saúde
EM DEBATE

ARTIGO ORIGINAL

Fatores associados às lesões autoprovocadas intencionalmente em adolescentes de Mato Grosso, Brasil

Factors associated with intentionally self-inflicted injuries in adolescents from Mato Grosso, Brazil

Ligia Regina Oliveira[1], Leonardo José Araujo Campos[1,2], Amanda Cristina de Souza Andrade[1,3], Francine Nesello Melanda[1], Marta Ester Conciani[1,4]

DOI: 10.1590/2358-28982026E110398P

RESUMO O objetivo foi investigar os padrões de agrupamentos de características sociodemográficas e os principais meios utilizados nas lesões autoprovocadas intencionalmente em adolescentes residentes em Mato Grosso. Estudo descritivo que analisou os casos de lesões autoprovocadas notificados pelo Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes, em seu componente Vigilância de violência interpessoal e autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, no período de 2011 a 2020. A relação entre as variáveis estudadas foi avaliada pela análise de correspondência múltipla. Foram 1.421 notificações de lesões autoprovocadas em adolescentes, e os meios mais utilizados foram envenenamento (51,6%), objeto perfurocortante (28,4%) e enforcamento (9,8%). Observou-se distintos padrões: 1) sexo masculino, autolesão ocorrida em via pública, por meio de objetos perfurocortantes ou enforcamento; 2) adolescentes de 10 a 14 anos, raça/cor amarela, que frequentavam o ensino fundamental, autolesão ocorrida na escola; 3) adolescentes de 15 a 19 anos, sexo feminino, raça/cor parda/preta ou branca, ensino médio ou superior, casadas ou em união estável e com deficiência/transtorno, ocorrida na residência e envenenamento. A identificação de padrões entre o meio utilizado nas lesões autoprovocadas intencionalmente e as características dos adolescentes permite planejar ações mais efetivas para a prevenção desses eventos nesta população.

PALAVRAS-CHAVE Autolesão. Adolescente. Doenças e agravos de notificação compulsória. Análise multivariada.

ABSTRACT *The objective was to investigate the clustering patterns of sociodemographic characteristics and the main means used in intentional self-harm in adolescents living in Mato Grosso. A descriptive study that analyzed the cases of self-harm reported by the Violence and Accident Surveillance System, specifically its component on the surveillance of interpersonal and self-inflicted violence within the Notifiable Diseases Information System, from 2011 to 2020. The relationship between the studied variables was assessed by multiple correspondence analysis. There were 1,421 reports of self-harm in adolescents, and the most used means were poisoning (51.6%), sharp objects (28.4%), and hanging (9.8%). Distinct patterns were observed: 1) male gender, self-harm occurred in public spaces, by means of sharp objects or hanging; 2) adolescents aged 10 to 14, asian race/color, who attended elementary school, self-harm occurred at school; 3) adolescents aged 15 to 19, female, black/brown or white, with high school or higher education, married or in a stable union and with a disability/disorder, which occurred at home and poisoning. Identifying patterns between the means used in intentional self-harm and the characteristics of adolescents allows planning more effective actions to prevent these events in this population.*

KEYWORDS *Self-harm. Adolescent. Disease notification. Multivariate analysis.*

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

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

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

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

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Introdução

Lesões autoprovocadas intencionalmente constituem um grande problema de saúde pública e são importantes preditores de suicídios, sendo esses responsáveis pela segunda causa de morte entre adolescentes de 15 a 19 anos[1] e apresentando tendência crescente nos anos recentes[2]. As pesquisas sobre as lesões autoprovocadas intencionalmente estão aumentando e têm expressado a sua multicausalidade, identificando riscos, fatores de proteção e reconhecimento das diferenças culturais de diversas regiões[3].

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define lesão autoprovocada intencionalmente como a violência que a pessoa inflige a si mesma, podendo ser identificada como comportamento suicida, comportamento autolesivo, autolesão ou autoagressão, independentemente do grau de intenção letal[3]. Contudo, delimitar conceitualmente a lesão autoprovocada tem sido um desafio para os estudiosos e profissionais de saúde devido à vasta quantidade de comportamentos que infringem dano à própria pessoa, assim como, na maioria das vezes, de evidências se o ato teve intenção ou não de pôr fim à própria vida.

A adolescência é descrita como uma fase de transição entre a infância e a juventude, sujeita às expectativas culturais de cada sociedade. Entretanto, caracteriza-se por importantes mudanças fisiológicas e psicossociais, tem início na puberdade, decorrente de alterações hormonais, e seu encerramento ainda é objeto de intenso debate, dificultando o delineamento desse grupo populacional[4-6]. Essa transição é um período crítico para riscos e vulnerabilidades relacionados com a violência; todavia, esse fenômeno não é uma determinação da natureza, mas sim uma construção histórica e social, que tem como gênese a própria violência social e institucional[7,8].

No Brasil, para além do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)[9], publicado em 1990, objetivando a proteção integral à criança e ao adolescente e a garantia de seus direitos, outros instrumentos legais e normativos mais recentes buscam atuar na redução e prevenção das violências nessa população, como o Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes (2011-2021)[10] e o Programa de Proteção Integral da Criança e do Adolescente, entre outros[11]. Acrescenta-se a Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017, que estabelece o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente (SGDCA) vítimas ou testemunhas de violência, que busca reduzir a revitimização dessa população ou a violência institucional praticada contra ela por meio da orientação e implementação da escuta especializada nos pontos de rede do SGDCA[12].

No âmbito da saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) deve garantir o direito à vida e à saúde dessa população por meio da atenção integral à saúde, que consiste, entre outras estratégias, em evitar situações de violação de direitos humanos, prevenir violências e promover atenção psicossocial de adolescentes[13]. Sob esse aspecto, vale destacar a recente instituição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes e Jovens (PNAISAJ), que preconiza a organização, implementação e qualificação da atenção à saúde de adolescentes e jovens, com enfoque na integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade, garantindo o acesso à saúde, priorizando grupos vulneráveis e promovendo um cuidado humanizado e inclusivo[14].

Particularmente, no que se refere às lesões autoprovocadas, em 2006, o Ministério da Saúde do Brasil estabeleceu as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio[15], considerando, entre outros fatores: o aumento na frequência do comportamento suicida; o impacto e os danos causados pelas tentativas nas famílias, nos locais de trabalho, nas escolas e em outras instituições; a importância do registro e a possibilidade de intervenção nos casos de tentativas de suicídio[15]. Mais recentemente, foram instituídas a Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção de Saúde[16] e a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do

Suicídio[17] como estratégias permanentes do poder público para a prevenção desses eventos e para o tratamento dos condicionantes a eles associados.

Os dados epidemiológicos sobre lesões autoprovocadas intencionalmente apresentam divergências e variações na literatura, influenciadas pela metodologia de pesquisa e, principalmente, pela população estudada, em que diferentes culturas lidam com o mesmo fenômeno de maneiras distintas. No entanto, há consenso em afirmar que trata de um fenômeno em crescimento na contemporaneidade, principalmente entre os jovens e adolescentes[18-20]. Estudo recente mostra que a taxa de notificação de lesões autoprovocadas intencionalmente em adolescentes no Brasil aumentou significativamente entre 2009 e 2016, passando de 2,1/100 mil para 25,7/100 mil adolescentes[19].

Para além da prevalência do sexo feminino, reportada por vários autores[18,21,22], aponta-se o envenenamento como o meio mais utilizado nas lesões autoprovocadas intencionalmente em adolescentes no Brasil, sendo o ato realizado no domicilio[19,23,24], com crescimento observado na maioria das regiões brasileiras, destacando-se o sexo masculino na região Centro-Oeste (54,4%)[19]. Com relação à faixa etária, Luis et al.[25] encontraram maior prevalência de lesões autoprovocadas em adolescentes mais velhos (18 a 19 anos) quando comparados a adolescentes mais novos (10 a 12 anos), chegando a 4,03 vezes maior quando no sexo masculino. Já entre os adolescentes mais novos, a prática de lesões autoprovocadas por meio de objetos perfurocortantes é a mais frequente[24,25].

A despeito da crescente frequência de lesões autoprovocadas intencionalmente entre adolescentes no Brasil, nos últimos anos, ainda são escassas as investigações sobre o tema[1,26]. Isso também ocorre no estado de Mato Grosso[27] embora a literatura revele altas taxas de mortalidade por suicídio no estado[28-30]. Dados recentes do Ministério da Saúde mostram o crescimento de cerca de 148% nas notificações de lesões autoprovocadas na população mato-grossense, entre 2018 e 2022, enquanto, para adolescentes, o crescimento foi de 184,1%[31].

O ato de se ferir, ainda que sem evidência de intenção suicida, é um fenômeno típico da adolescência e tende a decrescer na vida adulta[32]. Entretanto, é imprescindível investigar os casos de lesões autoprovocadas nesse grupo etário, considerando que é um importante indicador de sofrimento, na medida em que o ato de se autolesionar pode se agravar devido à ideia de que tirar a própria vida pode trazer resolução a esse sofrimento e, posteriormente, o suicídio consumado[33,34].

O monitoramento da ocorrência de lesões autoprovocadas possibilita a adoção de medidas de proteção às vítimas. Nesse contexto, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), em seu componente Vigilância de violência interpessoal e autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Viva-Sinan), constitui relevante fonte de informação e tem sido uma ferramenta fundamental para o conhecimento e a visibilidade das violências, em particular das lesões autoprovocadas, contribuindo para subsidiar políticas públicas e desencadear estratégias de redução desses agravos[35].

Diante da relevância de ampliar o conhecimento sobre o comportamento das lesões autoprovocadas intencionalmente em adolescentes no estado de Mato Grosso e de promover ações para a prevenção desses agravos, o objetivo deste estudo foi investigar os padrões de agrupamentos de características sociodemográficas e os principais meios utilizados nas lesões autoprovocadas intencionalmente em adolescentes residentes em Mato Grosso.

Material e métodos

Estudo com delineamento descritivo e exploratório que analisou os casos notificados de lesões autoprovocadas intencionalmente em adolescentes (10 a 19 anos) residentes em Mato Grosso no período de 2011 a 2020. Esse

recorte temporal foi definido porque somente a partir de 2011 se deu a obrigatoriedade da notificação de violência autoprovocada por todas as unidades de saúde[21]. Destaca-se que, neste estudo, foram investigadas todas as notificações por lesões autoprovocadas intencionalmente, independentemente da intenção suicida ou não.

Utilizou-se de base de dados secundários, disponível no Viva, em seu componente Viva-Sinan, obtido em banco de dados disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso (SES-MT). Os casos de lesões autoprovocadas intencionalmente são notificados mediante preenchimento da Ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada[36].

A princípio, o banco de dados contemplava 7.072 notificações de lesões autoprovocadas intencionalmente (1.595) e de violências interpessoais (5.477). Após verificação de inconsistências, por meio da verificação de alguns campos da ficha de notificação, procedeu-se à exclusão dos casos de violências interpessoais e de sequelas registrados incorretamente como lesões autoprovocadas, resultando em 1.421 notificações de lesões autoprovocadas que foram analisadas neste estudo.

As variáveis sociodemográficas foram: sexo (feminino; masculino); faixa etária (10 a 14 anos; 15 a 19 anos); raça/cor da pele (branca; preta/parda; amarela; indígena); escolaridade (fundamental; médio; superior); situação conjugal (solteiro/separado; casado/união consensual); presença de deficiência ou transtorno (sim; não); local de ocorrência (residência; escola; via pública e outros). Os meios utilizados foram: enforcamento (sim; não); uso de objeto perfurocortante (sim; não); envenenamento (sim; não), pois configuraram os meios de maior frequência, representando 87,5% dos registros.

Foi realizado o cálculo de medidas de frequências absolutas e relativas das variáveis estudadas. O teste Qui-quadrado de Pearson foi utilizado para comparar as proporções dos meios utilizados segundo as características sociodemográficas.

Para identificar os padrões de agrupamentos das variáveis sociodemográficas e meios utilizados, foi empregada a análise de correspondência múltipla. Essa técnica estatística possibilita verificar a correspondência entre as variáveis, assim como a visualização gráfica das variáveis mais importantes para o conjunto de variáveis[37], além de ser útil para avaliação de variáveis categóricas de maneira rápida e confiável[38].

Para a análise de correspondência, foram selecionadas as variáveis sociodemográficas que apresentaram p-valor menor ou igual a 0,10 na análise bivariada com algum meio utilizado. Assim, as variáveis selecionadas foram dispostas em linhas e colunas em uma tabela de contingência, que indicaram a Matriz de Correspondência, a Matriz de Perfil de Linha e a Matriz de Perfil de Coluna. Após a identificação das matrizes, realizou-se a decomposição em valores singulares, identificados como coordenadas principais das colunas e das linhas, por meio da comparação do valor esperado com o observado, possibilitando a combinação das variáveis e suas respectivas associações. Após a obtenção das coordenadas principais, foi construído um gráfico de dispersão com as coordenadas, denominado de gráfico de correspondência[38]. A categoria indígena da variável raça/cor foi excluída dessa análise devido à baixa frequência (n = 23; 1,7%) e por ter influenciado na importância das categorias na análise[39], em razão das especificidades da população indígena[16].

As análises foram realizadas no *software* Stata versão 16 e Excel® versão 2010. Adotou-se um nível de significância de 5%.

Esta pesquisa considerou as orientações preconizadas na Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas envolvendo seres humanos[40]. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso, com Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 45860621.6.0000.8124 e parecer de aprovação nº 4.858.500.

Resultados

Entre os anos de 2011 e 2020, ocorreram 1.421 notificações de lesões autoprovocadas intencionalmente em adolescentes residentes em Mato Grosso, sendo a maioria no sexo feminino (75%), na faixa etária de 15 a 19 anos (75,4%), de raça/cor preta/parda (62,6%), entre solteiros (90,6%), com ensino médio (54,6%) e sem deficiência ou transtorno (69%). O local de ocorrência mais frequente foi a residência (88,8%). Com relação aos meios utilizados, 51,6% dos adolescentes utilizaram-se do envenenamento; 28,4%, do uso de objeto perfurocortante; e 9,8%, do enforcamento (*tabela 1*).

Tabela 1. Distribuição das características sociodemográficas e meios utilizados nas lesões autoprovocadas intencionalmente em adolescentes. Mato Grosso, 2011-2020

Variáveis	**n (%)**
Sexo	**n = 1.421**
Feminino	1.066 (75,0)
Masculino	355 (25,0)
Faixa etária (anos)	**n = 1.421**
15 a 19	1.072 (75,4)
10 a 14	349 (24,6)
Raça/cor	**n = 1.355**
Preta/parda	848 (62,6)
Branca	468 (34,5)
Indígena	23 (1,7)
Amarela	16 (1,2)
Escolaridade	**n = 1.125**
Fundamental	464 (41,2)
Médio	614 (54,6)
Superior	47 (4,2)
Situação conjugal	**n = 1.275**
Solteiro	1.155 (90,6)
Casado/união consensual	120 (9,4)
Deficiência ou transtorno	**n = 1.231**
Sim	381 (31,0)
Não	850 (69,0)
Local da ocorrência	**n = 1.383**
Residência	1.228 (88,8)
Via publica	56 (4,0)
Escola	39 (2,8)
Outros	60 (4,4)
Enforcamento	**n = 1.373**
Sim	135 (9,8)
Não	1.238 (90,7)
Perfurocortante	**n = 1.377**
Sim	391 (28,4)
Não	986 (71,6)

Tabela 1. Distribuição das características sociodemográficas e meios utilizados nas lesões autoprovocadas intencionalmente em adolescentes. Mato Grosso, 2011-2020

Variáveis	n (%)
Envenenamento	**n = 1.388**
Sim	717 (51,7)
Não	671 (48,3)

Fonte: elaboração própria.

A *tabela 2* apresenta os meios usados para a autolesão segundo as características sociodemográficas. A análise por sexo revelou diferença significativa nas proporções de enforcamento (18,4% no sexo masculino e 6,9% no sexo feminino) e de envenenamento (37,5% no sexo masculino e 56,4% no sexo feminino). Quanto à faixa etária, o uso de objeto perfurocortante foi o meio de mais frequente no grupo de 10 a 14 anos (p = 0,004), enquanto o envenenamento representou 55,8% (p = 0,005) entre aqueles com idade entre 15 e 19 anos.

Tabela 2. Características sociodemográficas dos casos notificados de lesões autoprovocadas intencionalmente em adolescentes segundo meios utilizados. Mato Grosso, 2011-2020

	Enforcamento n = 1.373		Perfurocortante n = 1.377		Envenenamento n = 1.388	
Variável	**n(%)**	**p-valor**	**n(%)**	**p-valor**	**n(%)**	**p-valor**
Sexo	**n = 1.373**	**< 0,001**	**n = 1.377**	**0,179**	**n = 1.388**	**< 0,001**
Feminino	71 (6,9)		283 (27,4)		586 (56,4)	
Masculino	64 (18,4)		108 (31,2)		131 (37,5)	
Faixa etária (anos)	**n = 1.373**	**0,326**	**n = 1.377**	**0,004**	**n = 1.388**	**0,005**
15 a 19	107 (10,3)		276 (26,4)		565 (55,8)	
10 a 14	28 (8,4)		115 (34,5)		152 (45,0)	
Raça/cor	**n = 1.311**	**< 0,001**	**n = 1.311**	**0,004**	**n = 1.324**	**0,001**
Preta/parda	74 (9,1)		244 (29,9)		416 (50,2)	
Branca	40 (8,8)		124 (27,1)		247 (53,9)	
Indígena	18 (78,2)		1 (4,5)		2 (9,1)	
Amarela	1 (6,2)		9 (56,2)		8 (50,0)	
Escolaridade	**n = 1.094**	**0,850**	**n = 1.097**	**0,102**	**n = 1.101**	**0,021**
Fundamental	46 (10,2)		150 (33,2)		213 (46,9)	
Médio	55 (9,2)		166 (27,6)		322 (53,5)	
Superior	4 (8,9)		11 (24,4)		29 (64,4)	
Situação conjugal	**n = 1.241**	**0,332**	**n = 1.245**	**0,061**	**n = 1.252**	**0,213**
Solteiro	112 (9,9)		334 (29,6)		566 (49,9)	
Casado/união consensual	15 (12,8)		25 (21,3)		66 (55,9)	
Deficiência ou transtorno	**n = 1.199**	**0,886**	**n = 1.202**	**< 0,001**	**n = 1.204**	**0,001**
Sim	37 (10,0)		155 (41,9)		153 (41,4)	
Não	81 (9,7)		206 (24,7)		436 (52,2)	

Tabela 2. Características sociodemográficas dos casos notificados de lesões autoprovocadas intencionalmente em adolescentes segundo meios utilizados. Mato Grosso, 2011-2020

	Enforcamento n = 1.373		Perfurocortante n = 1.377		Envenenamento n = 1.388	
Variável	**n(%)**	**p-valor**	**n(%)**	**p-valor**	**n(%)**	**p-valor**
Local da ocorrência	**n = 1.340**	**< 0,001**	**n = 1.345**	**0,137**	**n = 1.353**	**< 0,001**
Escola	4 (11,1)		16 (44,4)		14 (37,8)	
Residência	105 (8,8)		331 (27,6)		661 (54,8)	
Via publica	3 (5,4)		14 (25,4)		8 (14,5)	
Outros	20 (35,7)		18 (32,1)		14 (25,0)	

Fonte: elaboração própria.

O enforcamento correspondeu a 78,2% dos casos notificados em indígenas. Para adolescentes da raça/cor branca e preta/parda, o envenenamento foi o meio de lesão autoprovocada intencionalmente mais utilizado, superando 50% das notificações (p = 0,001). Houve significância estatística também para o uso de objetos perfurocortantes: entre aqueles de raça/cor amarela, evidenciaram-se 56,2% das notificações (p = 0,004).

No que diz respeito à escolaridade, o envenenamento esteve associado (p = 0,021) entre os casos notificados com ensino superior. O envenenamento também foi associado aos casos com ausência de deficiência ou transtorno (52,2%), por outro lado, o uso de objeto perfurocortante foi maior entre aqueles com presença de deficiência ou transtorno (41,9%). Quanto ao local de ocorrência, a residência foi destaque para o envenenamento (54,8%) como meio de autolesão.

Considerando-se as contribuições absolutas de cada variável na composição de cada dimensão, apresentadas na *tabela 3*, observa-se que a primeira dimensão foi composta, sobretudo, por objeto perfurocortante, envenenamento, raça/cor, situação conjugal, deficiência ou transtorno, escola e residência como local de ocorrência. As variáveis que mais colaboraram para a constituição da segunda dimensão foram: faixa etária, sexo, enforcamento, escolaridade, via pública e outros locais de ocorrência da lesão. A análise de correspondência mostrou que as duas primeiras dimensões explicam 23,53% da variabilidade total dos dados. As dimensões 1 e 2 explicam, respectivamente, 12,85% e 10,68% da variabilidade dos dados.

Tabela 3. Distribuição das contribuições absoluta e relativa da análise de correspondência para as duas primeiras dimensões

	Dimensão 1		Dimensão 2	
Variável	**Absoluta**	**Relativa**	**Absoluta**	**Relativa**
Faixa etária (anos)				
15 a 19	0,013	0,244	0,026	0,444
Até 14	0,045	0,244	0,089	0,444

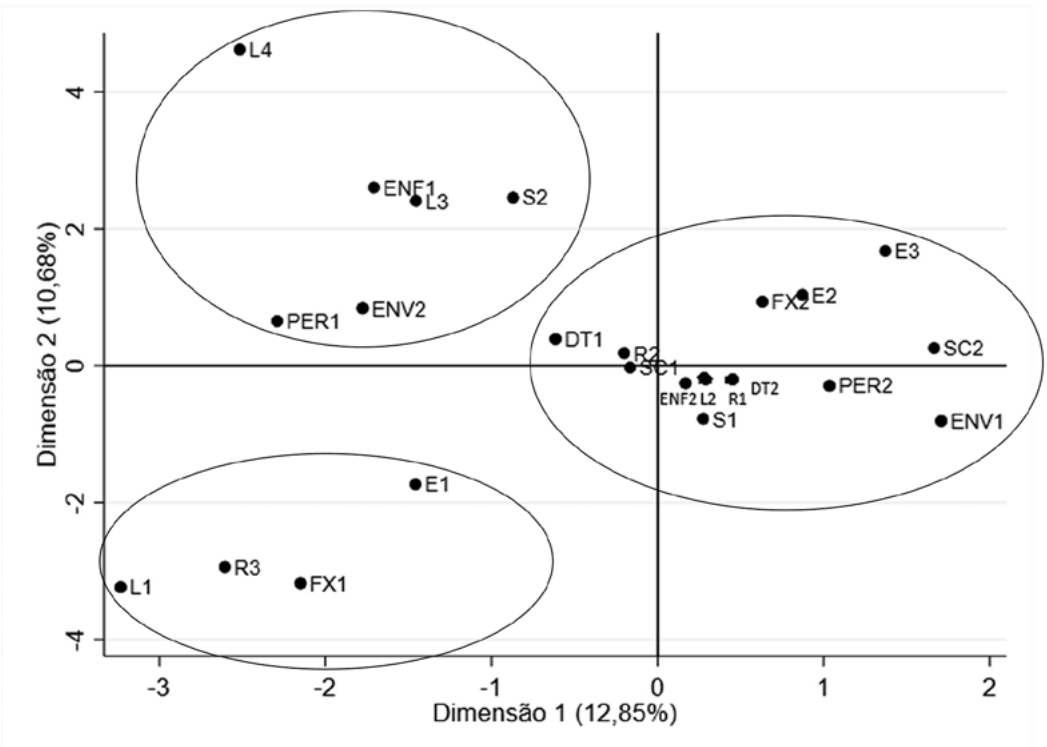
Tabela 3. Distribuição das contribuições absoluta e relativa da análise de correspondência para as duas primeiras dimensões

	Dimensão 1		Dimensão 2	
Variável	**Absoluta**	**Relativa**	**Absoluta**	**Relativa**
Sexo				
Feminino	0,002	0,043	0,018	0,285
Masculino	0,008	0,043	0,056	0,285
Perfurocortante				
Não	0,031	0,426	0,002	0,029
Sim	0,069	0,426	0,005	0,029
Enforcamento				
Não	0,001	0,052	0,002	0,100
Sim	0,011	0,052	0,023	0,100
Envenenamento				
Não	0,066	0,546	0,013	0,101
Sim	0,063	0,546	0,013	0,101
Raça/cor				
Branca	0,003	0,021	0,001	0,003
Preta/parda	0,001	0,012	0,001	0,008
Amarela	0,004	0,018	0,005	0,019
Escolaridade				
Fundamental	0,035	0,237	0,045	0,279
Médio	0,019	0,185	0,024	0,216
Superior	0,003	0,015	0,005	0,018
Situação conjugal				
Solteiro	0,001	0,050	0,000	0,001
Casado/união consensual	0,011	0,050	0,000	0,001
Deficiência/transtorno				
Não	0,002	0,031	0,001	0,010
Sim	0,005	0,031	0,002	0,010
Local de ocorrência				
Escola	0,014	0,059	0,012	0,049
Residência	0,003	0,123	0,002	0,053
Via pública	0,004	0,016	0,009	0,035
Outro	0,011	0,049	0,034	0,138

Fonte: elaboração própria.

Três padrões de agrupamentos foram encontrados pela análise de correspondência e podem ser observados no *gráfico 1*: quadrante superior esquerdo – sexo masculino, local de ocorrência via pública, meios de agressão enforcamento e objeto perfurocortante; quadrante inferior esquerdo – 10 a 14 anos de idade, escolaridade fundamental, local de ocorrência na escola, raça/cor amarela; quadrante direito – sexo feminino, 15 a 19 anos de idade, raça/cor branca ou parda/preta, ensino médio ou superior, situação conjugal casado ou união estável, local de ocorrência residência, deficiência/transtorno e envenenamento.

Gráfico 1. Categorias dos grupos de meio de autolesão e características sociodemográficas de adolescentes resultantes da análise de correspondência para as duas primeiras dimensões. Mato Grosso, 2011-2020



Legenda:

DT1 – Deficiência ou transtorno: Sim
DT2 – Deficiência ou transtorno: Não
E1 – Escolaridade: Fundamental
E2 – Escolaridade: Médio
E3 – Escolaridade: Superior
ENF1 – Enforcamento: Sim
ENF2 – Enforcamento: Não
ENV1 – Envenenamento: Sim
ENV2 – Envenenamento: Não
FX1 – Faixa etária: Até 14 anos
FX2 – Faixa etária: 15 a 19 anos
L1 – Local de ocorrência: Escola
L2 – Local de ocorrência: Residência
L3 – Local de ocorrência: Via pública
L4 – Local de ocorrência: Outro
PER1 – Perfurocortante: Sim
PER2 – Perfurocortante: Não
R1 – Raça/cor: Branca
R2 – Raça/cor: Preta/Parda
R3 – Raça/cor: Amarela
S1 – Sexo: Feminino
S2 – Sexo: Masculino
SC1- Situação conjugal: solteiro
SC2- Situação conjugal: casado ou união estável

Fonte: elaboração própria.

Discussão

A análise de correspondência múltipla permitiu identificar três padrões de agrupamentos entre os meios utilizados e as características sociodemográficas dos adolescentes que praticaram lesões autoprovocadas intencionalmente em Mato Grosso, entre 2011 e 2020. O primeiro foi de adolescentes do sexo masculino, sem distinção de faixa etária, que realizaram a autolesão em via pública, por meio de objetos perfurocortantes ou enforcamento. O segundo diz respeito a adolescentes de 10 a 14 anos de idade, identificados com raça/cor amarela, que frequentavam o ensino fundamental e praticaram a autolesão na escola; e o terceiro, de adolescentes de 15 a 19 anos, do sexo feminino, de raça/cor parda/preta ou branca, frequentadoras do ensino médio ou superior, casadas ou em união estável e apresentam algum tipo de deficiência ou transtorno, em que o local de ocorrência foi a residência e o meio utilizado o foi envenenamento.

Os achados segundo o sexo vão ao encontro da literatura nacional e internacional, apontando para o sexo masculino como o que utiliza meios de lesões autoprovocadas mais letais, como o uso de objetos perfurocortantes e o enforcamento; enquanto, para o sexo feminino, prevalece o uso de envenenamento[19,24,41-43]. Com relação à faixa etária, também foi identificada situação semelhante à literatura, que aponta para o uso de objetos perfurocortantes entre os adolescentes mais novos (10 a 14 anos) e o envenenamento na faixa etária de 15 a 19 anos, o que também se traduz nos achados referentes à escolaridade dos adolescentes[19,20,44].

A literatura[3,19] refere que os meios utilizados variam conforme a cultura e a disponibilidade de alguns meios. A associação entre o uso de objetos perfurocortantes para a autolesão e a repetição do ato é caracterizada pela literatura como lesão autoprovocada compulsiva e apresenta-se por meio de severos cortes na pele, mas também pode ser identificada ao coçar ou beliscar a pele até formar feridas ou puxar pelos compulsivamente[45]. A visibilidade das marcas no corpo do sujeito também apresenta um potencial de integração grupal e comunitária da autolesão[46]. Outros estudos evidenciam ainda que os jovens engajados em comportamento autolesivo compulsivo frequentemente usam múltiplos métodos[42,47].

A raça/cor da pele é considerada um determinante social de saúde e pode estar atrelada a diferentes vulnerabilidades em que o sujeito se encontra. Alguns fatores que geram sofrimento, como rejeição, negligência, maus-tratos, abuso, violência, inadequação, solidão, isolamento social, sentimento de inferioridade, sensação de não pertencimento, entre outros, são associados à raça/cor negra em situações de lesões autoprovocadas intencionalmente[48-50]. O racismo estrutural e o institucional[51,52] também são citados como fatores de risco às autolesões, os quais expõem os adolescentes tanto ao estigma da raça quanto às injustiças fruto da violência racial, produzindo maior vulnerabilidade a transtornos psicológicos[51-53].

Quanto ao local de ocorrência, diversos autores[24,25,47] apontam para a prevalência das lesões autoprovocadas na residência, considerando que este é o local onde se encontram diversos produtos que podem causar envenenamento, principalmente medicamentos. Os resultados desta pesquisa corroboram o estudo de Luis et al.[25], que pesquisaram os fatores associados a lesões autoprovocadas no Espírito Santo entre 2011 e 2018 e associaram a facilidade de acesso aos produtos e a momentos em que o sujeito pode praticar a autolesão sozinho, sem ser interrompido. Em outro estudo, realizado em Goiás, os autores encontraram perfil de mulheres que realizaram a lesão autoprovocada na residência por meio de envenenamento; entretanto, prevaleceu as que estavam sem parceiros, em oposição aos resultados da presente pesquisa, que identificou o perfil de mulheres com união estável ou casamento, mesmo sendo adolescentes[48].

Chama a atenção o fato de que a escola tenha sido o local de ocorrência da autolesão entre alunos do ensino fundamental, uma vez que esse agrupamento pode indicar falhas

na execução das diretrizes intersetoriais de proteção à criança e ao adolescente como previsto no Plano Nacional de Enfrentamento da Violência contra Crianças e Adolescentes[54], especialmente no que diz respeito à integração das ações e estratégias de aprimoramento profissional das equipes envolvidas nas redes de promoção, proteção e defesa dos direitos dessa população e ainda porque cabe aos estabelecimentos de ensino, em conjunto com outras áreas que integram a rede de proteção, implementar programas de prevenção à violência, além de monitorar situações de violência[10-12,17].

É importante destacar o papel das unidades escolares na identificação e no registro dos casos de lesões autoprovocadas e sua notificação compulsória às autoridades de saúde[55]. Recentemente, foi determinada a notificação, também ao Conselho Tutelar, das ocorrências e os dados relativos a casos de violência ocorridos nos estabelecimentos de ensino, especialmente automutilações, tentativas de suicídio e suicídios consumados[17].

Os indivíduos que realizam lesões autoprovocadas, mesmo sem a intenção de morrer, estão sujeitos a ideação suicida e a pensamentos de morte, principalmente quando acometidos de transtornos mentais, como depressão, estresse pós-traumático, *borderline* e uso abusivo de álcool e outras drogas[32,46,56]. O ato está atrelado à tentativa de redução da ansiedade, tensões e emoções que apresentam dificuldade para a pessoa[19,24,46]. Alguns autores[57-59] defendem que se deveria avaliar separadamente as populações que apresentam a intenção de óbito das que só desejam aliviar o sofrimento, não obstante, qualquer tipo de comportamento suicida demonstra um problema relacionado com a saúde mental do sujeito.

Os resultados deste estudo reforçam que as lesões autoprovocadas constituem um fenômeno complexo e multidimensional, determinado por fatores que operam em diferentes níveis, sejam eles individuais, relacionais, comunitários e macrossociais, como vínculos familiares fragilizados, desigualdades socioeconômicas e iniquidades no acesso aos serviços de saúde, conformando importantes vulnerabilidades individuais e coletivas. Em uma revisão de metanálises sobre determinantes sociais de desfechos relacionados ao suicídio, Na et al.[60] demonstraram que o vínculo com a escola exerce efeito protetor significativo contra tentativas e ideação suicida, evidenciando o papel dos ambientes sociais na ocorrência dessa violência. Nesse sentido, compreender esse fenômeno sob essa perspectiva implica reconhecer que sua ocorrência e seu enfrentamento não podem ser reduzidos a intervenções pontuais ou fragmentadas, restritas ao setor saúde. Exige-se, ao contrário, a melhoria das condições de vida da população, com garantia de dignidade, renda, habitação e coesão social, articulada à formulação e implementação de políticas públicas abrangentes, intersetoriais e sustentáveis[61].

As notificações de autolesões em indígenas não puderam ser incluídas na análise de correspondência múltipla, apesar da relevância étnica e populacional desses povos em Mato Grosso, devido ao reduzido número de casos, além das características de autolesão nesse grupo serem distintas dos sujeitos pardos, pretos, amarelos e brancos[62]. Em estudo de revisão sistemática sobre o suicídio em povos indígenas[63], foi verificado que, tendo em vista as especificidades dessa população e a complexa conjuntura histórico-social que propicia o ato autolesivo, há maior prevalência de métodos mais letais de lesões autoprovocadas, como o enforcamento. Considerando as características particulares da população indígena, o grande número de etnias em todo o território nacional[63], com singularidades em suas culturas e as diferenças entre os meios utilizados quando comparado com os demais grupos populacionais[52], evidenciado neste estudo, verifica-se a imperiosa necessidade de estudos que investiguem com maior profundidade a ocorrência de lesões autoprovocadas nessa população.

Encontrar pesquisas nacionais sobre adolescentes que praticaram lesões autoprovocadas

intencionalmente se apresentou como uma limitação, considerando que, por vezes, é necessário comparar os resultados obtidos com população generalizada ou por meio de estudos internacionais, que, mesmo relevantes, diferem do Brasil no aspecto sociocultural.

A subnotificação, no Viva-Sinan, de casos de lesões autoprovocadas intencionalmente encontra-se como outra limitação deste estudo, embora seja reconhecido o crescimento das notificações desde a sua obrigatoriedade, a partir de 2016. Contudo, a sua qualidade, no que diz respeito ao adequado preenchimento e à inconsistência, ainda é um ponto frágil do sistema[26,64]. Destaca-se que a identificação da intenção suicida ou não do ato autolesivo é fundamental para investigações sobre esse fenômeno cada vez mais presente na sociedade brasileira. Entretanto, devido à má qualidade do registro dessa variável no banco de dados utilizado nesta pesquisa, não foi possível distinguir os casos de tentativas de suicídio dos de autolesão sem intenção suicida.

Em outra perspectiva, destaca-se o papel fundamental e de liderança do setor saúde na articulação intersetorial para a formulação de intervenções com vistas à integralidade do cuidado e para o desenvolvimento de ações de promoção de saúde, visando à busca coletiva de estratégias efetivas de enfrentamento das violências[65].

Conclusões

Com a aplicação da análise por correspondência múltipla, foi possível identificar variáveis que possibilitaram a formação de distintos padrões de agrupamentos que propiciarão intervenções específicas para prevenção desses agravos em adolescentes. O estudo evidenciou também a necessidade de maior investigação diante dos perfis de adolescentes que cometem lesões autoprovocadas, considerando que identificar o sujeito em sofrimento o quanto antes é fundamental para a redução dos casos de lesões autoprovocadas intencionalmente e prevenção do suicídio nessa população.

A inclusão, na ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada, de um campo específico para identificar a intenção suicida nos casos registrados como lesão autoprovocada pode aprimorar futuras análises epidemiológicas e contribuir para o desenvolvimento de ações mais assertivas diante da complexidade do tema.

A estruturação efetiva de Rede de Atenção Psicossocial (Raps) voltada para a escuta especializada e qualificada na perspectiva do cuidado e da proteção ao adolescente, o aprimoramento da notificação dos casos, a qualificação dos profissionais para o cuidado, a redução do acesso aos meios utilizados na autolesão e o estímulo a pesquisas sobre o tema são essenciais para a prevenção das lesões autoprovocadas intencionalmente. Cabe ainda reforçar a necessidade de ampliar os processos de capacitação intersetorial para uma ação coletiva mais coerente com o preconizado na legislação vigente de proteção à infância e adolescência.

Além disso, conhecer e promover o debate, em que os adolescentes são os protagonistas, é indispensável para que as ações de prevenção e do cuidado sejam mais efetivas. Faz-se necessário pautar essa questão na agenda das instituições de saúde, assistência social, segurança, justiça e educação como forma de assegurar o desenvolvimento de intervenções protetivas e de não revitimização. Ressalta-se, ainda, a necessidade de fortalecer e tornar mais efetiva a operacionalização das legislações e normas existentes, por meio de políticas públicas que apresentem respostas capazes de enfrentar as violências autoprovocadas em adolescentes.

Contribuições de autoria

Oliveira LR (0000-0002-7325-1391)* e Conciani ME (0000-0002-0675-6314)* contribuíram para concepção e desenho do trabalho, coleta, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica, e aprovação da versão

final do manuscrito. Campos LJA (0000-0003-2739-2764)* contribuiu para concepção do trabalho, coleta, análise e interpretação dos dados, redação e aprovação da versão final do manuscrito. Andrade ACS (0000-0002-3366-4423)* contribuiu para concepção e desenho do trabalho, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica, e aprovação da versão final do manuscrito. Melanda FN (0000-0002-5692-0215)* contribuiu para concepção e desenho do trabalho, redação e revisão crítica, e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024 [acesso em 2024 fevereiro 27]. 18 p. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-04.pdf

2. Jaen-Varas D, Mari JJ, Asevedo E, et al. The association between adolescent suicide rates and socioeconomic indicators in Brazil: a 10-year retrospective ecological study. Braz J Psychiatry. 2019;41(5):389-95. DOI: https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0223.

3. World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative. Geneva: WHO; 2014.

4. Steinberg L, Morris AS. Adolescent Development. Ann Rev Psychol. 2001;52(1):83-110. DOI: https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.83

5. Eisenstein E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. Adolesc Saúde [Internet]. 2005 [acesso em 2024 fev 17];2(2):6-7. Disponível em https://adolescenciaesaude.com/2005/vol-2-2/adolescence-definitions-concepts-and-criteria/

6. Organização Mundial da Saúde. Ação Global Acelerada para a Saúde de Adolescentes (AA-HA!): guia de orientação para apoiar a Implementação pelos países. Washington, D.C.: Organização Pan-Americana da Saúde; 2018. DOI: https://doi.org/10.37774/9789275719985

7. Santoro Junior M. Saúde e violência na infância e na adolescência. J Pediatr. 1994;70(5):263-266. DOI: https://doi.org/10.2223/JPED.683

8. Takeiti BA, Gonçalves MV, Oliveira SPASD, et al. O estado da arte sobre as juventudes, as vulnerabilidades e as violências: o que as pesquisas informam? Saúde Soc. 2020;29(3):e181118. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-12902020181118

9. Presidência da República (BR). Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1990 jul 16 [acesso em 2024 fev 17]; Seção I:13563. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8069-13-julho-1990-372211-publicacaooriginal-1-pl.html

10. Presidência da República (BR), Secretaria de Direitos Humanos, Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente, Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes 2011-2021. Brasília, DF; 2010.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

11. Presidência da República (BR). Decreto nº 11.074, de 18 de maio de 2022. Altera o Decreto nº 9.579, de 22 de novembro de 2018, para instituir o Programa de Proteção Integral da Criança e do Adolescente – Protege Brasil e o seu Comitê Gestor [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2022 maio 19 [acesso em 2024 fev 17]. Seção I:2. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/decreto/D11074.htm

12. Presidência da República (BR), Secretaria Geral Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei º 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2017 abr 5 [acesso em 2024 fev 17]; Seção I:1. Disponível em: https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=05/04/2017

13. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010. 132 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

14. Ministério da Saúde (BR); Conselho Municipal de Saúde. Resolução nº 756, de 15 de agosto de 2024. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (PNAISAJ), a ser publicada em portaria específica do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2024 out 24 [acesso em 2024 fev 17]; Seção I:83. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2024/reso756-dispoe-sobre-a-aprovacao-da-pnaisaj.pdf

15. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. Institui as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2006 ago 15 [acesso em 2020 novembro 10]; Seção I:65. 18 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html

16. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção de Saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [acesso em 2021 março 10]. 36 p. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/17-0522-cartilha-- Agenda-Estrategica--publicada.pdf

17. Presidência da República (BR). Lei nº 15.231, de 6 de outubro de 2025. Altera as Leis nºs 13.819, de 26 de abril de 2019, e 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional), para dispor sobre a notificação ao Conselho Tutelar, pelos estabelecimentos de ensino, dos casos de violência neles ocorridos, especialmente automutilação e suicídio. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2025 out 7 [acesso em 2024 fev 17]. Seção I:1. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-15.231-de-6-de-outubro-de-2025-660714219.

18. Fonseca PHN, Silva AC, Araújo LMC, et al. Autolesão sem intenção suicida entre adolescentes. Arq Bras de Psicol [Internet]. 2018 [acesso em 2024 fev 17];70(3):246-58. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809--52672018000300017&lng=pt

19. Brito FAMD, Moroskoski M, Shibukawa BMC, et al. Violência autoprovocada em adolescentes no Brasil, segundo os meios utilizados. Cogit Enferm. 2021;26(1):e76261. DOI: https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.76261

20. Bahia CA, Avanci JQ, Pinto LW, et al. Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. Ciênc saúde coletiva. 2017;22(1):2841-50. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.12242017

21. Ministério da Saúde (BR). Suicídio: saber, agir e prevenir. Boletim Epidemiológico. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.

22. Silva TMM, Schoen TH. Autolesão não suicida na adolescência. In: Costa FC, Sampaio EC, organiza-

dores. Desenvolvimento da criança e do adolescente: Evidências científicas e considerações teóricas-práticas. São Paulo: Editora Científica; 2020. p. 310-24.

23. Nascimento FCS, Marcon SR, Freitas BHBM, et al. Suicídio por autointoxicação entre adolescentes e adultos jovens brasileiros: estudo de séries temporais. Ciênc Cuid Saúde. 2021;20(1):57899. DOI: http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v20i0.57899

24. Bahia CA, Avanci JQ, Pinto LW, et al. Notificações e internações por lesão autoprovocada em adolescentes no Brasil, 2007-2016. Epidemiol Serv Saúde. 2020;29(2):1-12. DOI: https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200006

25. Luis MA, Monroy NAJ, Godoi LG, et al. Lesão autoprovocada entre adolescentes: prevalência e fatores associados, Espírito Santo, Brasil. Aquichan. 2021;21(3):e2133. DOI: https://doi.org/10.5294/aqui.2021.21.3.3

26. Aragão CMC, Mascarenhas MDM. Temporal trend of self-inflicted injury notifications in adolescents in the school environment, Brazil, 2011-2018. Epidemiol Serv Saúde. 2022;31(1):e20220028. DOI: https://doi.org/10.1590/S1679-49742022000100028

27. Vieira LP, Santana VTP, Suchara EA. Characterization of suicide attempts by exogenous substances. Cad Saúde Colet. 2015;23(2):118-123. DOI: https://doi.org/10.1590/1414-462X201500010074

28. Machado DB, Santos DN. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. J Bras Psiquiatr. 2015;64(1):45-54. DOI: https://doi.org/10.1590/0047-2085000000056

29. Calixto Filho M, Zerbini T. Epidemiologia do suicídio no Brasil entre os anos de 2000 e 2010. Saúde, Ética Justiça. 2016;21(2):45-51. DOI: https://doi.org/10.1590/0047-2085000000056

30. Oliveira LR, Benedetti AOC. Suicídio em Mato Grosso – Brasil: 1996 a 2015. J Health Biol Sci. 2018;6(4):391-398. DOI: https://doi.org/10.12662/2317-3076

31. TabNet [Internet]. Brasília, DF: DataSUS; [data desconhecida] [acesso em 2020 fev 25]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/violemt.def

32. Plener PL, Schumacher TS, Munz LM, et al. The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature. Borderline Personal Disord Emot Dysregul. 2015;2:2. DOI: https://doi.org/10.1186/s40479-014-0024-3

33. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Psychosocial risk factors for future adolescent suicide attempts. J Consult Clin Psychol. 1994;62(2):297-305. DOI: https://doi.org/10.1037//0022-006x.62.2.297

34. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. J Child Psychol Psychiatry. 2006;47(3-4):372-94. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x

35. Ministério da Saúde (BR). 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. 2017 out 3; Suplemento:288.

36. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção de Saúde. Viva: Instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016 [acesso em 2020 fev 25]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf

37. Infantosi AFC, Costa JCDGD, Almeida RMVRD. Análise de Correspondência: bases teóricas na interpretação de dados categóricos em Ciências da Saúde. Cad Saúde Pública. 2014;30(1):473-86. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00128513

38. Mingoti SA. Análise de dados através de métodos estatística multivariada: uma abordagem aplicada. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2007. 295 p.

39. Bertoncelo E. Construindo espaços relacionais com a análise de correspondências múltiplas: aplicações nas ciências sociais. Brasília, DF: Enap; 2022. 143 p.

40. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2016 maio 24 [acesso em 2026 fev 20]; Seção I:44. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf/view

41. Borges VR, Werlang BSG. Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. Estud Psicol 2006;11(1):345-351. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-294X2006000300012

42. Rodrigues FM, Oliveira PPD, Silva HCD, et al. Comportamento suicida: o perfil epidemiológico das lesões autoprovocadas no Estado de Goiás. Rev Cient Esc Estadual Saúde Pública Goiás "Cândido Santiago". 2020;6(2):1-15. DOI: https://doi.org/10.22491/2447-3405.2020.V6N2.600003

43. Lovisi GM, Santos AS, Legay L, et al. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. Braz J Psychiatry. 2009;31(2):S86-S93. DOI: https://doi.org/10.1590/S1516-44462009000600007

44. Nock MK. Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. Curr Dir Psychol Sci. 2009:18(2):78-83. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x

45. Otto SC, Dos Santos KA. O Tumblr e sua relação com práticas autodestrutivas: o caráter epidemico da autolesão. Psic Rev. 2016;25(2):265-88.

46. Favazza AR. Nonsuicidal self-injury: How categorization guides treatment. Curr Psychiatry. 2012;11(3):21-5.

47. 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.

48. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2019.

49. Oliveira EM, França SS, Silva EM, et al. Discriminação racial de jovens negros no Brasil: revisão integrativa. Res Soc Dev. 2021;10(14):1-12. DOI: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i14.22013

50. Tavares JSC. Suicídio na população negra brasileira: nota sobre mortes invisibilizadas. Rev Bras Psic. 2017;04(01):73-5.

51. Lindsey MA, Sheftall AH, Xiao Y, et al. Trends of suicidal behaviors among high school students in the United States: 1991–2017. Pediatrics. 2019 Nov;144(5):e20191187. DOI: https://doi.org/10.1542/peds.2019-1187

52. Souza RSBD, Oliveira JCD, Alvares-Teodoro J, et al. Suicídio e povos indígenas brasileiros: revisão sistemática. Rev Panam Salud Pública. 2020;44(1):e58. DOI: https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.58

53. Santos IN, Black TCL, Silva KV, et al. O racismo estrutural e seu impacto na saúde do adolescente afrodescendente brasileiro. Physis. 2024;34:e34025. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-7331202434025pt

54. Presidência da República (BR). Plano Nacional de Enfrentamento da Violência contra Crianças e Adolescentes. Brasília, DF: MDHC; 2021.

55. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providên-

cias [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2014 jun 9 [acesso em 2024 fev 17]; Seção I:67. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html

56. Nock MK. Self-injury. Annu Rev Clin Psychol. 2010;6:339-63. DOI: https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258

57. Linehan MM. One population or two? In: Annals of the New York Academy of Sciences. New York: John Wiley & Sons; 1986. p. 16-33. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1986.tb27882.x

58. Muehlenkamp JJ. Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. Am J Orthopsychiatry. 2005;75(2):324-33. DOI: https://doi.org/10.1037/0002-9432.75.2.324

59. Skegg K. Self-harm. The Lancet. 2005;366(9495):1471-83. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67600-3

60. Na PJ, Shin J, Kwak HR, et al. Social Determinants of Health and Suicide-Related Outcomes: A Review of Meta-Analyses. JAMA Psychiatry. 2025;82(4):337-46. DOI: https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2024.4241

61. Dantas ESO, Amorim, KPC. Prevenção do suicídio no Brasil: análise contemporânea para avanços necessários. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2025 [acesso em 2025 nov 20]. Disponível em: http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/prevencao-do-suicidio-no-brasil-analise-contemporanea-para-avancos-necessarios/19866

62. Alves FJO, Fialho E, Paiva de Araújo JÁ, et al. The rising trends of self-harm in Brazil: an ecological analysis of notifications, hospitalisations, and mortality between 2011 and 2022. Lancet Reg Health Am. 2024;31:100691. DOI: https://doi.org/10.1016/j.lana.2024.100691

63. Araujo JAP, Fialho E, Alves FJO, et al. Suicide among Indigenous peoples in Brazil from 2000 to 2020: a descriptive study. Lancet Reg Health Am. 2023;26:100591. DOI: https://doi.org/10.1016/j.lana.2023.100591

64. Girianelli VR, Cordeiro GTL. Inconsistências nas notificações de violência no estado do Rio de Janeiro de 2015 a 2021. Saúde Debate. 2023;47(1):e8948. DOI: https://doi.org/10.1590/2358-28982023E18948P.

65. Ribeiro MMR, Tavares R, Melo EM, et al. Promoção de saúde, participação em ações coletivas e situação de violência entre usuários da Atenção Primária à Saúde. Saúde Debate. 2018;42(4):43-54. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-11042018S403

Recebido em 23/03/2025
Aprovado em 14/01/2026
Conflito de interesses: inexistente
Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito
Suporte financeiro: não houve

Editor responsável: Raphael Mendonça Guimarães, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Estudos Estratégicos Antônio Ivo de Carvalho (CEE) e Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/8356846640489575, Orcid: https://orcid.org/0000-0003-1225-6719, *e-mail:* raphael.guimaraes@fiocruz.br