste, por exemplo, concentra a maior proporção de notificações, tanto por sexo quanto por faixa etária. Especificamente, 44% das notificações ocorreram nesta região, com uma alta incidência entre adolescentes de 15 a 19 anos. Esta concentração pode ser atribuída a fatores como a urbanização, estresse acadêmico e acesso a meios de autolesão. Os adolescentes sofrem pressão familiar, escolar e social, além da pressão pela normalização e disciplinarização de comportamentos e corpos e essas condições desencadeiam diversas formas de enfrentamento<sup>19</sup>.

No entanto, a região Nordeste apresentou a maior Variação Percentual Proporcional (VPP) de 216,66%, indicando um crescimento exponencial nos casos de violência autoprovocada. Esta região enfrenta desafios socioeconômicos que

podem aumentar a vulnerabilidade dos adolescentes. A literatura sugere que a pobreza, a falta de acesso a serviços de saúde mental e a violência doméstica são fatores de risco significativos para comportamentos autolesivos<sup>20</sup>.

A escolaridade dos adolescentes que praticam violência autoprovocada é outro fator importante a ser considerado. A maioria dos casos notificados envolve adolescentes com ensino fundamental incompleto, sugerindo uma correlação entre baixo nível educacional e maior vulnerabilidade aos comportamentos autolesivos. Estudos internacionais indicam que a falta de suporte educacional e perspectivas limitadas podem contribuir para sentimentos de desesperança e comportamentos autodestrutivos<sup>21</sup>.

A análise da raça/cor da pele revela que adolescentes pardos e brancos são os mais afetados, representando 42% e 36% dos casos; já os pretos representam 8% dos casos. Na esteira de que 50% dos acometidos são pardos e pretos convém atenção especial, considerando as disparidades raciais e os desafios específicos que enfrentando. Estudos mostram que adolescentes negros podem enfrentar discriminação e estigma adicionais, o que pode contribuir para comportamentos autolesivos<sup>22,23</sup>. Abordagens inclusivas que reconheçam e abordem essas disparidades são essenciais.

Além das disparidades regionais e educacionais, a pandemia de COVID-19 teve um impacto significativo na saúde mental dos adolescentes em todo o mundo, exacerbando problemas de saúde mental, incluindo um aumento nos comportamentos autolesivos<sup>24</sup>. No Brasil, o impacto da pandemia pode ter amplificado os desafios enfrentados por adolescentes, especialmente aqueles já vulneráveis devido a condições socioeconômicas ou questões de saúde mental pré-existent.

Observam-se a partir dos resultados que muitas notificações no SINAN apresentam informações incompletas ou ignoradas, o que limita a compreensão completa do problema. Nesta feita, melhorar a qualidade dos dados coletados, incluindo a padronização dos procedimentos de notificação e a capacitação dos profissionais de saúde, pode ser um caminho possível na tentativa de contribuir para a precisão das análises e a eficácia das intervenções.

Em termos de políticas públicas, o Brasil pode se beneficiar da implementação de programas de prevenção baseados em evidências que já se mostraram eficazes em outros países. Programas de intervenção escolar que abordam a saúde mental, como aqueles implementados na Austrália e no Reino Unido, mostraram-se eficazes na redução de comportamentos autolesivos entre adolescentes<sup>25</sup>.

Além disso, o envolvimento da comunidade e a promoção de campanhas de conscientização sobre saúde mental podem ajudar a reduzir o estigma associado aos comportamentos autolesivos e incentivar adolescentes a buscar ajuda. No Japão, campanhas nacionais de conscientização e programas de suporte comunitário mostraram resultados promissores na redução de suicídios entre adolescentes<sup>26</sup>. Implementar estratégias semelhantes no Brasil poderia contribuir para a redução dos casos de violência autoprovocada.

A integração de serviços de saúde mental nos cuidados primários é outra abordagem recomendada, tendo em vista seu potencial para melhoria do acesso às ações de promoção da saúde e acompanhamento dos adolescentes em maior vulnerabilidade<sup>27</sup>. Cabe refletir ainda, sobre a necessidade do avanço na ampliação do acesso aos serviços de saúde mental, especialmente em áreas rurais e comunidades marginalizadas.

A colaboração entre diferentes setores, incluindo saúde, educação, serviço social e segurança emerge como necessária para uma abordagem pautada na integralidade do cuidado. A implementação de programas intersetoriais que envolvam escolas, famílias e comunidades pode criar um ambiente de suporte mais abrangente para os adolescentes<sup>9,27</sup>. No Brasil, fortalecer essas colaborações pode ajudar a construir uma rede de suporte mais eficiente e em diálogo com as necessidades sociais e de saúde dos adolescentes.

A formação e capacitação de profissionais de saúde, educadores e outros envolvidos no atendimento a adolescentes é essencial. Nesta esteira, programas de formação que aumentem a conscientização sobre sinais de alerta e estratégias de intervenção podem melhorar a resposta a comportamentos autolesivos<sup>28</sup>. Assim, investir na capacitação desses profissionais pode resultar em um melhor atendimento e suporte aos adolescentes em risco.

A criação de espaços seguros e acolhedores para adolescentes discutirem suas emoções e experiências é outra abordagem que merece atenção. Programas de aconselhamento escolar e grupos de apoio entre pares têm se mostrado eficazes na redução de comportamentos autolesivos<sup>29</sup>. No contexto nacional, a implementação de pontos de escuta e acolhimento e grupos de apoio à saúde mental dos adolescentes na Atenção Primária à Saúde e nos cenários escolares podem contribuir para a identificação precoce dos fatores de risco para comportamentos autolesivos e dos adolescentes em risco.

Programas de prevenção que incluam educação sobre saúde mental nas escolas podem ajudar a identificar e apoiar adolescentes em risco antes que ocorra a autolesão. A formação de professores e funcionários escolares para reconhecer sinais de alerta e oferecer suporte pode ser uma estratégia eficaz. No Reino Unido, programas como o Mental Health First Aid (MHFA) mostraram-se promissores na capacitação de educadores para lidar com problemas de saúde mental entre estudantes<sup>29</sup>. No contexto familiar, estudos indicam que a promoção da saúde mental dos pais, a comunicação aberta e o suporte emocional dentro da família podem fortalecer a dinâmica familiar gerando impacto positivo na prevenção da violência autoprovocada e na redução da probabilidade de comportamentos autolesivos<sup>30</sup>.

A criação de políticas públicas que melhorem o acesso a serviços de saúde mental, especialmente em áreas rurais e regiões com alta prevalência de violência autoprovocada, é essencial. A utilização de tecnologias digitais para oferecer serviços de saúde mental, como tele saúde e aplicativos de suporte emocional, pode ser uma solução viável para ampliar o alcance e o impacto das intervenções<sup>31</sup>. Por se tratar de um público cativo e imerso no mundo digital, envolvê-los na criação e implementação de programas de prevenção e intervenção digital e até mesmo presencial pode ser um caminho, mas carece de planejamento e amparo legal. Estudos mostram que a participação ativa dos jovens em programas de saúde mental aumenta a eficácia e a aceitação dessas intervenções<sup>32,33</sup>. A inclusão de adolescentes no desenvolvimento de políticas e programas pode garantir que suas necessidades e perspectivas sejam consideradas.

Os dados deste estudo destacam a importância de políticas públicas e intervenções focadas em populações vulneráveis, especialmente adolescentes. O contexto brasileiro exige abordagens que levem em conta as disparidades regionais, raciais e socioeconômicas. A implementação de programas de prevenção e intervenção que considerem esses fatores pode contribuir para a qualidade da saúde mental dos adolescentes e consequentemente redução da violência autoprovocada.

## CONCLUSÃO

A violência autoprovocada entre adolescentes no Brasil representa um problema de saúde pública de grande relevância, evidenciado pela alta prevalência de casos notificados, especialmente entre adolescentes do sexo feminino. A análise dos dados do SINAN ressalta a urgência na implementação de políticas públicas que promovam a saúde mental e previnam comportamentos autolesivos nesta população.

O fortalecimento das políticas de saúde mental deve ser priorizado, com destaque para a importância das abordagens intersetoriais. A integração entre os setores de saúde, educação, assistência social e segurança pública é fundamental para a criação de uma rede de suporte abrangente. Nesse contexto, a APS desempenha um papel de fundamental importância no cuidado aos adolescentes, proporcionando acompanhamento ao longo do tempo e identificando a rede social de apoio para suporte. Ações como as desenvolvidas no âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE) são essenciais para lidar com questões de saúde mental no ambiente escolar, oferecendo um espaço seguro para a expressão emocional e a identificação precoce de sinais de risco.

A rede de apoio intrafamiliar e comunitária também é um componente vital na prevenção da violência autoprovocada. O fortalecimento desses laços, juntamente com a promoção de ambientes seguros e acolhedores, pode contribuir significativamente para o bem-estar emocional dos adolescentes. A promoção de espaços de diálogo e escuta ativa nas escolas e comunidades é fundamental para criar um ambiente onde os jovens se sintam ouvidos e apoiados.

O cuidado longitudinal, com um acompanhamento contínuo e integrado dos adolescentes em risco, é uma estratégia essencial para a prevenção de comportamentos autolesivos. A atuação do Estado na consolidação de estratégias de enfrentamento das mídias sociais que propagam violência é igualmente importante. A regulação e monitoramento dessas plataformas, bem como a promoção de campanhas educativas sobre o uso seguro das redes sociais, podem ajudar a mitigar os impactos negativos dessas mídias na saúde mental dos jovens.

Apesar das contribuições significativas deste estudo, algumas limitações devem ser consideradas. A utilização de dados secundários do SINAN pode não capturar toda a magnitude do problema, devido à subnotificação. Além disso, a análise não aborda fatores contextuais e individuais, como ambiente familiar, histórico de traumas e condições socioeconômicas, que podem influenciar a violência autoprovocada. Pesquisas futuras devem incorporar uma abordagem mais abrangente, incluindo fatores psicossociais e culturais, para oferecer uma compreensão mais completa do fenômeno.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Br). Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2024 [cited 2024 Sep 12]. Available from: <http://portalsinan.saude.gov.br/>.



2. Ministério da Saúde (Br). Notificação compulsória de violências: um instrumento para a vigilância em saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016 [cited 2024 Oct 14]. Available from: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/notificacao\\_violencias\\_instrumento\\_vigilancia\\_saude.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/notificacao_violencias_instrumento_vigilancia_saude.pdf).
3. Ministério da Saúde (Br). Viva: Vigilância de Violências e Acidentes. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006 [cited 2024 Nov 11]. Available from: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_viva\\_2006.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_viva_2006.pdf).
4. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 2.920, de 10 de novembro de 2020. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020 [cited 2024 Sep 22]. Available from: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-2.920-de-10-de-novembro-de-2020-289217928>.
5. Brasil. Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019 [cited 2024 Sep 10]. Brasília (DF): Presidência da República; 2019 [cited 2024 Sep 10]. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/lei/L13819.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13819.htm).
6. Centers for Disease Control and Prevention (EUA). Youth Risk Behavior Surveillance. Washington (DC): Centers for Disease Control and Prevention; 2019 [cited 2024 Sep 14]. Available from: <https://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/index.htm>.
7. Centers for Disease Control and Prevention (EUA). 10 Leading Causes of Death by Age Group, Washington (DC): Centers for Disease Control and Prevention; 2018 [cited 2024 Oct 21]. Available from: <https://www.cdc.gov/injury/wisqars/LeadingCauses.html>.
8. World Health Organization (WHO). Preventing suicide: a global imperative. Geneva: WHO; 2014 [cited 2024 Nov 13]. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf).
9. World Health Organization (WHO). Global health estimates 2019: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2019. Geneva: WHO; 2019 [cited 2024 Oct 17]. Available from: <https://www.who.int/data/global-health-estimates>.
10. Ministério da Saúde (Br). DATASUS – Sistema de Informações sobre Mortalidade. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2024 [cited 2024 Oct 16]. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>.
11. Ministério da Saúde (Br). Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN: normas e rotinas. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006 [cited 2024 Nov 16]. Available from: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sinan\\_normas\\_rotinas.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sinan_normas_rotinas.pdf).
12. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 3.118, de 25 de outubro de 2016. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016 [cited 2024 Sep 13]. Available from: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-3.118-de-25-de-outubro-de-2016-232322558>.
13. Ministério da Saúde (Br). Saúde Brasil 2018 – Uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018 [cited 2024 Nov 19]. Available from: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2018.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2018.pdf).
14. World Health Organization (WHO). Mental health action plan 2013-2020. Geneva: WHO; 2013 [cited 2024 Sep 12]. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf).
15. Ministério da Saúde (Br). Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014 [cited 2024 Nov 11]. Available from: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_pnps.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_pnps.pdf).
16. Brooks F, Magnusson J, Klemmer E, Chester K, Spencer N, Smeeton N. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC): World Health Organization collaborative cross-national study (HBSC England National Report). Hatfield: University of Hertfordshire; 2015 [cited 2024 Oct 10]. Available from: <http://www.hbscengland.com/wp-content/uploads/2015/10/National-Report-2015.pdf>.
17. Moraes DX, Moreira ES, Sousa JM, Vale RRM, Pinho ES, Dias PCS, Caixeta CC. "The pen is the blade, my skin the paper": risk factors for self-injury in adolescents. *Rev Bras Enferm*. 2020 [cited 2024 Oct 2]; 73:e20200578. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0578>.
18. Fonseca PHN, Silva AC, Araujo LMC, Botti NCL. Autolesão sem intenção suicida entre adolescentes. *Arq bras psicol*. 2018 [cited 2024 Sep 12]; 70(3):246-58. Available from: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672018000300017&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672018000300017&lng=pt&nrm=iso).
19. Bastos EM. Automutilação de adolescentes: um estudo de caso em escola pública de Fortaleza Educação, Psicol Interfaces. 2019 [cited 2024 Oct 12]; 3(3):156-91. DOI: <https://doi.org/10.37444/issn-2594-5343.v3i3.167>.
20. Tomek S, et al. Suicidality in black American youth living in impoverished neighborhoods: is school connectedness a protective factor? *School Ment Health*. 2018 [cited 2024 Oct 15]; 10(1):1-11. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s12310-017-9241-4>.
21. Goldman-Mellor SJ, Caspi A, Harrington H, Hogan S, Nada-Raja, Poulton R, et al. Suicide attempt in young people a signal for long-term health care and social need. *JAMA Psychiatry*. 2014 [cited 2024 Jul 6]; 71(2):119-27. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.2803>.
22. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012 a 2016. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018 [cited 2024 Sep 14]. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-39972>.
23. Assari S, Mistry R, Lee DB, Caldwell CH, Zimmerman MA. Perceived racial discrimination and marijuana use a decade later; gender differences among black youth. *Front Pediatr*. 2019 [cited 2024 Nov 13]; 7:78. DOI: <https://doi.org/10.3389/fped.2019.00078>.
24. Guessoum SB, Lachal J, Radjack R, Carretier E, Minassian S, Benoit L, et al. Adolescent psychiatric disorders during the COVID-19 pandemic and lockdown. *Psychiatry Res*. 2020 [cited 2024 Jul 8]; 291:113264. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113264>.
25. Di Pierro R, Sarno I, Perego S, Gallucci M, Madeddu F. Adolescent nonsuicidal self-injury: the effects of personality traits, family relationships and maltreatment on the presence and severity of behaviours. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2012 [cited 2024 Jul 08]; 21:511-20. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00787-012-0289-2>.
26. Ueda M, Nordström R, Matsubayashi T. Suicide and mental health during the COVID-19 pandemic in Japan. *J Public Health*. 2022 [cited 2024 Jul 08]; 44(3):541-8. DOI: <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdab113>.
27. Escobar AMPR, Arruda MFA, Lorena Sobrinho JE. Cuidado aos adolescentes com comportamentos suicidas e autolesivos: o olhar dos profissionais de uma rede de serviços intersetoriais. *Physis*. 2024 [cited 2024 Jul 08]; 34:e34032. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202434032pt>.

28. Quesada AA, Figueiredo CGS, Silva AGF, Figueiredo RNS, Figueiredo KSG, Guimarães IS. Cartilha para prevenção da automutilação e do suicídio: orientações para educadores e profissionais da saúde. Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha; 2020 [cited 2024 Oct 12]. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_prevencao\\_automutilacao\\_suicidio\\_orientacoes\\_educadores\\_profissionais\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_prevencao_automutilacao_suicidio_orientacoes_educadores_profissionais_saude.pdf).
29. Kitchen BA, Jorm AF. Mental Health First Aid: an international programme for early intervention. *Early Interv Psychiatry*. 2008 [cited 2024 Jul 10]; 2(1):55-61. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2007.00056.x>.
30. Pallini S, Terronni A, Iannello S, Cerutti R, Ferrara M, Fantini F, et al. Attachment-related representations and suicidal ideations in nonsuicidal self-injury adolescents with and without suicide attempts: a pilot study. *Suicide Life Threat Behav*. 2020 [cited 2024 Jul 10]; 50:909-20. DOI: <https://doi.org/10.1111/sltb.12633>.
31. Naslund JA, Aschbrenner KA, Marsch LA, Bartels SJ. The future of mental health care: peer-to-peer support and social media. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2016 [cited 2024 Jul 10]; 25(2):113-22. DOI: <https://doi.org/10.1017/S2045796015001067>.
32. Rocha SP, Farias QLT, Vasconcelos MIO, Lopes SMB, Castro-Silva II, Silva KKD, et al. Mental health in adolescence: elaboration and validation of an educational technology for health promotion. *Rev Bras Enferm*. 2021 [cited 2024 Jul 12]; 74(5):e20201023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1023>.
33. Baum C, Maraschin C. Oficinas e jogos eletrônicos: produção de saúde mental? *Interface (Botucatu)*. 2016 [cited 2024 Jul 12]; 20(59):1053-62. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0861>.

#### Contribuições dos autores

Concepção, T.F.S.; metodologia, T.F.S. e N.S.M.; software, T.F.S. e N.S.M.; validação, T.F.S. e N.S.M.; análise formal, T.F.S., R.G.S.S. e V.C.S.M.; investigação, T.F.S., R.G.S.S. e V.C.S.M.; obtenção de recursos, T.F.S., R.G.S.S. e V.C.S.M.; curadoria de dados, T.F.S.; redação, T.F.S., R.G.S.S., V.C.S.M., J.F.S. e N.S.M.; revisão e edição, R.G.S.S., V.C.S.M. e J.F.S.; visualização, R.G.S.S., V.C.S.M. e J.F.S.; supervisão, T.F.S., R.G.S.S. e V.C.S.M.; administração do projeto, T.F.S. Todos os autores realizaram a leitura e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

#### Uso de ferramentas de inteligência artificial

Os autores declaram que não foram utilizadas ferramentas de inteligência artificial na composição do manuscrito “*Violência autoprovocada e adolescência no Brasil: análise das notificações do período de 2012 a 2022*”.