

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA – EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

ANA CAROLINA ABDALLA DUARTE CALVI

**VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA NO ESPÍRITO SANTO: DESAFIOS
PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL**

**VITÓRIA
2026**

ANA CAROLINA ABDALLA DUARTE CALVI

**VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA NO ESPÍRITO SANTO: DESAFIOS PARA AS
POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito para obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Prof. Dr. Fernando Rocha Oliveira

Área de Concentração: Políticas Públicas, Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local

Linha de Pesquisa: Direitos, Políticas Sociais e Estado

VITÓRIA

2026

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

C168v Calvi, Ana Carolina Abdalla Duarte
Violência autoprovocada no Espírito Santo : desafios para as
Políticas Públicas de Saúde Mental / Ana Carolina Abdalla Duarte Calvi
- 2026.
73 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Rocha Oliveira.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local
– Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória,
EMESCAM, 2026.

1. Saúde mental – adolescentes – jovens – Espírito Santo (Estado).
2. Violência autoprovocada. 3. Autolesão. 4. Suicídio – saúde mental. 5.
Políticas Públicas. I. Oliveira, Fernando Rocha. II. Escola Superior de
Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III.
Título.

CDD 362.2098152

Bibliotecária responsável pela estrutura de acordo com o AACR2:
Elisangela Terra Barbosa – CRB6/608

ANA CAROLINA ABDALLA DUARTE CALVI

**VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA NO ESPÍRITO SANTO: DESAFIOS PARA AS
POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito para obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em: 17 de abril de 2026.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Fernando Rocha Oliveira

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
(Orientador)

Prof. Dra. Fabiana Rosa Neves Smiderle

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
(Membro Interno)

Prof^a. Dr^a. Marcelle Lemos Leal

Secretaria Municipal de Saúde de Marataízes
(Membro Externo)

Dedico esta dissertação ao meu esposo e aos meus filhos, que estiveram ao meu lado, com apoio constante, durante a conquista de mais esta etapa.

AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus por ter permitido cada conquista e cada desafio, que contribuíram para meu crescimento e me conduziram à conclusão de mais esta etapa de aperfeiçoamento pessoal e profissional.

Agradeço à minha família — meus pais, irmãs, esposo e filhos — que, em diferentes momentos, e de distintas formas, ofereceram apoio, incentivo e motivação fundamentais para a realização desta conquista.

Agradeço aos meus colegas de trabalho que, muitas vezes, sem perceberem, contribuíram para minhas reflexões e para a construção deste trabalho. A eles, que compartilham comigo o enfrentamento cotidiano do sofrimento humano e que, por meio do cuidado, buscam minimizar os efeitos biopsicossociais da dor.

Agradeço, em especial, a Vera, Júlia e Renata, que se dispuseram a ler, analisar e contribuir criticamente com este trabalho, antes mesmo de sua consolidação.

Agradeço aos meus amigos que, mesmo nos momentos de lazer e entre risos, estiveram disponíveis para escutar, dialogar e enriquecer minhas reflexões.

Agradeço as pessoas especiais que conheci durante o curso - colegas, amigos e professores – que, aproximados pela jornada, engrandeceram meu processo.

Agradeço a Giorgia pelo incentivo, pela motivação e por me transmitir segurança nos momentos em que o medo se fez presente.

Por fim, agradeço ao meu orientador e à banca examinadora, cujas contribuições foram essenciais para o aperfeiçoamento técnico e científico deste trabalho.

“Quando o sofrimento não encontra
escuta, o corpo e a própria vida tornam-se
o lugar de expressão do que foi silenciado.”

Autor não identificado

RESUMO

Introdução: A violência autoprovocada constitui importante problema de saúde pública, com repercussões clínicas, sociais e econômicas relevantes. No Brasil, observa-se crescimento das notificações de autolesões e tentativas de suicídio, especialmente entre adolescentes e jovens adultos. No estado do Espírito Santo, o aumento de internações e atendimentos relacionados a comportamentos autolesivos reforça a necessidade de análises regionais que subsidiem o planejamento em saúde mental. **Objetivo:** Objetivou-se analisar a tendência temporal da violência autoprovocada notificada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no Espírito Santo, no período de 2020 a 2024. **Método:** Trata-se de estudo ecológico, observacional, com dados secundários agregados por município e macrorregião de saúde. **Resultados:** Foram analisadas variáveis sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade e cor/raça), ocorrência de reincidência e taxas por 100 mil habitantes. A tendência temporal foi avaliada por regressão de Prais–Winsten, com estimativa da variação percentual anual e intervalos de confiança de 95%. Observou-se maior concentração de casos entre adolescentes e jovens de 15 a 29 anos, predominância do sexo feminino e maior frequência entre indivíduos negros. A reincidência mostrou-se mais expressiva entre adolescentes e mulheres. Territorialmente, identificaram-se tendências crescentes nas macrorregiões Sul e Central-norte do estado. **Conclusão:** Conclui-se que a violência autoprovocada apresenta comportamento crescente e desigual no território capixaba, configurando-se como um desafio para as políticas públicas de saúde mental, especialmente no que se refere à vigilância, prevenção e organização do cuidado em rede.

Palavras-chave: Saúde Mental. Violência autoprovocada. Autolesão. Tentativa de Suicídio. Políticas Públicas.

ABSTRACT

Introduction: Self-inflicted violence constitutes a significant public health problem, with substantial clinical, social, and economic repercussions. In Brazil, there has been an increase in reports of self-harm and suicide attempts, particularly among adolescents and young adults. In the state of Espírito Santo, the rise in hospitalizations and care related to self-harming behaviors underscores the need for regional analyses to support mental health planning. **Objective:** This study aimed to analyze the temporal trend of self-inflicted violence reported in the Notifiable Diseases Information System (SINAN) in Espírito Santo from 2020 to 2024. **Method:** This is an ecological, observational study using secondary data aggregated by municipality and health macro-region. **Results:** Sociodemographic variables (age, sex, education level, and race/skin color), recurrence of events, and rates per 100,000 inhabitants were analyzed. Temporal trends were assessed using Prais–Winsten regression, with estimates of annual percent change and 95% confidence intervals. Cases were more concentrated among adolescents and young adults aged 15 to 29 years, predominated among females, and were more frequent among Black individuals. Recurrence was more pronounced among adolescents and women. Geographically, increasing trends were identified in specific macro-regions of the state. **Conclusion:** Self-inflicted violence shows a growing and uneven pattern across the territory of Espírito Santo, posing a challenge for public mental health policies, particularly in terms of surveillance, prevention, and the organization of networked care.

Keywords: Mental Health. Self-Inflicted Violence. Self-Harm. Suicide Attempt. Public Policy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – incidência de casos por violência autoprovocada e por reincidência no Espírito Santo, 2020 a 2024	50
Figura 2 - Evolução dos casos de violência autoprovocada por macrorregiões de saúde do Espírito Santo, 2020 a 2024	52
Figura 3 - Proporção de casos por reincidência de violência autoprovocada entre casos totais	53

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição dos casos de violência autoprovocada totais e reincidências segundo características sociodemográficas no Espírito Santo, 2020 a 2024	49
Tabela 2 - Estimativas de tendência temporal para incidência e reincidência de casos por violência autoprovocada no Espírito Santo, 2020 a 2024	51
Tabela 3 - Estimativas de tendência temporal para casos de violência autoprovocada (por 100 mil hab.) nas Macrorregiões de Saúde do Espírito Santo, 2020 a 2024	52
Tabela 4 - Estimativas de tendência temporal para casos por reincidência (%) de violência autoprovocada nas Macrorregiões de Saúde do Espírito Santo, 2020 a 2024	54
Tabela 5 - Estimativas de tendência temporal para casos de violência autoprovocada (por 100 mil hab.) por faixa etária no Espírito Santo, 2020 a 2024	55
Tabela 6 - Estimativas de tendência temporal para ocorrência de casos por reincidência (%) de violência autoprovocada por faixa etária no Espírito Santo, 2020 a 2024	55
Tabela 7 - Estimativas de tendência temporal para incidência de casos (por 100 mil hab.) por violência autoprovocada por sexo no Espírito Santo, 2020 a 2024	56
Tabela 8 - Estimativas de tendência temporal para casos de violência autoprovocada por reincidência (%) por sexo no Espírito Santo, 2020 a 2024	56

LISTA DE SIGLAS

CAPAAC	Centro de Atendimento Psiquiátrico Aristides Alexandre Campos
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
EMESCAM	Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
FAFIA	Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Alegre
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICEPI	Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MBA	<i>Master of Business Administration</i>
ODS	Objetivo de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PIB	Produto Interno Bruto
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
Qualifica-APS	Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde
SESA	Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TABNET	Sistema de Tabulação de Dados

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
1 INTRODUÇÃO.....	18
1.1 JUSTIFICATIVA.....	20
2 REVISÃO DE LITERATURA	21
2.1 SAÚDE MENTAL E SOFRIMENTO PSÍQUICO	21
2.2 VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA	23
2.2.1 Violência Autoprovocada e Suicídio – conceituando termos para uma compreensão ampliada	26
2.2.2 A epidemiologia da violência autoprovocada	30
2.2.2.1 A reincidência como indicador de fragilidade.....	34
2.2.3 Impactos da violência autoprovocada	35
2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS E O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA	37
2.3.1 Desafios frente às políticas públicas.....	40
3 OBJETIVOS	42
3.1 OBJETIVO GERAL	42
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	42
4 MÉTODO	43
4.1 DESENHO DO ESTUDO	43
4.2 TIPO DE ESTUDO	44
4.3 LOCAL DO ESTUDO	44
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	45
4.5 COLETA DE DADOS.....	46
4.6 ANÁLISE DE DADOS	46
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	47
5 RESULTADOS	48
5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS CASOS NOTIFICADOS	48
5.2 TENDÊNCIA TEMPORAL ESTADUAL E POR MACRORREGIÕES.....	50
5.3 PROPORÇÃO DE REINCIDÊNCIAS	53
5.4 TENDÊNCIA E REINCIDÊNCIA POR FAIXA ETÁRIA	54
5.5 TENDÊNCIA E REINCIDÊNCIA POR SEXO	56
6 DISCUSSÃO.....	57

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS	66

APRESENTAÇÃO

Iniciei minha formação superior em 2007, no curso de Enfermagem da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Alegre (FAFIA), tendo concluído a graduação em 2010. Desde o período de formação, desenvolvi interesse particular pelas políticas públicas de saúde e pelas ações voltadas à saúde coletiva, o que norteou minhas escolhas profissionais subsequentes.

Em 2012, ingressei na Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo (SESA), onde atuei, inicialmente, no Setor de Vigilância Sanitária e, posteriormente, no Programa Regional de Imunizações. Durante esse período, participei de instâncias técnicas estratégicas, integrando a Comissão Regional de Segurança do Paciente, a Comissão Regional de Controle de Infecções e coordenando a Câmara Técnica de Humanização da Região Sul do Estado. Essas experiências permitiram o aprofundamento do conhecimento sobre a estruturação e implementação de políticas públicas de saúde em nível regional.

Desde 2018, atuo como Enfermeira Assistencial no Centro de Atendimento Psiquiátrico Aristides Alexandre Campos (CAPAAC), unidade hospitalar da rede estadual especializada em saúde mental. Paralelamente, entre os anos de 2020 e 2024, desenvolvi atividades na Atenção Primária à Saúde, inicialmente como enfermeira vinculada à Estratégia Saúde da Família, e, posteriormente, como Apoiadora Institucional no Projeto de Apoio Institucional do Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (Qualifica-APS), ambas as experiências realizadas por meio de vínculo com o Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação (ICEPI).

Minha trajetória inclui, ainda, experiência na docência do ensino superior, como docente no curso de Enfermagem da FAFIA, e como facilitadora da Especialização em Vigilância em Saúde, ofertada pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírion-Libanês.

Essa trajetória profissional tem sido acompanhada por um constante aperfeiçoamento acadêmico, por meio da realização de diversos cursos de especialização e formação complementar. Dentre eles, destacam-se as especializações em Enfermagem do Trabalho, Gestão de Políticas Públicas em Gênero e Raça, Saúde da Família, Vigilância Sanitária, Processos Educacionais na Área da Saúde, Enfermagem em Saúde Mental, e Saúde Pública com Ênfase na Interprofissionalidade. Soma-se a esses, o aperfeiçoamento em Gestão Municipal e

um MBA em Gestão Municipal do Sistema Único de Saúde (SUS), os quais contribuíram para ampliar a compreensão dos desafios da saúde pública e fortalecer as competências técnicas, gerenciais e pedagógicas necessárias à atuação no SUS.

O interesse em integrar o Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) decorre do alinhamento entre minha trajetória profissional, marcada pela atuação em políticas públicas de saúde e a proposta formativa do curso, que visa à compreensão crítica e à qualificação da intervenção nos territórios.

A presente pesquisa emerge da articulação entre o percurso formativo e a prática assistencial desenvolvida no CAPAAC a partir da percepção e do incômodo diante do aumento das internações relacionadas a comportamentos autolesivos no local em que atuo. Também chamou minha atenção o número recorrente de pacientes que retornam à instituição pelo mesmo motivo, evidenciando um elevado índice de reincidência de casos de autolesão, tanto associados à intenção de morte quanto sem a intenção de morrer.

Ainda que não existam protocolos plenamente definidos ou padronizações consolidadas para o manejo dessas situações, compreendo que tais percepções não se distanciam da realidade. A expressão da dor por meio da violência autoprovocada encontra-se, muitas vezes, velada no cotidiano. Ela se manifesta em diferentes espaços de convivência social, atravessando a vida pessoal, o ambiente de trabalho, as relações familiares, o contexto escolar dos meus filhos, as redes sociais e, cada vez mais, os espaços formativos e cursos que abordam essa temática. Diante desse cenário, cresce a inquietação e o desafio de buscar respostas que possam contribuir para o enfrentamento da violência autoprovocada.

Entendo que ainda são necessários mais estudos e, sobretudo, ações efetivas capazes de produzir impactos positivos na vida das pessoas que expressam sua dor por meio da autolesão, especialmente daquelas que apresentam recorrência desses episódios. Isso porque se trata de indivíduos que sofrem e manifestam sua dor, mas que, muitas vezes, não encontram acolhimento e cuidado de forma contínua e estruturada, que lhes possibilite desenvolver recursos para lidar e gerir suas emoções.

Nesse sentido, espero que este trabalho possa constituir-se como um disparador de análises e reflexões, contribuindo para o aprimoramento das políticas

públicas no âmbito local e para o fortalecimento de ações estruturadas que impactem a realidade do território, especialmente o território marcado pela dor.

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a saúde mental tem conquistado crescente visibilidade tornando-se tema de debate em diferentes espaços sociais. O aumento da conscientização sobre os transtornos mentais e a luta por mudanças e direitos têm impulsionado a busca por alternativas de cuidado mais integradas e acessíveis. Historicamente, esse campo foi marcado pela segregação em manicômios, onde indivíduos com sofrimento psíquico eram isolados e estigmatizados, independentemente das causas de suas condições (Carrara, 2010).

A partir da década de 1980, com a redemocratização do Estado e a Reforma Sanitária, iniciou-se um processo de transformação no cuidado em saúde mental. Esse movimento ganhou forças com a Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde, que incorporaram princípios como a universalidade e a integralidade do cuidado (Machado, 2020).

Nesse contexto, a compreensão da saúde mental ultrapassa a simples ausência de doenças, abrangendo o bem-estar físico, psicológico e social, conforme definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (Organização Mundial da Saúde, 2001). Nessa perspectiva, a própria OMS ressalta a necessidade de uma abordagem biopsicossocial, em que fatores biológicos, psicológicos e sociais interagem na determinação do bem-estar. Em consonância com esse entendimento, o Ministério da Saúde reforça que a saúde mental corresponde a um estado de equilíbrio que possibilita ao indivíduo desenvolver suas potencialidades, enfrentar os desafios da vida e contribuir com sua comunidade (Brasil, 2023).

Considerando essa compreensão ampliada da saúde mental, entre os fatores que impactam diretamente a saúde mental, a violência ocupa posição central. Reconhecida como problema de saúde pública desde 1996, esta é entendida como o uso intencional de força ou poder contra outra pessoa, grupo ou comunidade, com o objetivo de causar danos físicos, psicológicos ou sociais (Krug *et al.*, 2002). Seus efeitos vão além das lesões físicas imediatas, gerando traumas emocionais e psicológicos profundos, que podem evoluir para transtornos mentais duradouros (Mann, 2024).

Diante deste contexto, compreender a relação entre violência e saúde mental é fundamental para aprimorar estratégias de prevenção e tratamento, sobretudo em populações vulneráveis, frequentemente expostas a desigualdades sociais e à

violência estrutural. O impacto da violência na saúde mental não se restringe ao momento da agressão: suas consequências reverberam ao longo da vida, afetando o bem-estar, os vínculos sociais e o desenvolvimento emocional do indivíduo (Organização Mundial da Saúde, 2002; Minayo, 2006). Enfrentar esse desafio exige uma abordagem multidimensional e o comprometimento da sociedade em reduzir seus efeitos e promover saúde mental de forma integral.

Um dos desdobramentos mais preocupantes da violência é a chamada violência autoprovocada, que abrange desde comportamentos de autolesão até tentativas e suicídio consumado. Esse tipo de violência reflete o sofrimento psíquico intenso e destaca a necessidade de atenção qualificada e políticas públicas de prevenção. Diante da crescente magnitude desse problema, esse fenômeno tem recebido crescente atenção, principalmente, entre adolescentes e jovens adultos (Brasil, 2021). É essencial distinguir entre autolesões sem intenção de morte e as tentativas de suicídio, que correspondem a atos realizados com a intenção de provocar o próprio óbito, embora este não se concretize. Tanto as autolesões quanto as tentativas de suicídios possuem impactos relevantes na morbimortalidade e comprometem profundamente a saúde física e psicológica dos indivíduos (Silva *et al.*, 2023).

Diante deste contexto, é fundamental distinguir entre autolesões sem intenção suicida e as tentativas de suicídio, pois ambos os comportamentos impactam significativamente a morbimortalidade e comprometem a saúde física e psicológica dos indivíduos (Silva *et al.*, 2023). Embora apresentem características distintas, tais comportamentos revelam diferentes níveis de envolvimento com o sofrimento psíquico, desde pensamentos autolesivos até práticas de automutilação e tentativas de suicídio. Nesse cenário, o aumento das taxas de violência autoprovocada nos últimos anos tem sido atribuído a uma combinação de fatores biopsicossociais, com maior incidência entre adolescentes, em razão das intensas transformações físicas e emocionais típicas dessa fase, além de pressões externas como *bullying*, discriminação e violência doméstica (Quesada *et al.*, 2020).

No Brasil, a violência autoprovocada vem sendo reconhecida como problema crescente de saúde pública, com repercussões significativas para o SUS. Dados do Ministério da Saúde indicam que, entre 2010 e 2019, houve aumento expressivo nas mortes por suicídio e um crescimento de 39,8% nas notificações de violência autoprovocada, evidenciando a gravidade do cenário nacional (Brasil, 2021).

Nesse sentido, torna-se imprescindível a adoção de políticas públicas consistentes, como a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, além da implementação de ações de conscientização e apoio socioemocional (Brasil, 2019).

A partir dessa problemática, esta pesquisa é orientada pela seguinte questão: *quais são as tendências temporais da violência autoprovocada no estado do Espírito Santo entre 2020 e 2024?* Ao analisar a evolução das notificações, o perfil sociodemográfico e a ocorrência de reincidências, pretende-se produzir evidências que subsidiem o planejamento e o aprimoramento das políticas públicas de saúde mental no âmbito estadual. A compreensão do comportamento epidemiológico desse agravo pode contribuir para o fortalecimento da vigilância em saúde, da organização da Rede de Atenção Psicossocial e da formulação de estratégias preventivas mais sensíveis às vulnerabilidades territoriais e sociais.

1.1 JUSTIFICATIVA

A violência autoprovocada, que compreende comportamentos de autolesão, tentativas de suicídio e suicídio consumado, tem se consolidado como um problema de saúde pública, com impactos significativos na morbimortalidade da população. Esse fenômeno afeta, de forma profunda, a saúde mental dos indivíduos, sobrecarrega os serviços de saúde e impõe desafios às políticas públicas de prevenção e o cuidado em saúde mental (World Health Organization, 2021; Brasil, 2021; Hawton *et al.*, 2012).

A relevância desta pesquisa justifica-se, portanto, em três dimensões principais: (a) Clínica, ao contribuir para a compreensão do perfil e das necessidades dos indivíduos em situação de sofrimento psíquico; (b) Científica, ao preencher lacunas de conhecimento sobre a evolução da violência autoprovocada no Espírito Santo; (c) Político-social, ao oferecer subsídios para a implementação de políticas públicas mais eficazes, integradas e sensíveis às particularidades regionais.

Assim, analisar as tendências temporais da violência autoprovocada no Espírito Santo é fundamental para a formulação de estratégias de prevenção e intervenção mais eficazes, capazes de reduzir o impacto desse fenômeno na saúde pública e na sociedade.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 SAÚDE MENTAL E SOFRIMENTO PSÍQUICO

A compreensão contemporânea da saúde mental nas políticas públicas brasileiras resulta de um longo processo histórico, político e epistemológico que culminou na Reforma Psiquiátrica e na criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Esse movimento marcou a transição de um modelo centrado na institucionalização e no isolamento das pessoas em sofrimento para outro modelo, sendo este fundamentado na atenção territorial, comunitária e integral. A promulgação da Lei nº 10.216/2001 consolidou juridicamente essa mudança de paradigma ao assegurar os direitos das pessoas com transtornos mentais e redirecionar o modelo assistencial em saúde mental no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2001).

Para Amarante (2007), a Reforma Psiquiátrica Brasileira representou mais do que uma reorganização dos serviços: tratou-se de uma transformação ética e cultural na forma de compreender a loucura, o sofrimento psíquico e a cidadania. Nessa perspectiva, a saúde mental passa a ser entendida como um fenômeno complexo, atravessado por dimensões biológicas, psicológicas, sociais, culturais e políticas. Essa concepção amplia o olhar sobre o sofrimento e rompe a tradição biomédica, que o reduz à doença mental e ao controle medicamentoso, deslocando o foco para a subjetividade e para as condições concretas de vida.

O conceito de sofrimento psíquico, conforme Sawaia (1999), está profundamente relacionado à exclusão social e às experiências de desigualdade. A autora o define como expressão ética e política de um sujeito que vivencia a contradição entre o desejo de inclusão e a negação de direitos. Assim, o sofrimento não é apenas individual ou intrapsíquico, mas socialmente produzido pelas condições precárias de vida, pela falta de reconhecimento e pelas violências simbólicas e materiais presentes no cotidiano das populações vulnerabilizadas.

As políticas públicas de saúde mental no Brasil, especialmente com a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a constituição da RAPS, incorporaram uma concepção ampliada de saúde mental e sofrimento psíquico, que considera os determinantes sociais envolvidos na produção do adoecimento. Nessa direção, Merhy e Feuerwerker (2009) destacam que o trabalho em saúde mental deve

priorizar o cuidado como produção de vida e subjetividade, reconhecendo o usuário como sujeito ativo do processo e não apenas como portador de um transtorno. Essa perspectiva reforça a importância do acolhimento, do vínculo e do território como elementos fundamentais para a efetividade das ações.

Nesse contexto, a atenção psicossocial consolida-se como modelo orientador das práticas, estruturando-se na articulação entre a clínica e a política, reconhecendo que o sofrimento psíquico é indissociável das condições de existência e das formas de organização social. Campos (2000) observa que a Reforma Psiquiátrica não se resume à desinstitucionalização, mas propõe a reconfiguração do sistema de saúde, exigindo a democratização das relações entre profissionais, gestores e usuários e a construção de novas racionalidades sanitárias.

Nesse contexto, a política de saúde mental assume o desafio de articular ações intersetoriais que enfrentem as múltiplas determinações do sofrimento psíquico. Tal desafio decorre do reconhecimento de que o sofrimento mental não pode ser explicado apenas por fatores individuais ou biológicos, mas resulta de processos sociais mais amplos. Minayo (2006) ressalta que o sofrimento e a violência são fenômenos sociais entrelaçados, impossíveis de compreender fora das condições de desigualdade, exclusão e desproteção. Nessa perspectiva, o campo da saúde mental deve dialogar com as políticas de assistência social, educação, trabalho, cultura e direitos humanos, fortalecendo uma rede de cuidado ampliada.

Outro ponto central é o reconhecimento da dimensão ética do cuidado. Amarante e Torre (2018) afirmam que a ética da Reforma Psiquiátrica se ancora na valorização da autonomia, na defesa dos direitos humanos e na promoção da cidadania das pessoas em sofrimento psíquico. Essa ética exige repensar as práticas profissionais, substituindo a lógica tutelar e as relações verticalizadas por práticas horizontais, participativas e pautadas na escuta.

A saúde mental, enquanto política pública, deve ser compreendida como um campo de disputas simbólicas e institucionais. Yasui (2010) argumenta que a Reforma Psiquiátrica enfrenta resistências políticas, econômicas e culturais, por propor a desconstrução de um modelo hegemônico de saber e poder, profundamente enraizado nas tradições médicas e jurídico-morais. A consolidação do modelo psicossocial requer, portanto, o fortalecimento da participação social e o compromisso com uma gestão democrática dos serviços.

Nesse processo, o Sistema Único de Saúde (SUS) constitui o principal suporte institucional para a materialização dos princípios defendidos pela Reforma Psiquiátrica. Ao instituir a universalidade e a integralidade como princípios, oferece a base institucional para políticas de saúde mental orientadas pela equidade e pela justiça social. Entretanto, a concretização desses princípios depende de pactuações permanentes e de resistência frente a retrocessos que ameaçam os avanços da Reforma Psiquiátrica. Luzio e L'Abbate (2009) destacam que a consolidação da rede de atenção psicossocial demanda não apenas recursos e infraestrutura, mas também uma mudança nas formas de pensar e gerir o cuidado.

Assim, a saúde mental nas políticas públicas brasileiras configura-se como um campo de práticas que articula saberes técnicos e experiências subjetivas, reconhecendo o sofrimento psíquico como fenômeno socialmente situado. Essa abordagem amplia a compreensão das demandas dos sujeitos e propõe estratégias de cuidado que ultrapassam o tratamento medicamentoso, apostando na potência das relações, na reconstrução dos laços sociais e na promoção da vida.

A partir dessa perspectiva ampliada, torna-se necessário aprofundar a análise sobre como o sofrimento psíquico pode se manifestar em diferentes formas de expressão, especialmente aquelas que envolvem a relação do indivíduo consigo mesmo. Entre essas manifestações, destaca-se a violência autoprovocada, que evidencia, de maneira crítica, os limites das condições sociais, afetivas e institucionais na produção do cuidado (Minayo, 2006).

Assim, ao compreender a saúde mental como um campo atravessado por determinantes sociais e por disputas ético-políticas, abre-se caminho para investigar a violência autoprovocada não apenas como um evento isolado ou individual, mas como um fenômeno complexo, que reflete vulnerabilidades, desigualdades e fragilidades nas redes de atenção e proteção social (Minayo, 2006; Brasil, 2013).

2.2 VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA

A violência autoprovocada, entendida como o conjunto de comportamentos autolesivos que abrangem desde a automutilação até o suicídio, constitui um dos desafios mais complexos e urgentes para as políticas públicas de saúde mental no Brasil. Trata-se de um fenômeno que ultrapassa a dimensão clínica e se insere no campo das determinações sociais do sofrimento, exigindo respostas intersetoriais e

ações integradas entre os setores da saúde, educação, assistência social e direitos humanos (Brasil, 2013).

Diante da magnitude desse fenômeno, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014) aponta o suicídio como uma das principais causas de morte entre jovens de 15 a 29 anos, configurando-se como um grave problema de saúde pública global. No contexto brasileiro, o Ministério da Saúde (Brasil, 2019) desenvolve políticas específicas voltadas à prevenção e ao cuidado, entre as quais se destacam a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (Lei nº 13.819/2019) e a Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio. Ambas visam à detecção precoce, ao acompanhamento continuado e à articulação entre os diferentes níveis de atenção do Sistema Único de Saúde.

Apesar dos avanços normativos e institucionais observados nas últimas décadas, a literatura especializada, conforme destacam Deslandes e Minayo (2018), evidencia que a violência autoprovoçada não pode ser compreendida apenas como manifestação de um transtorno mental, mas como resultado da interação entre vulnerabilidades subjetivas e condições sociais adversas, como desemprego, pobreza, violências interpessoais e discriminação. Dessa forma, as políticas públicas de saúde mental precisam adotar abordagens que considerem as trajetórias singulares de vida e as redes de apoio de cada sujeito.

Nesse sentido, a construção de respostas efetivas para o enfrentamento da violência autoprovoçada demanda a consolidação de dispositivos e redes de cuidado capazes de articular prevenção, acolhimento e acompanhamento contínuo. A Reforma Psiquiátrica Brasileira, instituída pela Lei nº 10.216/2001, e a implantação da Rede de Atenção Psicossocial a partir da Portaria nº 3.088/2011, oferecem as bases normativas e operacionais para o enfrentamento da violência autoprovoçada. A RAPS propõe um modelo de atenção territorial e contínua, articulado entre os diversos dispositivos da rede, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os Serviços de Urgência e Emergência (Brasil, 2001; 2011a). Essa estrutura permite a construção de projetos terapêuticos singulares e o fortalecimento dos vínculos entre os usuários, as equipes e as comunidades - aspectos fundamentais para a prevenção de comportamentos autodestrutivos.

Sob essa perspectiva de cuidado em rede, Amarante e Torre (2018) destacam que o cuidado em saúde mental, sobretudo diante de situações de risco de suicídio, deve se pautar pela ética da escuta e pela construção compartilhada de estratégias

de vida, superando práticas de contenção e tutela que historicamente marcaram a psiquiatria. Tal perspectiva implica uma mudança paradigmática: substituir a lógica do controle pela lógica do cuidado como produção de sentido, pertencimento e autonomia.

Em consonância com essa compreensão ampliado do cuidado, o Ministério da Saúde (Brasil, 2017) reforça que as ações de prevenção da violência autoprovocada devem ir além da dimensão clínica, incorporando estratégias de promoção da saúde e fortalecimento dos fatores protetores, como vínculos afetivos, inserção comunitária e acesso a direitos sociais. O cuidado deve ser entendido como um processo relacional e contínuo, que envolve o reconhecimento do sofrimento, a criação de confiança e o incentivo à autonomia dos sujeitos.

No âmbito dessas redes de atenção, os CAPS exercem papel estratégico, constituindo-se como principal porta de entrada e acompanhamento para pessoas em sofrimento psíquico intenso. Corroborando essa compreensão, Luzio e L'Abbate (2009) observam que esses serviços devem funcionar como espaços de acolhimento e reinvenção da vida cotidiana, nos quais o usuário possa reconstruir laços e ressignificar o sofrimento. O cuidado ofertado deve priorizar o vínculo, o diálogo e a corresponsabilização, princípios que se alinham ao projeto ético-político da Reforma Psiquiátrica.

Entretanto, embora esse modelo represente importantes avanços, desafios persistem. Ao analisar os limites ainda presentes na consolidação da atenção psicossocial, Yasui (2010) ressalta que, apesar dos avanços normativos, ainda se observa uma tendência à medicalização e à fragmentação do cuidado, o que dificulta o acompanhamento integral de casos de automutilação e tentativa de suicídio. A superação dessas limitações requer o fortalecimento da atenção primária à saúde, que, segundo Campos (2000), deve ocupar posição central na detecção precoce do sofrimento e na articulação entre os diferentes níveis da rede de atenção.

Além dos desafios estruturais e organizacionais do serviço, as políticas públicas também enfrentam barreiras culturais e o estigma social que ainda cercam o tema do suicídio. Minayo (2006) argumenta que o silêncio e a negação social da dor intensificam o isolamento e a desesperança, dificultando que o sujeito busque ajuda. Nesse sentido, campanhas como o “Setembro Amarelo”, promovidas em parceria entre o Ministério da Saúde, o Conselho Federal de Medicina e a Associação Brasileira

de Psiquiatria, cumprem papel importante na mobilização social e no enfrentamento do estigma.

Em síntese, a violência autoprovocada desafia as políticas públicas a integrar dimensões clínicas, psicossociais e sociopolíticas, reconhecendo a complexidade dos fatores que produzem o sofrimento e a necessidade de respostas coletivas. O fortalecimento da RAPS, a valorização do cuidado em liberdade e a ampliação de ações intersetoriais são caminhos fundamentais para consolidar uma política pública de saúde mental comprometida com a vida, a dignidade e os direitos humanos.

2.2.1 Violência Autoprovocada e Suicídio – conceituando termos para uma compreensão ampliada

A compreensão da violência autoprovocada requer, antes de tudo, uma reflexão sobre o conceito de violência e sobre os múltiplos fatores que o constituem em sua complexidade histórica, social e simbólica. Nessa perspectiva, longe de ser um ato isolado, trata-se de um fenômeno multicausal, atravessado por relações de poder, desigualdades e dinâmicas culturais. Nesse sentido, Minayo (2006, p. 23) destaca que a violência deve ser entendida como “uma construção social e histórica, cuja expressão resulta da interação de fatores individuais, coletivos e contextuais”, superando abordagens restritas que a limitam apenas a agressões físicas.

No campo da saúde pública, prevalece a definição da Organização Mundial da Saúde, segundo a qual, violência é “o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha grande probabilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, prejuízos ao desenvolvimento ou privação” (Organização Mundial da Saúde, 2002, p. 5). Ao incorporar diferentes formas de exercício do poder, essa definição amplia a compreensão da violência para além da agressão física, abrangendo também situações de coerção, negligência, omissão e outras práticas geradoras de sofrimento e exclusão social.

No Brasil, essa perspectiva foi incorporada ao marco normativo da saúde, especialmente com a Portaria nº 1.271/2014, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, o qual ampliou o escopo de vigilância para abarcar diferentes formas de violência, incluindo aquelas de natureza física, sexual, psicológica e autoprovocada, reforçando que a

violência é um fenômeno transversal e de múltiplas expressões (Brasil, 2014; Tauffer *et al.*, 2020).

Para tanto, compreender a violência implica romper com a naturalização de práticas que atravessam o cotidiano e produzem impactos na vida das pessoas. Como observa D'Avila (2021), as múltiplas expressões da violência podem ser devastadoras: quando não resultam em morte, deixam marcas emocionais, físicas e sociais duradouras. Nesse cenário, a interface entre violência e saúde mental torna-se evidente, pois o sofrimento psíquico pode surgir como consequência de experiências violentas ou como forma de expressar dor e desamparo.

Sob outra perspectiva, Mann (2024) argumenta que ampliar o olhar sobre a violência permite evidenciar o papel das desigualdades estruturais — como racismo, machismo e cisheteronormatividade — na produção de vulnerabilidades específicas. Essa compreensão evidencia que a violência possui uma dimensão social profundamente marcada por relações desiguais de poder e acesso a direitos. Grupos historicamente marginalizados experimentam impactos mais intensos, tanto nas dimensões visíveis quanto nas invisíveis da violência. Assim, a violência não pode ser reduzida a um episódio, mas deve ser entendida como parte de um processo social que se inscreve nos corpos e subjetividades.

Para compreender a amplitude desse fenômeno e subsidiar a formulação de políticas públicas e estratégias de cuidado, o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde da Organização Mundial da Saúde apresenta a tipologia amplamente adotada na saúde pública internacional, classificando a violência em três grandes grupos: (a) autoinfligida ou autoprovocada, quando o indivíduo direciona agressões contra si próprio; (b) interpessoal, quando ocorre entre indivíduos ou pequenos grupos, no âmbito familiar, comunitário ou institucional; e (c) coletiva, quando perpetrada por grupos sociais, instituições ou Estados, frequentemente motivada por fatores políticos, econômicos ou ideológicos (Organização Mundial da Saúde, 2002). Essa classificação auxilia na compreensão das diferentes expressões da violência e orienta estratégias de vigilância, prevenção e cuidado.

Dentre as categorias propostas pela Organização Mundial da Saúde, a violência autoprovocada merece atenção especial devido à sua crescente relevância epidemiológica e aos impactos que produz sobre a saúde individual e coletiva. Ela inclui comportamentos intencionais em que o indivíduo causa danos a si mesmo, com ou sem desfecho fatal. Esta abrange o suicídio, sua tentativa e as autolesões sem

intenção suicida, fenômenos influenciados por fatores individuais, socioculturais e estruturais, sendo reconhecido como problemas de saúde pública no Brasil e no mundo (Organização Mundial da Saúde, 2023; Silva *et al.*, 2023).

Considerando a amplitude dos comportamentos que compõem a violência autoprovocada, torna-se necessário examinar mais detidamente o suicídio, por representar sua expressão mais extrema e de maior impacto para a saúde pública. O suicídio, forma mais extrema de violência autoprovocada, corresponde ao ato intencional de provocar a própria morte, e deve ser compreendido a partir de múltiplas dimensões (Cavalcante; Minayo; Mangas, 2013). Diversos autores brasileiros defendem que ele não pode ser explicado apenas pela presença de transtornos mentais, mas como resultado da interação entre fatores psicológicos, biológicos, socioculturais e estruturais (Botega, 2015; Minayo; Cavalcante, 2010).

Essa compreensão multifatorial do suicídio é amplamente sustentada pela literatura especializada. Botega (2015) ressalta que, embora transtornos mentais sejam frequentes entre pessoas que morrem por suicídio, eles não explicam a complexidade do fenômeno, frequentemente associado a rupturas de vínculos, experiências de violência, uso abusivo de substâncias e ausência de suporte institucional. Minayo e Cavalcante (2010) destacam, ainda, que desigualdades, discriminação, racismo, pobreza e fragilidade dos vínculos familiares agravam os riscos, situando o suicídio no contexto das injustiças sociais.

Nessa perspectiva, o suicídio deve ser compreendido não como um acontecimento repentino, mas como um fenômeno construído ao longo de uma trajetória marcada pelo agravamento do sofrimento psíquico. Sob essa ótica, a literatura nacional aponta que o suicídio é um processo e não um ato isolado, geralmente precedido por sinais como ideação suicida, tentativas prévias, desesperança e alterações comportamentais, compondo um percurso gradativo de agravamento do sofrimento (Botega, 2015; Kerkhof; Botti, 2016). No Brasil, o Ministério da Saúde (2023) reconhece o suicídio como um agravo prioritário, sobretudo diante do aumento de casos entre adolescentes e jovens, o que reflete vulnerabilidades relacionadas a pressões sociais, dificuldades econômicas, exclusão escolar e violência estrutural.

A tentativa de suicídio, mesmo sem desfecho fatal, representa ato autolesivo com intenção de morte e é um dos principais marcadores de risco para futuros suicídios. Para cada suicídio consumado, estima-se que existam dezenas de

tentativas, o que reforça a necessidade de intervenções precoces e acompanhamento contínuo (Organização Mundial da Saúde, 2021; Ministério da Saúde, 2022).

Por sua vez, a autolesão sem intenção suicida envolve comportamentos deliberados de dano físico como cortes, queimaduras e automutilações de variada gravidade. Embora não envolva intenção de morrer, está associada a dificuldades de regulação emocional, traumas e transtornos mentais, além de aumentar o risco de futura

Considerando as aproximações e diferenças entre esses comportamentos, a distinção entre autolesão não suicida e comportamento suicida baseia-se, principalmente, na intencionalidade atribuída ao ato. Embora ambos envolvam a produção deliberada de dano ao próprio corpo, a autolesão não suicida caracteriza-se pela ausência da intenção de provocar a própria morte, enquanto os comportamentos suicidas estão associados ao desejo ou à possibilidade de interromper a própria vida (Brasil, 2017; 2021). Todavia, essa diferenciação nem sempre ocorre de forma objetiva, uma vez que a intencionalidade constitui uma dimensão subjetiva, frequentemente acessada apenas por meio do relato da própria pessoa e sujeita a ambiguidades, oscilações e dificuldades de expressão. Por essa razão, a literatura especializada recomenda cautela na avaliação desses fenômenos, reconhecendo que autolesões repetidas podem coexistir com ideação suicida ou evoluir para comportamentos de maior gravidade.

Nesse sentido, o comportamento suicida é compreendido como um *continuum* ou espectro de manifestações que inclui desde pensamentos relacionados à morte e ideação suicida até o planejamento e a tentativa de suicídio (Botega, 2015; Brasil, 2021). Essa compreensão amplia a análise para além do ato consumado, permitindo identificar sinais precoces de sofrimento psíquico e desenvolver estratégias preventivas mais efetivas. A identificação dessas diferentes manifestações torna-se fundamental para a organização das ações de cuidado, especialmente nos serviços de saúde mental e na atenção psicossocial.

Por sua vez, a autolesão não suicida costuma desempenhar funções distintas daquelas associadas ao comportamento suicida. Estudos brasileiros indicam que esses comportamentos frequentemente estão relacionados à tentativa de regular emoções intensas, aliviar sentimentos de angústia, vazio, raiva ou sofrimento psíquico, além de constituírem formas de comunicação de dores subjetivas que nem sempre conseguem ser verbalizadas (Lorenzetti *et al.*, 2023). Ainda que não exista

intenção de morte, a recorrência dessas práticas demanda atenção clínica e acompanhamento contínuo, uma vez que a presença de autolesões está associada ao aumento do risco de futuras tentativas de suicídio e à persistência de condições de sofrimento emocional.

Dessa forma, compreender as especificidades e as inter-relações entre autolesão não suicida, comportamento suicida e tentativa de suicídio torna-se fundamental para a análise da violência autoprovocada em sua complexidade, possibilitando a construção de práticas de cuidado integral, estratégias preventivas e políticas públicas mais sensíveis às diferentes expressões do sofrimento psíquico (Silva *et al.*, 2023).

2.2.2 A epidemiologia da violência autoprovocada

A violência autoprovocada configura-se como um desafio crescente para a saúde pública mundial, em razão de sua magnitude, complexidade e impacto social. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2021), mais de 727 mil pessoas morrem por suicídio a cada ano, o que equivale a uma morte a cada 40 segundos. Embora tenha havido uma redução global de aproximadamente 35% nas taxas de suicídio entre 2000 e 2021, a distribuição geográfica desse fenômeno permanece desigual: cerca de 73% dos óbitos concentram-se em países de baixa e média renda, revelando o peso das desigualdades sociais e econômicas. Nas Américas, contudo, a tendência segue na direção oposta à média global, com um aumento de cerca de 17% nas taxas de suicídio entre 2000 e 2019. Globalmente, o suicídio figura como a quarta principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos (Organização Mundial da Saúde, 2021; 2023).

No Brasil, o cenário é igualmente alarmante. Entre 2010 e 2019, foram registrados 112.230 óbitos por suicídio, representando um aumento de 43% no número anual de mortes — de 9.454 em 2010 para 13.523 em 2019 — um crescimento muito superior ao incremento populacional de 10,17% no mesmo período. As notificações de violências autoprovocadas também aumentaram significativamente. Em 2019, foram registrados 124.709 casos, representando um crescimento de 39,8% em apenas um ano (Brasil, 2021).

Entre 2011 e 2022, as taxas de suicídio cresceram 3,7% e os casos de autolesão 21%, com elevação ainda mais acentuada entre jovens de 10 a 24 anos,

entre os quais se observou um aumento de 6% nas taxas de suicídio e 29% nos comportamentos de autolesão. Nesse intervalo, mais de 23 mil jovens brasileiros perderam a vida em decorrência do suicídio (Associação Paulista de Medicina, 2024).

O perfil demográfico brasileiro segue o padrão observado internacionalmente: os homens concentram cerca de 78% dos óbitos por suicídio, enquanto as mulheres apresentam maiores índices de tentativas e autolesões não fatais. Entre adolescentes de 15 a 19 anos, o suicídio constitui a segunda principal causa de morte (Brasil, 2022). No Espírito Santo, a taxa de suicídio, em 2022, foi de 8,6 óbitos por 100 mil habitantes, com crescimento de 21,7% em relação a 2021. O aumento mais expressivo foi entre jovens de 15 a 19 anos, com crescimento de cerca de 40% entre 2020 e 2023, e entre aqueles de 20 a 29 anos, com elevação de 18%. Em 2023, até agosto, registraram-se 85 óbitos e mais de 3.800 casos de lesões autoprovocadas, frente a 241 óbitos e 5.200 casos registrados em todo o ano de 2022 (Espírito Santo, 2023; Instituto Jones dos Santos Neves, 2023).

Nesse contexto, é imprescindível considerar os efeitos da pandemia de COVID-19 na análise epidemiológica da violência autoprovocada, especialmente em função da recente temporalidade dos dados disponíveis. As medidas de distanciamento social, embora fundamentais para o controle da transmissão do vírus, intensificaram fatores de risco relacionados à saúde mental, tais como o isolamento social, a insegurança econômica, o luto e as dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Como consequência, estudos apontam que a pandemia esteve associada a mudanças nos padrões de comportamento suicida, incluindo aumento nas tentativas de suicídio e variações nas taxas de mortalidade, sobretudo entre populações mais vulneráveis. Além disso, revisões sistemáticas indicam que esse cenário agravou o sofrimento psíquico e expôs fragilidades já existentes nas redes de atenção psicossocial, reforçando a necessidade de estratégias de cuidado mais integradas e acessíveis (Pirkis *et al.*, 2021; Sousa *et al.*, 2022; Silva *et al.*, 2023).

Nesse contexto, os estudos epidemiológicos têm demonstrado a elevada ocorrência de comportamentos autolesivos entre adolescentes e jovens, indicando que a violência autoprovocada constitui um importante problema de saúde pública nessa faixa etária. Pesquisas internacionais apontam prevalência de autolesão sem intenção suicida entre 17% e 23% em adolescentes, com predominância no sexo feminino (Lorenzetti *et al.*, 2023; JAMA Network Open, 2023). Em consonância com esses achados, pesquisa realizada no Brasil com universitários indicou que 17,8% dos

participantes relataram histórico de automutilação não suicida, com início frequente entre os 14 e 16 anos de idade (Bandeira, 2022). A recorrência desses comportamentos em fases precoces do desenvolvimento reforça a compreensão da adolescência como um período de especial vulnerabilidade, no qual fatores emocionais, sociais e identitários se entrelaçam e podem potencializar o sofrimento psíquico.

Essa maior vulnerabilidade não decorre de um único fator, mas da interação de múltiplas condições individuais, relacionais e sociais que podem favorecer o surgimento ou a manutenção desses comportamentos. Entre os principais fatores associados, destacam-se transtornos mentais, como depressão, ansiedade e transtorno de personalidade borderline; histórico de trauma; dificuldades de regulação emocional; e fatores sociodemográficos, como idade jovem, sexo feminino, isolamento social e fragilidade das redes de apoio (Kamazaki *et al.*, 2022; Giaccheri Vedana *et al.*, 2023; Lorenzetti *et al.*, 2023). Somam-se a esses elementos o uso de substâncias psicoativas e os sentimentos de desesperança, frequentemente identificados como fatores associados ao comportamento autolesivo (Kamazaki; Dias, 2021).

Do ponto de vista sociodemográfico, variáveis como sexo, idade, renda e etnia se destacam como determinantes centrais. Em escala global, homens morrem mais por suicídio, enquanto mulheres protagonizam mais tentativas (Organização Mundial da Saúde, 2023; Silva *et al.*, 2023). No que se refere à faixa etária, adolescentes e jovens adultos, especialmente entre 15 e 29 anos, constituem um dos grupos mais vulneráveis, em razão das intensas transformações identitárias, emocionais e sociais características desse período do ciclo vital, associadas, muitas vezes, a situações de instabilidade afetiva, pressão social e incertezas em relação ao futuro (Minayo; Freitas, 2014).

As condições socioeconômicas também exercem influência significativa sobre a saúde mental e o risco de comportamentos autolesivos. Situações de desemprego, pobreza, insegurança financeira e exclusão social podem intensificar sentimentos de desesperança, desamparo e perda de perspectivas, aumentando a exposição ao sofrimento psíquico (Minayo, 2006; Silva *et al.*, 2023). De modo semelhante, grupos historicamente vulnerabilizados, como populações indígenas e grupos racialmente marginalizados, apresentam taxas mais elevadas de suicídio, fenômeno que não pode ser dissociado dos processos de discriminação, racismo estrutural, perda de

referenciais culturais e desigualdades históricas que atravessam suas trajetórias de vida (Ferreira; Oliveira, 2022).

Além dos fatores econômicos e sociais, a literatura destaca a relevância das redes de suporte social como elementos de proteção. A presença de vínculos familiares e afetivos consistentes, o sentimento de pertencimento comunitário, a participação em grupos sociais e, em alguns contextos, a filiação religiosa, podem atuar como fatores protetivos diante do sofrimento psíquico. Em contrapartida, a fragilidade ou ausência dessas redes tende a ampliar a vulnerabilidade individual, favorecendo o isolamento social e reduzindo as possibilidades de apoio diante das situações de crise (Silva et al., 2023).

Esses dados reforçam que a violência autoprovocada resulta da complexa interação entre fatores individuais, sociais e estruturais. Embora as características pessoais e as trajetórias de vida desempenhem papel importante na compreensão desse fenômeno, a literatura evidencia que as condições sociais e territoriais também influenciam significativamente sua ocorrência. Nesse sentido, o acesso a serviços públicos, a disponibilidade de redes de cuidado e os níveis de desenvolvimento socioeconômico dos territórios constituem elementos fundamentais para a proteção da saúde mental e para a prevenção de comportamentos autolesivos. Municípios com menor desenvolvimento humano e menor oferta de serviços de saúde mental apresentam maior incidência de suicídios (Minayo; Freitas, 2014; Ferreira; Oliveira, 2022). Esse cenário demonstra que o enfrentamento da violência autoprovocada não pode se restringir a intervenções centradas exclusivamente no indivíduo, exigindo ações capazes de reduzir desigualdades sociais e ampliar o acesso ao cuidado em saúde mental. Nesse contexto, o enfrentamento dessa realidade requer políticas públicas integradas, como a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (Lei nº 13.819/2019) e a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), articuladas à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), de modo a assegurar o cuidado integral e equitativo.

Nesse cenário, torna-se evidente que a violência autoprovocada não pode ser compreendida exclusivamente a partir de fatores sociais ou estruturais, mas resulta da interação dinâmica entre condições de vida, experiências subjetivas e processos relacionados à saúde mental. A interrelação entre saúde mental e violência autoprovocada é amplamente reconhecida na literatura, uma vez que transtornos mentais — especialmente depressão, ansiedade e problemas relacionados ao uso de

substâncias psicoativas — figuram entre os principais fatores associados ao risco de autolesão e comportamento suicida. Contudo, tais condições não devem ser analisadas de forma isolada, mas em articulação com os contextos sociais, familiares e comunitários nos quais os indivíduos estão inseridos. Assim, a promoção da saúde mental, com foco na prevenção, no cuidado integral e na reabilitação psicossocial, torna-se estratégia fundamental para reduzir a incidência desses comportamentos e fortalecer fatores de proteção. Reforça-se, portanto, o princípio da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), segundo a qual a saúde mental não se restringe à ausência de transtornos, mas envolve a construção de condições que favoreçam o bem-estar, a autonomia e a participação social dos sujeitos (Organização Pan-Americana da Saúde, 2025).

2.2.2.1 A reincidência como indicador de fragilidade

A reincidência de comportamentos autoprovocados, sejam tentativas reiteradas de suicídio ou por autolesões, constitui um dos indicadores mais relevantes de vulnerabilidade em saúde mental. Revisões sistemáticas apontam que cerca de 16% das pessoas que procuram atendimento hospitalar após um episódio de autolesão repetem o ato em até 12 meses, chegando a 25% em um intervalo de quatro anos (Owens; Horrocks; House, 2002).

Sob essa perspectiva, a reincidência deve ser compreendida como um marcador crítico de fragilidade das políticas públicas e da atenção continuada em saúde mental. A ausência de acompanhamento sistemático após tentativas de suicídio evidencia lacunas na articulação entre os serviços da RAPS e na aplicação de protocolos de vigilância e cuidado pós-crise. O Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (Ministério da Saúde, 2017) e as ações integradas com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) representam esforços importantes, embora ainda insuficientes diante da complexidade do fenômeno.

Incluir a reincidência como indicador de monitoramento das políticas públicas estaduais, como vem sendo proposto no Espírito Santo, pode fortalecer a capacidade de resposta do sistema de saúde. Essa incorporação possibilita o acompanhamento longitudinal dos casos, a qualificação das equipes multiprofissionais e a ampliação intersetorial entre saúde, educação e assistência social. Tal abordagem reforça o

princípio do cuidado em rede, essencial à efetividade das políticas de saúde mental no Brasil.

2.2.3 Impactos da violência autoprovoçada

A violência autoprovoçada produz efeitos profundos nas esferas individual, familiar, comunitária e socioeconômica, sendo reconhecida como um dos mais graves problemas de saúde pública da atualidade (Organização Mundial da Saúde, 2014; Brasil, 2017). O número expressivo de óbitos e tentativas evidencia que se trata de um fenômeno que ultrapassa a experiência individual e reverbera em famílias, grupos sociais e instituições (Organização Pan-Americana da Saúde, 2021; Minayo; Cavalcante, 2022).

No plano individual, pessoas que sobrevivem a uma tentativa de suicídio frequentemente enfrentam complicações físicas e psíquicas importantes. Podem surgir sequelas decorrentes dos métodos utilizados, agravamento de transtornos mentais anteriores, além de sentimento de culpa e isolamento social (Brasil, 2022). Esses impactos costumam comprometer a rotina, as relações interpessoais e o desempenho escolar ou profissional. No âmbito familiar e comunitário, as consequências também são amplas: estima-se que cada morte por suicídio deixe entre 10 e 60 pessoas diretamente ou indiretamente afetadas, expostas a sofrimento emocional, estigma, culpa e vitimização secundária (Organização Mundial de Saúde, 2021). Tais impactos demonstram que a violência autoprovoçada produz efeitos que se estendem para além do indivíduo, repercutindo sobre familiares, amigos e comunidades inteiras. Corroborando essa compreensão, a Organização Pan-Americana da Saúde (2023, p. 14) reforça que “cada suicídio é uma tragédia que afeta gravemente não apenas os indivíduos, mas as famílias e as comunidades”.

Além dos impactos individuais, familiares e comunitários, os efeitos da violência autoprovoçada também se manifestam nos campos educacional, social e laboral. O suicídio é hoje a quarta principal causa de morte entre pessoas de 15 a 29 anos no mundo (Brasil, 2021), o que implica na interrupção de trajetórias acadêmicas, perda de potencial produtivo e prejuízos ao desenvolvimento social. A violência autoprovoçada relaciona-se ainda a fatores como desemprego, precarização do trabalho, exclusão social, violência doméstica e uso abusivo de substâncias (Minayo; Freitas, 2014; Silva *et al.*, 2023), compondo um ciclo de vulnerabilidades.

As repercussões desse fenômeno alcançam também a esfera econômica. Um estudo que analisou suicídios entre trabalhadores brasileiros entre 2008 e 2022 estimou perdas econômicas indiretas de aproximadamente R\$ 26,31 bilhões (US\$ 5,04 bilhões), considerando mortalidade prematura e redução de capital humano (Santos; Chaoubah; Oliveira, 2025). Esse dado evidencia que a violência autoprovocada, além de desestruturar vidas e famílias, também compromete o desenvolvimento econômico do país.

Somam-se a esses impactos os efeitos produzidos sobre os sistemas de saúde, assistência e proteção social. Os dados mais recentes do Sistema Único de Saúde (SUS) demonstram a dimensão dessa carga: somente em 2023, foram registradas 11.502 internações relacionadas a lesões autoprovocadas, o que equivale a uma média de 31 internações por dia (Agência Brasil, 2023). Essa demanda crescente pressiona serviços de urgência e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), revelando limitações nas redes de cuidado, ainda insuficientes para atender à complexidade da demanda.

A magnitude desse cenário torna-se ainda mais evidente quando observada em uma perspectiva epidemiológica mais ampla. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (2023), de 2000 a 2019, as mortes por suicídio nas Américas tiveram aumento de 17%. Esse crescimento aponta fragilidade nas políticas públicas de prevenção e reforça a necessidade de fortalecer ações intersetoriais, como a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (Lei nº 13.819/2019).

Diante desse cenário, a produção de informações confiáveis constitui elemento fundamental para o planejamento das ações de prevenção e cuidado. Todavia, a efetivação desse monitoramento ainda encontra obstáculos importantes. Na perspectiva da vigilância epidemiológica, persistem dificuldades de coleta e sistematização de informações. Sub-registros, atrasos na notificação e ausência de padronização nos registros de autolesão não letal prejudicam o planejamento de ações e a efetividade das estratégias de prevenção (Espírito Santo, 2023). Por isso, o aprimoramento do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e o fortalecimento da vigilância ativa são fundamentais.

Outro aspecto relevante refere-se à capacidade da violência autoprovocada de produzir e reproduzir processos de sofrimento ao longo do tempo. Além disso, a

violência autoprovocada tende a perpetuar ciclos de sofrimento. Famílias que vivenciam episódios de suicídio ou de tentativa apresentam maior risco de novos eventos, agravamento de transtornos mentais e retração social (Ferreira; Oliveira, 2022). Essa dinâmica reforça a necessidade de políticas continuadas, articuladas entre diferentes setores e voltadas à promoção do bem-estar psicossocial.

Em conjunto, esses elementos mostram que os impactos da violência autoprovocada vão muito além do ato, envolvendo dimensões físicas, emocionais, sociais e econômicas. A complexidade do tema exige políticas públicas consistentes, ampliação do acesso à saúde mental, fortalecimento das redes de cuidado e integração entre saúde, educação, assistência social e trabalho, de modo a reduzir essa carga evitável e promover uma cultura sustentável de cuidado e prevenção.

2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS E O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA

O crescimento das taxas de violência autoprovocada, no Brasil e no estado do Espírito Santo, sobretudo entre jovens, evidencia a urgência de políticas públicas voltadas à prevenção, ao cuidado em saúde mental e ao fortalecimento das redes de apoio e à ampliação do acesso aos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Essa preocupação torna-se ainda mais relevante quando se considera a complexidade dos fatores envolvidos na ocorrência desse fenômeno. Do ponto de vista da saúde pública, trata-se de um fenômeno multifatorial, condicionado por determinantes individuais, sociais, culturais e econômicos. Entre os principais fatores associados, destacam-se os transtornos mentais, o uso abusivo de álcool e outras drogas, o histórico de violência física, sexual ou psicológica, além do desemprego, da desigualdade social e do isolamento (Minayo, 2006; Organização Mundial da Saúde, 2014). Nesse contexto, torna-se evidente que as ações de enfrentamento não podem se restringir ao campo clínico: exigem estratégias integradas de promoção da saúde, apoio social e redução das vulnerabilidades.

Entre os diversos fatores associados à violência autoprovocada, os transtornos mentais ocupam posição de destaque na literatura científica. Grande parte das pessoas que tenta ou comete suicídio apresenta algum transtorno mental, sendo a depressão o mais frequente (Brasil, 2021). Entretanto, embora essa associação seja amplamente reconhecida, o suicídio deve ser compreendido como um evento

complexo e multicausal, com repercussões individuais e coletivas, que pode atingir pessoas de diferentes grupos sociais, origens e idades. Sua etiologia envolve fatores sociológicos, econômicos, políticos, culturais, psicológicos, psicopatológicos e biológicos (Brasil, 2021; Minayo; Cavalcante, 2022).

Apesar dessa complexidade, o suicídio é passível de prevenção mediante intervenções individuais e coletivas que garantam diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos transtornos mentais, além de iniciativas de conscientização, apoio socioemocional e limitação do acesso a meios letais (Brasil, 2021). Nesse cenário, a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (Lei nº 13.819/2019) consolidou, no Brasil, a articulação entre os entes federativos e a sociedade civil, reconhecendo a violência autoprovocada como um agravo prevenível e de grande relevância para a saúde pública.

A legislação estabelece diretrizes para a prevenção do suicídio e das lesões autoprovocadas, incentivando ações conjuntas entre saúde, educação, assistência social e conselhos tutelares. Prevê, também, a capacitação profissional e o aprimoramento dos sistemas de registro. Entre as estratégias destacam-se a identificação precoce de pessoas em risco, o acompanhamento clínico continuado, o desenvolvimento de competências socioemocionais e a restrição de meios letais. Paralelamente às medidas de prevenção implementadas pelos serviços e pelas políticas públicas, iniciativas de educação em saúde e mobilização social têm se consolidado como importantes instrumentos de sensibilização coletiva. Nesse sentido, Campanhas como o “Setembro Amarelo” reforçam essas iniciativas ao ampliar o debate público, combater o estigma e incentivar a busca por ajuda (Brasil, 2023; Organização Mundial da Saúde, 2023).

Outro avanço importante diz respeito à ampliação da obrigatoriedade da notificação compulsória de violência autoprovocada, que passou a incluir, além dos serviços de saúde, instituições de ensino e conselhos tutelares. De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2016), a notificação consiste na comunicação de casos suspeitos ou confirmados de doenças, agravos e eventos de interesse sanitário. Trata-se de um instrumento essencial para a vigilância e o cuidado, sustentado por normativas como a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Brasil, 2001), a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (Brasil, 2015) e portarias que incluem a tentativa de suicídio na lista de agravos de notificação (Brasil, 2011b).

Mais do que um ato burocrático, a notificação deve ser compreendida como uma oportunidade de cuidado, ao possibilitar encaminhamento ágil e adequado aos serviços da RAPS, contribuindo para a prevenção de reincidências e desfechos fatais (Brasil, 2017). No campo jurídico, a Lei nº 13.968/2019 - parte do chamado Pacote Anticrime – ampliou o escopo do artigo 122 do Código Penal, criminalizando a instigação, o induzimento e o auxílio à automutilação, com previsão de aumento de pena em situações agravantes, reforçando a proteção a pessoas em sofrimento psíquico (Quesada *et al.*, 2020).

De forma complementar, no âmbito das políticas de saúde mental, no campo da saúde mental, a Lei Federal nº 10.216/2001, que instituiu a Política Nacional de Saúde Mental, orienta as diretrizes do cuidado integral às pessoas com sofrimento psíquico. Em articulação com a PNPS e a RAPS, essa legislação subsidia estratégias voltadas ao cuidado de pessoas em sofrimento psíquico e ao enfrentamento da violência autoprovocada, reconhece a violência autoprovocada como prioridade e enfatiza intervenções intersetoriais e o trabalho multiprofissional (Brasil, 2001; 2018). A identificação precoce de comportamentos autolesivos e o acolhimento humanizado nos serviços são medidas centrais para a prevenção do suicídio e a redução dos danos associados.

No âmbito estadual, essas diretrizes vêm sendo complementadas por iniciativas normativas específicas. No Espírito Santo, a Lei nº 11.466/2021 instituiu a Política Estadual de Prevenção de Lesões Autoprovocadas e do Suicídio, criando um marco normativo para o desenvolvimento de ações integradas entre União, estados, municípios e sociedade civil. Entre as medidas implementadas estão a expansão da rede de saúde mental, o fortalecimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a oferta de leitos especializados e a incorporação de campanhas educativas na atenção primária. A legislação também prevê articulação com áreas como educação, direitos humanos e segurança pública, reconhecendo que fatores sociais, culturais e econômicos influenciam significativamente o sofrimento psíquico (Espírito Santo, 2021; 2024).

Essa compreensão encontra respaldo em diferentes perspectivas teóricas que buscam explicar a relação entre indivíduo e sociedade na produção do sofrimento humano. A perspectiva sociológica clássica de Durkheim (1897), contribuiu para compreender que, embora o ato suicida seja individual, ele está profundamente ligado às condições sociais que orientam o comportamento humano. Essa leitura permanece

atual ao evidenciar como a violência autoprovocada reflete desequilíbrios estruturais e fragilidades nas redes de proteção. Dessa forma, o enfrentamento do problema exige a conjugação de ações clínicas, comunitárias, educacionais e sociais, voltadas à promoção de ambientes mais seguros e acolhedores.

Em síntese, a violência autoprovocada deve ser entendida como um fenômeno complexo que ultrapassa o nível individual. A redução das taxas de autolesão e suicídio dependem de estratégias intersetoriais contínuas, da consolidação das políticas públicas de saúde mental, da capacitação de profissionais e da superação do estigma que ainda cerca o tema. Essas ações dialogam com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) das Nações Unidas, especialmente o ODS 3 (saúde e bem-estar), o ODS 10 (redução das desigualdades) e o ODS 16 (paz, justiça e instituições eficazes).

2.3.1 Desafios frente às políticas públicas

Apesar dos avanços institucionais e legais na prevenção da violência autoprovocada, o enfrentamento desse fenômeno no Brasil ainda esbarra em desafios estruturais e operacionais relevantes. Um dos principais entraves diz respeito ao estigma e ao preconceito historicamente associados aos transtornos mentais e ao suicídio, que dificultam a busca por ajuda por parte das pessoas em sofrimento e reduzem o alcance das campanhas de conscientização e das ações comunitárias de prevenção (Minayo, 2006). Este estigma reforça o silenciamento social em torno do tema e contribui para a manutenção de abordagens fragmentadas e reativas, em vez de estratégias preventivas e educativas de longo prazo.

Outro desafio expressivo é a desigualdade territorial e regional no acesso aos serviços de saúde mental. Regiões rurais, periferias urbanas e municípios de pequeno porte frequentemente apresentam déficit de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), leitos especializados e profissionais capacitados, o que compromete a efetividade da RAPS e o princípio da integralidade do cuidado (Brasil, 2025). Essas desigualdades ampliam vulnerabilidades e dificultam a concretização dos objetivos previstos pela Política Nacional de Saúde Mental e pela Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (Brasil, 2019).

A insuficiente articulação intersetorial também se revela um obstáculo importante. Considerando que a violência autoprovocada é um fenômeno multifatorial

influenciado por condições econômicas, sociais, educacionais e familiares, seu enfrentamento demanda ações integradas capazes de atuar sobre essas diferentes dimensões da vulnerabilidade. Nesse sentido, sua prevenção exige cooperação entre saúde, educação, assistência social, segurança pública e direitos humanos. Contudo, a fragmentação das políticas e a ausência de fluxos institucionais bem definidos reduzem a efetividade das ações (Brasil, 2025).

Além dos desafios relacionados à articulação entre os diferentes setores, a capacitação dos profissionais é outro ponto crítico. Muitos trabalhadores da atenção básica, da educação e da assistência social ainda não recebem formação adequada para reconhecer sinais de risco, acolher de forma humanizada e encaminhar corretamente situações de ideação ou tentativa de suicídio (Brasil, 2025). Essa lacuna compromete a qualidade do cuidado e dificulta o fortalecimento da atenção psicossocial como eixo estruturante da saúde mental.

No âmbito da vigilância e monitoramento, persistem problemas como subnotificação e fragmentação das bases de dados, o que afeta a análise epidemiológica e limita a formulação de políticas fundamentadas em evidências (Brasil, 2025). Tais limitações dificultam a identificação de grupos mais vulneráveis e a avaliação dos impactos das estratégias implementadas, restringindo a capacidade de resposta do Sistema Único de Saúde.

Além dos desafios relacionados à produção e ao monitoramento das informações, a restrição de recursos financeiros também compromete a expansão e a qualificação das ações previstas nas políticas públicas, reduzindo investimentos em infraestrutura, campanhas educativas e programas de promoção da saúde mental (Brasil, 2025). Soma-se a isso a persistência de uma lógica de medicalização do sofrimento, que favorece intervenções farmacológicas e hospitalares em detrimento de abordagens comunitárias e psicossociais (Minayo, 2006). Essa tendência se contrapõe aos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, pautada no cuidado em liberdade, na desinstitucionalização e na valorização das redes de apoio.

Em síntese, os desafios enfrentados pelas políticas públicas de saúde mental no combate à violência autoprovocada refletem tanto limitações estruturais quanto barreiras culturais. Superá-los requer o fortalecimento da RAPS, maior integração intersetorial, investimentos contínuos em vigilância e formação profissional, além da consolidação de estratégias de promoção da vida baseada em direitos humanos e participação social.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a tendência temporal da violência autoprovocada notificada no Sistema de Informação em Vigilância em Saúde, no Espírito Santo, no período de 2020 a 2024.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever o perfil sociodemográfico dos indivíduos acometidos por violência autoprovocada, incluindo idade, sexo, escolaridade e cor, notificados no Sistema de Informação em Vigilância em Saúde, no período de 2020 a 2024;
- b) Descrever as taxas de violência autoprovocada e as taxas de repetição da violência autoprovocada dos casos registrados no Sistema de Informação em Vigilância em Saúde, no período de 2020 a 2024;
- c) Analisar a evolução temporal e a tendência dos casos de violência autoprovocadas notificadas, por macrorregião de saúde, no Espírito Santo entre 2020 e 2024;
- d) Descrever os achados epidemiológicos considerando o contexto das políticas públicas voltadas à prevenção da violência autoprovocada.

4 MÉTODO

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo ecológico, fundamentado na análise de dados secundários referentes aos registros de violência autoprovocada no Estado do Espírito Santo. As informações foram extraídas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), disponibilizadas por meio da plataforma TABNET do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS/Ministério da Saúde). Serão coletados dados sobre características sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade e cor), distribuição por regiões de saúde e casos de reincidência no período de 2020 a 2024.

O DATASUS é o órgão responsável pela coleta, processamento e disponibilização de dados de saúde no Brasil, subsidiando a formulação, o monitoramento e a avaliação de políticas públicas. Segundo o Ministério da Saúde, o órgão promove a gestão da informação em saúde "por meio da disponibilização de sistemas, bases de dados e tecnologias da informação, de forma a subsidiar políticas públicas e ações em saúde no Brasil" (Brasil, 2025, s.p.). Nesse contexto, representa uma das principais iniciativas de informatização da saúde pública, ampliando a transparência e o acesso democrático à informação (Brasil, 2025).

Entre suas ferramentas, destaca-se o TabNet, aplicativo de tabulação online que permite consultas e cruzamento de variáveis de diferentes bases de dados do SUS. Trata-se de recurso amplamente utilizado por gestores públicos, pesquisadores, profissionais da saúde e estudantes para obtenção de dados epidemiológicos, demográficos, assistenciais e de recursos de saúde.

O presente estudo utilizará especificamente informações do SINAN, sistema criado para registrar, processar e disseminar dados sobre doenças e agravos de notificação compulsória, isto é, aqueles que devem ser obrigatoriamente comunicados às autoridades sanitárias. Entre os agravos monitorados, incluem-se as violências interpessoais e autoprovocadas, justificando sua escolha como fonte para análise temporal dos casos de violência autoprovocada no Espírito Santo, no período de 2020 a 2024.

A notificação compulsória é um instrumento essencial para a vigilância em saúde, possibilitando monitorar a incidência de agravos, surtos e epidemias, bem

como orientar políticas de prevenção e controle. O SINAN integra dados oriundos de unidades de saúde de todo o país, sendo fonte estratégica para planejamento, tomada de decisão e avaliação de programas de saúde. O preenchimento das fichas de notificação segue padronização nacional, assegurando uniformidade e comparabilidade dos dados.

Assim, o SINAN consolida-se como um dos pilares da vigilância epidemiológica brasileira, desempenhando papel central no fortalecimento do SUS e na produção de informações qualificadas para o campo da saúde pública (Brasil, 2025).

4.2 TIPO DE ESTUDO

O delineamento adotado é um estudo ecológico, de caráter observacional, baseado em dados secundários agregados por unidades geográficas. Nesse modelo, a unidade de análise são coletividades - como municípios, regiões ou estados - e não indivíduos.

A escolha justifica-se pela proposta de examinar associações entre variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde em diferentes contextos territoriais, utilizando bases públicas nacionais. Neste viés, estudos ecológicos apresentam vantagens como viabilidade técnica, baixo custo e abrangência populacional, sendo especialmente úteis para análises em larga escala espacial e temporal, além de favorecerem hipóteses e o monitoramento de indicadores de saúde coletiva.

Contudo, reconhece-se como limitação desse delineamento o risco de falácia ecológica, quando interferências realizadas em nível coletivo são extrapoladas para o nível individual. Por isso, os resultados devem ser interpretados com cautela, sempre no âmbito populacional (Medronho *et al.*, 2009).

4.3 LOCAL DO ESTUDO

O cenário de pesquisa é o estado do Espírito Santo, localizado na Região Sudeste do Brasil e composto por 78 municípios. O território, área aproximada de 46.095 km², faz fronteira com Minas Gerais, Rio de Janeiro e Bahia. Sua localização estratégica favorece atividades econômicas, incluindo a indústria, agricultura e comércio, que impactam diretamente os determinantes sociais de saúde.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2023), a população estimada do estado é de 3.833.712 habitantes, distribuídos em áreas urbanas e rurais, com diversidade étnica e cultural significativa, composta por indígenas, afrodescendentes e descendentes de imigrantes europeus e asiáticos. Essa diversidade também se reflete nas diferentes faixas etárias e níveis socioeconômicos, configurando um perfil populacional heterogêneo.

O Espírito Santo apresenta um Produto Interno Bruto (PIB) diversificado, com destaque para os setores industrial e de serviços. Apesar de bons indicadores de escolaridade e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) acima da média nacional, persistem desigualdades regionais que influenciam o acesso e a qualidade da atenção à saúde.

A rede de saúde estadual engloba desde unidades básicas de saúde até hospitais públicos e privados de média e alta complexidade, além de serviços de vigilância, urgência e regulação. A organização do sistema de saúde pauta-se em três princípios estratégicos: (I) descentralização, com microrregionalização; (II) estruturação a partir da Atenção Primária; e (III) organização dos serviços de saúde (Espírito Santo, 2005).

Conforme o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de 2020 (Resolução CIB nº 153/2020), o Estado passou a ser subdividido em três macrorregiões de saúde: Central-Norte, Metropolitana e Sul, configuração que permaneceu entre 2020 a 2024.. Essa organização substituiu a divisão anteriormente adotada, composta por quatro macrorregiões (Norte, Central, Metropolitana e Sul). Ao final de 2024, entretanto, a estrutura de quatro macrorregiões foi restabelecida por meio da Resolução CIB ES nº 259/2024.

Considerando que o período analisado compreende os anos em que esteve vigente a divisão em três macrorregiões de saúde, a análise territorial desta pesquisa foi estruturada com base nessa configuração regional.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídas no estudo todas as notificações registradas no SINAN referentes à violência autoprovocada (automutilação ou tentativa de suicídio), ocorridas no Estado do Espírito Santo, no período de 1º de janeiro de 2020 a 31 de dezembro de 2024.

4.5 COLETA DE DADOS

Foram utilizadas notificações de violência autoprovocada registradas no SINAN, incluindo variáveis sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade e cor), distribuição por regiões de saúde e a ocorrência de reincidências, no período de 2020 a 2024.

Os dados foram obtidos junto ao DATASUS referem-se às notificações de violência autoprovocada no Espírito Santo, no período de 01/01/2020 a 31/12/2024. Foram incluídas todas as notificações individuais de residentes no estado, exportadas em formato CSV diretamente da plataforma, considerando os seguintes campos:

- ✓ **Sociodemográficos:** idade, sexo, escolaridade, cor/raça.
- ✓ **Tipo de violência autoprovocada:** automutilação, ideação suicida, tentativa de suicídio.
- ✓ **Reincidência:** campo “repetição da violência”.
- ✓ **Data do evento:** para análise temporal.

Os registros foram integrados por código IBGE de município e agregados por município e macrorregião, conforme a regionalização estabelecida no-PDR 2020. Posteriormente, realizou-se o tratamento da base de dados, incluindo a duplicação dos eventos e a correção de inconsistências, com exclusão de registros contendo datas fora do período analisado, municípios inválidos, idades incompatíveis e padronização das categorias “Ignorado/Não informado”.

As populações municipais anuais foram obtidas do IBGE e usadas como denominador para cálculo das taxas de incidência por 100 mil habitantes.

4.6 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram organizados em planilhas eletrônicas e analisados por meio do software STATA versão 13.0. Inicialmente, realizou-se análise descritiva das variáveis sociodemográficas e dos tipos de eventos, com apresentação de frequências absolutas e relativas. As taxas de incidência de violência autoprovocada foram calculadas por 100 mil habitantes, utilizando-se como denominador as estimativas populacionais anuais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A análise de tendência temporal das taxas de incidência e de reincidência foi realizada por meio da regressão linear generalizada com correção para autocorrelação de primeira ordem, utilizando o método de Prais–Winsten. A partir dos coeficientes estimados, calculou-se a variação percentual anual (VPA) e seus respectivos intervalos de confiança de 95%. As tendências foram classificadas como crescentes, decrescentes ou estacionárias, conforme significância estatística ($p < 0,05$). Todas as análises foram estratificadas por sexo, faixa etária e macrorregião de saúde, conforme o Plano Diretor de Regionalização vigente no período estudado.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Os dados empregados neste estudo são provenientes da base pública do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/DATASUS). As informações consolidadas asseguraram a não identificação de indivíduos. Em virtude da natureza pública e secundária desses dados, a aprovação do comitê de ética em pesquisa não é exigida, conforme estipulado nas Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

5 RESULTADOS

5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS CASOS NOTIFICADOS

Na análise dos casos de violência autoprovocada registrados no Espírito Santo entre 2020 e 2024 (Tabela 1), observa-se maior concentração de casos nas idades 15 a 29 anos (49,1% do total), com destaque para as faixas de 15–19 anos (23,1%) e 20–29 anos (26%). A reincidência foi mais frequente na faixa dos 15–19 anos (25,7%) e 10–14 anos (13,7%), sugerindo que a repetição é particularmente marcante entre adolescentes e jovens. Em contrapartida, a participação relativa diminui progressivamente após os 30 anos, chegando a 1,6% entre os 60 anos ou mais.

As mulheres foram maioria expressiva nos registros (74,9% dos casos totais), com proporção ainda mais elevada entre reincidências (78,8%). Os homens representaram 25% do total e 21,2% das reincidências, padrão compatível com outros estudos, que mostram maior frequência de tentativas entre mulheres (Leite *et al.*, 2023; Silva *et al.*, 2023).

Predominaram indivíduos que se autodeclararam negros (58,1%), seguidos por brancos (31,3%). Entre as reincidências, a proporção de pessoas negras aumentou levemente (60,4%), sugerindo maior vulnerabilidade nesse grupo. A categoria não informada (2,9%) foi relativamente baixa, o que fortalece a confiabilidade da variável.

Houve destaque para indivíduos com ensino fundamental incompleto (22,1% do total e 25,2% das reincidências) e ensino médio incompleto (14,3% do total e 16,9% das reincidências). Esses achados sugerem associação entre menor escolaridade e maior probabilidade de reincidência, embora a elevada proporção de dados não informados limite interpretações conclusivas (31,6% no total e 24,6% nas reincidências).

Tabela 1- Distribuição dos casos de violência autoprovocada totais e reincidências segundo características sociodemográficas no Espírito Santo, 2020 a 2024

Variáveis	Categorias	Violência Autoprovocada n (%)		Reincidências n (%)	
Total	-	24004	(100%)	11992	(100%)
Macrorregiões	Metropolitana	16659	(69.4%)	8616	(71.8%)
	Sul	4035	(16.8%)	1824	(15.2%)
	Central Norte	3310	(13.8%)	1552	(12.9%)
Faixa Etária	Menor 1 ano	7	(0%)	2	(0%)
	1 a 4 anos	22	(0.1%)	1	(0%)
	5 a 9 anos	108	(0.4%)	51	(0.4%)
	10 a 14 anos	2834	(11.8%)	1644	(13.7%)
	15 a 19 anos	5535	(23.1%)	3080	(25.7%)
	20 a 29 anos	6247	(26%)	2980	(24.8%)
	30 a 39 anos	4526	(18.9%)	2180	(18.2%)
	40 a 49 anos	2936	(12.2%)	1340	(11.2%)
	50 a 59 anos	1204	(5%)	516	(4.3%)
	60 anos e mais	578	(2.4%)	195	(1.6%)
	Não informado	7	(0%)	3	(0%)
Sexo	Feminino	17990	(74.9%)	9452	(78.8%)
	Masculino	6011	(25%)	2538	(21.2%)
	Não informado	3	(0%)	2	(0%)
Cor	Negro	13939	(58.1%)	7240	(60.4%)
	Branco	7505	(31.3%)	3753	(31.3%)
	Amarelo	1835	(7.6%)	748	(6.2%)
	Indígena	19	(0.1%)	7	(0.1%)
	Não informado	706	(2.9%)	244	(2%)
Escolaridade	Analfabeto	24	(0.1%)	11	(0.1%)
	Ensino Fundamental incompleto	5302	(22.1%)	3020	(25.2%)
	Ensino Fundamental completo	1553	(6.5%)	809	(6.7%)
	Ensino Médio incompleto	3432	(14.3%)	2023	(16.9%)
	Ensino Médio completo	4510	(18.8%)	2265	(18.9%)
	Educação Superior incompleta	845	(3.5%)	539	(4.5%)
	Educação Superior completa	740	(3.1%)	380	(3.2%)
	Não informado	7588	(31.6%)	2945	(24.6%)

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do DATASUS/TABNET (2025).

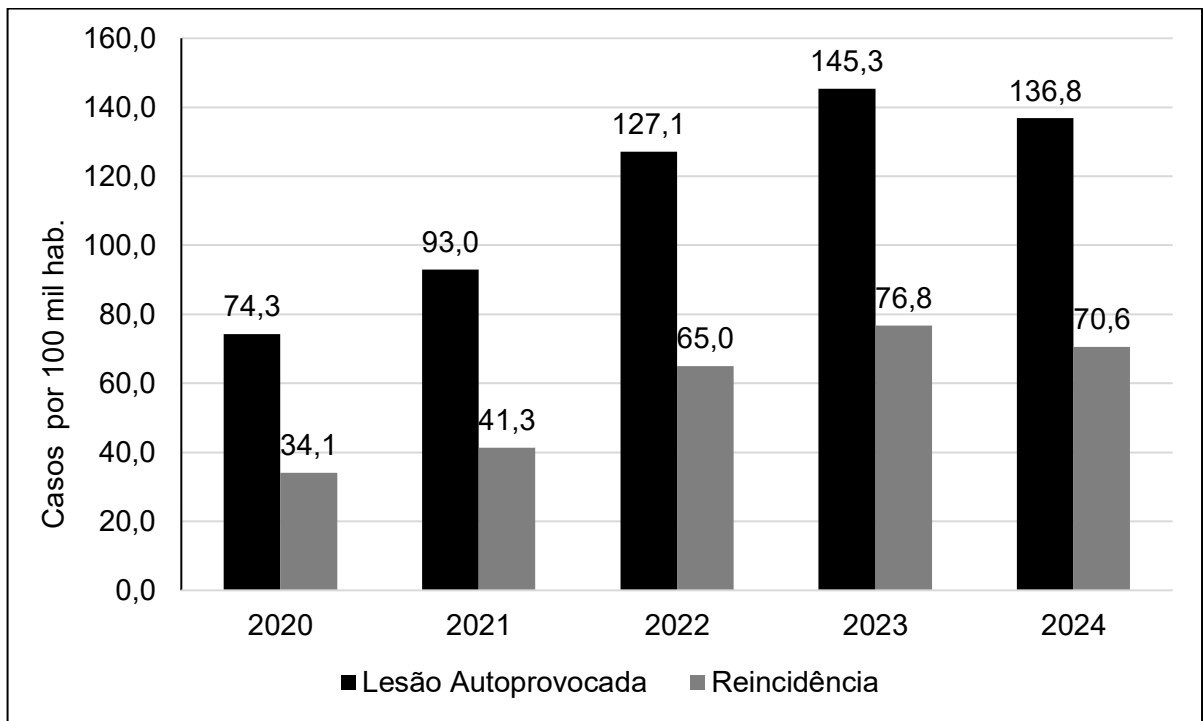
Em síntese, a análise mostra que a violência autoprovocada no Espírito Santo entre 2020 e 2024 concentra-se em mulheres jovens e negras, residentes, sobretudo, na região metropolitana, com maior vulnerabilidade entre aqueles com menor escolaridade. A reincidência acompanha esse perfil, reforçando a necessidade de

políticas de prevenção e acompanhamento intensivo voltadas a esses grupos prioritários.

5.2 TENDÊNCIA TEMPORAL ESTADUAL E POR MACRORREGIÕES

A distribuição anual dos casos de violência autoprovocada no período é apresentada na Figura 1, na qual observa-se um aumento progressivo da violência autoprovocada ao longo do período, partindo de 74,3 por 100 mil habitantes em 2020 e alcançando o pico de 145,3 em 2023, com leve redução para 136,8 em 2024. Assim, a incidência de violência autoprovocada apresentou tendência crescente significativa, com coeficiente estimado de +17,451 por 100 mil habitantes ao ano (IC 95%: 3,164 – 31,739; p = 0,030).

Figura 1 – incidência de casos por violência autoprovocada e por reincidência no Espírito Santo, 2020 a 2024



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do DATASUS/TABNE (2025).

O volume de casos de violência autoprovocada no Espírito Santo se manteve elevado ao longo do período, com as reincidências representando parcela expressiva dos registros em todos os anos. Apesar de oscilações anuais, nota-se que a

reincidência acompanha o padrão geral de incidências, sugerindo persistência desse comportamento no estado.

A Tabela 2 apresenta as estimativas de tendência temporal, na qual observou-se tendência crescente tanto para a taxa de incidência de casos de violência autoprovocada ($\beta=17,451$; IC95%: 3,164–31,739; $p=0,030$) quanto para a proporção de reincidências ($\beta=2,2$; IC95%: 0,2–4,1; $p=0,038$).

Tabela 2 - Estimativas de tendência temporal para incidência e reincidência de casos por violência autoprovocada no Espírito Santo, 2020 a 2024

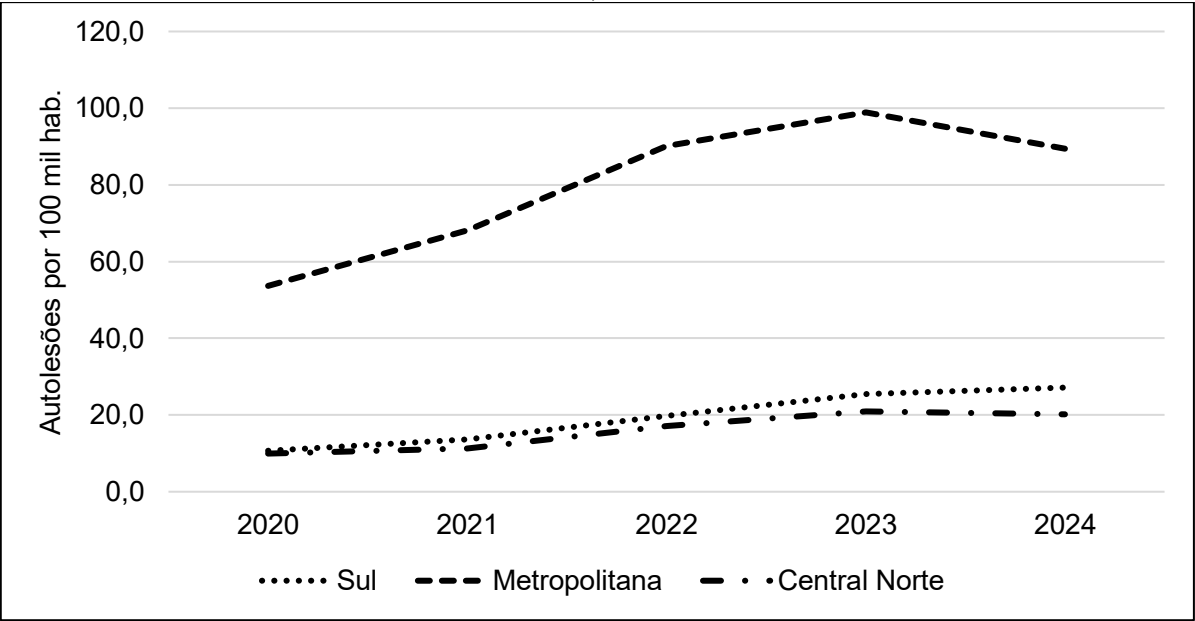
Variável	β (IC95)	P	Tendência
Taxa de violência autoprovocada (a cada 100 mil hab.)	17.451 (3.164; 31.739)	0.030	Crescente
Taxa de reincidência de violência autoprovocada (%)	2.2 (0.2; 4.1)	0.038	Crescente

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do DATASUS/TABNET (2025).

Esses achados indicam agravamento do problema ao longo do período, reforçando a necessidade de atenção às recorrências.

A Figura 2 evidenciou diferenças territoriais na distribuição dos casos. A macrorregião Metropolitana apresentou aumento progressivo das taxas ao longo do período analisado, passando de aproximadamente 55 casos de violência autoprovocada por 100 mil habitantes em 2020 para cerca de 100 casos por 100 mil habitantes em 2023, seguido de leve redução em 2024. A macrorregião Sul também registrou crescimento, embora mais moderado, partindo de aproximadamente 13 casos por 100 mil habitantes em 2020 e alcançando valores próximos de 25 casos por 100 mil habitantes em 2024. Em contrapartida, a macrorregião Central-Norte manteve relativa estabilidade, com taxas variando entre 13 e 20 casos por 100 mil habitantes ao longo do período.

Figura 2 - Evolução dos casos de violência autoprovocada por macrorregiões de saúde do Espírito Santo, 2020 a 2024



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do DATASUS/TABNET (2025).

Em síntese, a Região Metropolitana concentrou o maior número de notificações em todo o período, enquanto as regiões Sul e Central-Norte apresentaram menor volume absoluto, mas com tendências específicas ao longo dos anos.

Na análise por macrorregiões (Tabela 3), verificou-se tendência crescente significativa no Sul ($\beta=4,58$; IC95%: 3,391–5,769; $p=0,001$) e na Central-Norte ($\beta=3,103$; IC95%: 1,324–4,882; $p=0,012$). Já a Região Metropolitana apresentou tendência estacionária ($\beta=9,925$; IC95%: –1,82–21,669; $p=0,074$).

Tabela 3 - Estimativas de tendência temporal para casos de violência autoprovocada (por 100 mil hab.) nas Macrorregiões de Saúde do Espírito Santo, 2020 a 2024

Variável	β (IC95)	p	Tendência
Sul	4.58 (3.391; 5.769)	0.001	Crescente
Metropolitana	9.925 (-1.82; 21.669)	0.074	Estacionária
Central-Norte	3.103 (1.324; 4.882)	0.012	Crescente
Total	17.451 (3.164; 31.739)	0.030	Crescente

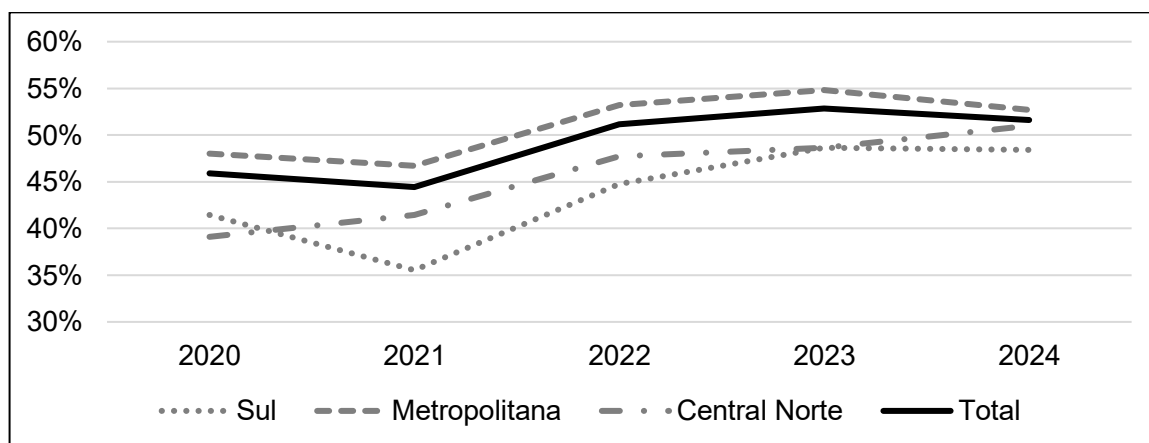
Fonte: Elaboração própria a partir de dados do DATASUS/TABNET (2025).

Esses resultados sugerem que, embora o maior número absoluto de casos esteja concentrado na Região Metropolitana, o crescimento relativo mostrou-se mais acentuado nas demais regiões, indicando expansão do problema para áreas fora do eixo metropolitano.

5.3 PROPORÇÃO DE REINCIDÊNCIAS

A Figura 3 evidencia a proporção de violência autoprovocada por reincidência entre os casos por esse tipo de causa. No Espírito Santo, como um todo, a proporção manteve-se próxima de 45% entre 2020 e 2021, com aumento a partir de 2022, atingindo o valor máximo em 2023 (acima de 53%), seguido de discreta redução em 2024. A macrorregião Metropolitana apresentou as maiores proporções ao longo de todo o período, ultrapassando 55% em 2023. As regiões Sul e Central-Norte apresentaram proporções menores e mais estáveis, situando-se entre 35% e 50%, com aumento progressivo a partir de 2021.

Figura 3 - Proporção de casos por reincidência de violência autoprovocada entre casos totais



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do DATASUS/TABNET (2025).

Essa proporção de reincidências representa uma fração significativa dentro do total de casos de violência autoprovocada no Espírito Santo entre 2020 e 2024, o que evidencia a persistência do comportamento autolesivo em parte da população atendida.

É observado, na Tabela 4, uma tendência crescente da reincidência nas regiões Sul e Central-Norte, com coeficientes de regressão positivos e estatisticamente significativos ($\beta = 3,1$; $p = 0,043$ e $\beta = 3,1$; $p = 0,004$, respectivamente). Esse achado sugere que, nessas localidades, a recorrência do comportamento autolesivo vem aumentando ao longo do período, possivelmente refletindo fragilidades na rede de atenção psicossocial e barreiras no acompanhamento contínuo após os primeiros episódios.

Na Região Metropolitana, embora o número absoluto de casos seja o mais elevado, a tendência foi classificada como estacionária ($\beta = 1,9$; $p = 0,069$). Esse padrão pode indicar maior disponibilidade de serviços especializados em saúde mental, ainda que insuficientes para reduzir significativamente as reincidências.

No consolidado do Estado, observou-se uma tendência geral crescente da reincidência ($\beta = 2,2$; $p = 0,038$), reforçando a relevância epidemiológica do problema e a necessidade de estratégias voltadas para prevenção secundária e terciária, sobretudo nas regiões fora da capital.

Tabela 4 - Estimativas de tendência temporal para casos por reincidência (%) de violência autoprovocada nas Macrorregiões de Saúde do Espírito Santo, 2020 a 2024

Variável	β (IC95)	p	Tendência
Sul	3.1 (0.2; 6)	0.043	Crescente
Metropolitana	1.9 (-0.3; 4.1)	0.069	Estacionária
Central-Norte	3.1 (1.9; 4.4)	0.004	Crescente
Total	2.2 (0.2; 4.1)	0.038	Crescente

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do DATASUS/TABNET (2025).

5.4 TENDÊNCIA E REINCIDÊNCIA POR FAIXA ETÁRIA

Os resultados apresentados na Tabela 5 indicam que a incidência de violência autoprovocada apresentou tendência crescente nas faixas de 1 a 4 anos, 15 a 19 anos, 20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos e 50 a 59 anos, todas com coeficientes positivos e valores de $p < 0,05$. Entre essas, destacam-se especialmente os grupos de 15 a 29 anos, que apresentaram os maiores coeficientes de crescimento das taxas de incidência, sugerindo maior concentração do aumento nesse segmento etário.

Nas demais faixas (menores de 1 ano, 5 a 9 anos, 10 a 14 anos e 60 anos ou mais), as tendências foram classificadas como estacionárias, sem evidências estatísticas de variação significativa no período. No total consolidado, observou-se uma tendência geral crescente ($\beta = 18,3$; $p = 0,028$) para a incidência de violência autoprovocada no Espírito Santo entre 2020 e 2024.

Tabela 5 - Estimativas de tendência temporal para casos de violência autoprovocada (por 100 mil hab.) por faixa etária no Espírito Santo, 2020 a 2024

Variável	β (IC95)	p	Tendência
Menor 1 ano	1.721 (-0.435; 3.876)	0.085	Estacionária
1 a 4 anos	1.297 (0.732; 1.862)	0.005	Crescente
5 a 9 anos	1.615 (-1.634; 4.863)	0.212	Estacionária
10 a 14 anos	42.247 (-15.87; 100.363)	0.104	Estacionária
15 a 19 anos	64.991 (7.92; 122.061)	0.036	Crescente
20 a 29 anos	36.819 (22.272; 51.366)	0.004	Crescente
30 a 39 anos	21.603 (4.326; 38.88)	0.028	Crescente
40 a 49 anos	14.474 (4.33; 24.619)	0.020	Crescente
50 a 59 anos	9.96 (6.56; 13.361)	0.003	Crescente
60 anos e mais	1.349 (-0.9; 3.598)	0.152	Estacionária
Total	18.345 (3.767; 32.922)	0.028	Crescente

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do DATASUS/TABNET (2025).

Quanto à reincidência, os resultados mostram tendência crescente apenas nas faixas de 20 a 29 anos ($\beta = 2,9$; $p = 0,021$) e 50 a 59 anos ($\beta = 1,9$; $p = 0,026$), indicando aumento da proporção de indivíduos que repetem o comportamento nessas idades. As demais faixas etárias apresentaram tendência estacionária, incluindo adolescentes de 15 a 19 anos, cujo coeficiente positivo não atingiu significância estatística ($p = 0,053$).

No total, a reincidência também apresentou tendência crescente ($\beta = 2,2$; $p = 0,038$), reforçando que, embora concentrada em alguns grupos etários, a recorrência do comportamento autolesivo é uma questão relevante no conjunto da população estudada.

Tabela 6 - Estimativas de tendência temporal para ocorrência de casos por reincidência (%) de violência autoprovocada por faixa etária no Espírito Santo, 2020 a 2024

Variável	β (IC95)	P	Tendência
Menor 1 ano	0 (0; 0)	0.000	Estacionária
1 a 4 anos	-14.9 (-46.6; 16.9)	0.233	Estacionária
5 a 9 anos	5.6 (-3.4; 14.7)	0.142	Estacionária
10 a 14 anos	1.5 (-0.5; 3.4)	0.093	Estacionária
15 a 19 anos	3 (-0.1; 6.1)	0.053	Estacionária
20 a 29 anos	2.9 (0.8; 4.9)	0.021	Crescente
30 a 39 anos	1.4 (-0.3; 3.2)	0.081	Estacionária
40 a 49 anos	1.2 (-0.8; 3.3)	0.157	Estacionária
50 a 59 anos	1.9 (0.4; 3.3)	0.026	Crescente
60 anos e mais	-0.4 (-3.1; 2.3)	0.646	Estacionária
Total	2.2 (0.2; 4.1)	0.038	Crescente

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do DATASUS/TABNET (2025).

5.5 TENDÊNCIA E REINCIDÊNCIA POR SEXO

Ao analisar as séries temporais segundo o sexo (Tabela 7), os resultados mostram que tanto em homens quanto em mulheres houve tendência crescente na incidência de casos de violência autoprovocada entre 2020 e 2024. O crescimento foi mais acentuado no sexo feminino ($\beta = 26,9$; $p = 0,032$) em comparação ao masculino ($\beta = 9,5$; $p = 0,018$), indicando que, apesar da relevância do problema em ambos os grupos, as mulheres apresentaram aumento mais intenso da incidência de violência autoprovocada ao longo no período analisado. No consolidado da população, a tendência também foi de crescimento significativo ($\beta = 18,3$; $p = 0,028$), confirmando o padrão observado por sexo.

Tabela 7 - Estimativas de tendência temporal para incidência de casos (por 100 mil hab.) por violência autoprovocada por sexo no Espírito Santo, 2020 a 2024

Variável	β (IC95)	p	Tendência
Masculino	9.562 (3.054; 16.07)	0.018	Crescente
Feminino	26.968 (4.309; 49.627)	0.032	Crescente
Total	18.345 (3.767; 32.922)	0.028	Crescente

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do DATASUS/TABNET (2025).

No que se refere à reincidência (Tabela 8), observa-se uma diferença importante: enquanto os homens apresentaram tendência estacionária ($\beta = 0,011$; $p = 0,146$), entre as mulheres verificou-se crescimento significativo ($\beta = 0,025$; $p = 0,036$). Esse padrão fez com que o resultado consolidado para o total da população também indicasse uma tendência crescente ($\beta = 0,022$; $p = 0,038$).

Tabela 8 - Estimativas de tendência temporal para casos de violência autoprovocada por reincidência (%) por sexo no Espírito Santo, 2020 a 2024

Variável	β (IC95)	p	Tendência
Masculino	0.011 (-0.007; 0.028)	0.146	Estacionária
Feminino	0.025 (0.003; 0.047)	0.036	Crescente
Total	0.022 (0.002; 0.041)	0.038	Crescente

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do DATASUS/TABNET (2025).

6 DISCUSSÃO

A análise das notificações de violência autoprovocada no Espírito Santo entre 2020 e 2024 evidencia aumento significativo da incidência no período, com elevação até 2023 e discreta redução em 2024, configurando tendência temporal crescente. Paralelamente, observou-se crescimento da proporção de reincidências, indicando persistência do comportamento autolesivo e reforçando a relevância da prevenção secundária e do cuidado longitudinal após o primeiro episódio. O fenômeno mostrou-se mais expressivo no sexo feminino, tanto na magnitude das taxas quanto na intensificação da reincidência, sinalizando diferenças de gênero na dinâmica do agravo.

Esse padrão é compatível com o reconhecimento internacional e nacional de que, a autolesão, especialmente quando repetida, constitui importante marcador de risco e demanda respostas contínuas do sistema de saúde, exigindo estratégias de identificação precoce, acompanhamento e cuidado integrado na rede de saúde (Organização Mundial da Saúde, 2014; Hawton *et al.*, 2020; Brasil, 2023). Estudos recentes realizados no contexto brasileiro também reforçam que a recorrência da autolesão deve ser compreendida como evento sentinela para a reorganização do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial (Santos *et al.*, 2025; Silva *et al.*, 2025).

Os resultados mostram que quase metade das notificações ocorreu entre indivíduos de 15 a 29 anos, faixa etária que concentrou a maior ocorrência de casos. Entre esses grupos, destacaram-se os adolescentes de 15 a 19 anos, que apresentaram os maiores valores de incidência e reincidência. Esse padrão tem sido descrito na literatura como expressão das vulnerabilidades sociais que marcam a transição para a vida adulta, período atravessado por conflitos familiares, precarização das relações sociais, exposição à violência e uso de substâncias, elementos associados à maior ocorrência de comportamentos autolesivos (Hawton *et al.*, 2020; Souza *et al.*, 2024).

Estudos brasileiros demonstram que a autolesão na adolescência frequentemente emerge como estratégia de regulação emocional diante de sofrimentos não verbalizados, especialmente em contextos de fragilização de vínculos e dificuldades de escuta qualificada (Ferreira; Chaves; Tardivo, 2021; Brandão Junior; Canavêz, 2018).

A reincidência observada entre adolescentes sugere a persistência de condições de vulnerabilidade que favorecem a repetição de comportamentos autolesivos, corroborando evidências de que a ocorrência prévia de autolesão constitui importante fator de risco para novos episódios nessa etapa do ciclo de vida. Esse achado converge com análises nacionais que demonstram tendência temporal ascendente nas notificações de tentativas de suicídio entre adolescentes brasileiros entre 2010 e 2022, com incremento expressivo das taxas ao longo da série histórica e variação percentual anual de 31,52% (Santos, 2024), sugerindo que a recorrência observada pode estar inserida em um cenário mais amplo de intensificação do fenômeno nessa população.

Além da concentração dos casos entre adolescentes e jovens, os resultados também evidenciaram importantes diferenças segundo o sexo. A predominância feminina nas notificações, correspondendo a 74,9% das ocorrências e 78,8% das reincidências, conforme observado no presente estudo, corrobora o padrão descrito na literatura, que aponta maior frequência de comportamentos autolesivos e tentativas de suicídio entre mulheres. Esse resultado sugere que a ocorrência e a recorrência da violência autoprovocada se mostraram mais expressivas no público feminino ao longo do período analisado, indicando a necessidade de estratégias específicas de prevenção e cuidado voltadas a esse grupo.

Esse achado está em consenso com o padrão descrito em nível global, no qual mulheres apresentam maior frequência de tentativas e comportamentos autolesivos, enquanto os homens concentram maior proporção de óbitos por suicídio. As diferenças por sexo têm sido associadas a distintos padrões de comportamento suicida, incluindo a escolha de métodos com menor letalidade e diferenças nos padrões de busca por ajuda e utilização dos serviços de saúde (Organização Mundial da Saúde, 2021).

Outro fator observado foi a maior proporção de pessoas negras entre as notificações, especialmente nos casos de reincidência, o que evidencia a centralidade das desigualdades raciais na conformação do risco. A distribuição do fenômeno segundo raça não pode ser compreendida apenas como dado demográfico, mas como expressão de processos históricos e estruturais que atravessam o acesso a direitos, condições de vida e proteção social, produzindo iniquidades em saúde (Bailey *et al.*, 2020; Minayo; Freitas, 2014). Ainda que a existência de registros com informação ignorada recomende cautela na interpretação dos dados, os resultados apontam para

a persistência de fatores socioeconômicos e raciais como elementos estruturantes da distribuição e da recorrência da violência autoprovocada no contexto analisado.

Além das desigualdades sociodemográficas observadas na distribuição dos casos, a análise temporal também revelou mudanças importantes no comportamento do fenômeno ao longo do período estudado. Entre 2020 e 2024, a taxa de violência autoprovocada cresceu significativamente no estado, atingindo o pico em 2023. Essa tendência crescente também foi observada para a proporção de reincidências. Esses achados dialogam com movimentos semelhantes observados no país, especialmente após o período crítico da pandemia de COVID-19, quando houve agravamento de adoecimentos mentais, aumento das desigualdades e sobrecarga dos serviços (Aragão; Mascarenhas, 2022; Organização Pan-Americana da Saúde, 2022; Santos, 2024).

Entretanto, a interpretação desse crescimento deve considerar aspectos relacionados à vigilância epidemiológica e à qualificação dos registros. No contexto do Espírito Santo, também é importante considerar que esse período coincidiu com a implantação do e-SUS VS e com a ampliação da rede notificadora, impulsionada pela Lei Estadual do Cuidado, além da implementação da possibilidade de notificação online em tempo real. Essas mudanças podem ter contribuído para o aumento da sensibilidade do sistema de vigilância, favorecendo maior captação e registro dos casos, sem que isso represente necessariamente um aumento proporcional da ocorrência do fenômeno (Espírito Santo, 2022; 2023).

Paralelamente ao crescimento temporal observado no período, a distribuição espacial dos casos também revelou importantes desigualdades regionais. Nesse sentido, a análise territorial evidenciou comportamento heterogêneo entre as macrorregiões do estado, com tendência estacionária na Região Metropolitana e crescimento significativo nas macrorregiões Sul e Central-Norte. Esses resultados reforçam evidências já descritas na literatura, que apontam a ocorrência de desigualdades territoriais e a concentração diferenciada de comportamentos suicidas no Espírito Santo (Almeida *et al.*, 2021).

A predominância feminina observada neste estudo deve ser analisada em articulação com as desigualdades sociais e territoriais que permeiam a ocorrência da violência autoprovocada. Estudos recentes apontam que mulheres tendem a apresentar maior frequência de autolesões e tentativas de suicídio, fenômeno relacionado tanto à maior exposição a situações de sofrimento psíquico quanto a

fatores associados aos papéis de gênero, à sobrecarga de cuidado, à violência interpessoal e às desigualdades sociais acumuladas ao longo da vida (Stochero; Pinto, 2024; Silveira et al., 2024; Aragão; Mascarenhas, 2022; Santos, 2024). Sob essa perspectiva, os resultados encontrados sugerem que a maior incidência observada entre mulheres pode refletir a interação entre vulnerabilidades individuais, condições sociais e acesso desigual aos recursos de proteção e cuidado em saúde mental.

Paralelamente às diferenças observadas segundo o sexo, a análise territorial também revelou importantes desigualdades regionais. Nesse sentido, a análise espacial evidenciou comportamento heterogêneo entre as macrorregiões do Espírito Santo, com tendência estacionária na Região Metropolitana e crescimento significativo nas macrorregiões Sul e Central-Norte. Esse padrão de distribuição não homogênea também foi identificado em análises anteriores realizadas no estado, que apontam desigualdades territoriais na ocorrência de comportamentos suicidas e de violência autoprovocada (Almeida *et al.*, 2021).

O padrão observado sugere a expansão do fenômeno para além dos principais centros urbanos, indicando um processo de interiorização que deve ser analisado com cautela. Tal movimento pode estar associado tanto ao agravamento de vulnerabilidades sociais presentes em determinados territórios quanto ao fortalecimento dos mecanismos de vigilância epidemiológica e à ampliação da capacidade de notificação dos serviços (Brasil, 2014; Tauffer *et al.*, 2020; Santos *et al.*, 2025).

Por outro lado, as diferenças territoriais observadas também podem refletir desigualdades na organização e na capacidade instalada da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A distribuição desigual de dispositivos estratégicos, como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), leitos especializados e equipes multiprofissionais, influencia diretamente o acesso aos serviços, a continuidade do cuidado e o acompanhamento dos casos. Avaliações da RAPS demonstram que a heterogeneidade na implantação dos serviços repercute na integralidade da atenção e pode favorecer a persistência ou a recorrência dos episódios de violência autoprovocada em determinadas regiões (Brasil, 2011a; Onocko-Campos; Furtado, 2019). Estudos sobre o manejo do comportamento suicida em CAPSi também indicam dificuldades relacionadas à capacitação profissional e às condições estruturais

necessárias para o acompanhamento contínuo dos usuários (Reis; Teixeira; Viana, 2024).

Sob essa perspectiva, a elevada frequência de reincidências observada em algumas regiões pode ser interpretada como um indicador indireto das dificuldades enfrentadas na continuidade do cuidado em saúde mental. A elevada proporção de reincidências alcançando mais de 50% em 2023 na Região Metropolitana evidencia a persistência do fenômeno e sugere fragilidades no cuidado pós-evento, especialmente no que se refere à continuidade assistencial e ao acompanhamento longitudinal dos casos. A literatura enfatiza que a repetição do comportamento autolesivo é um dos mais fortes preditores de suicídio consumado, o que reforça a relevância desses achados para a saúde pública (Hawton *et al.*, 2020).

Assim, as altas taxas de reincidência não devem ser interpretadas apenas como indicador de recorrência, mas como sinal de alerta para o fortalecimento de estratégias de seguimento e prevenção secundária. Nessa perspectiva, o cuidado contínuo após episódios de autolesão ou tentativa de suicídio assume papel central na redução de novos eventos. O Manual de Orientações para o Atendimento à Pessoa em Risco de Suicídio reforça que a construção de plano de segurança e o seguimento ativo são estratégias fundamentais para redução de novos episódios (Brasil, 2021).

Além da recorrência observada nos casos já notificados, os resultados também revelaram mudanças importantes na distribuição etária da violência autoprovocada ao longo do período estudado. A tendência crescente observada entre adultos jovens (15–29 anos) e adultos de meia-idade (30–59 anos) indica que a intensificação da violência autoprovocada no Espírito Santo não se restringe à adolescência. Estudos apontam que esses grupos estão expostos a múltiplos estressores relacionados à inserção laboral, instabilidade econômica e fragilização das redes de apoio (Minayo, 2006). Esse cenário sugere que diferentes etapas do ciclo de vida podem apresentar vulnerabilidades específicas para a ocorrência desses comportamentos. Revisões recentes também destacam associação entre autolesão não suicida, uso de substâncias, impulsividade e traços depressivos, especialmente em adolescentes brasileiros (Silva *et al.*, 2025).

Essas vulnerabilidades assumem particular relevância quando se considera a ocorrência de autolesões sem intenção suicida, comportamento frequentemente observado entre adolescentes e adultos jovens. Nesses casos, a autolesão tende a funcionar como uma forma disfuncional de enfrentamento do sofrimento psíquico,

especialmente diante de dificuldades de regulação emocional, impulsividade e conflitos interpessoais. Embora nem sempre esteja associada ao desejo de morrer, a literatura demonstra que sua presença aumenta significativamente o risco de futuras tentativas de suicídio e de recorrência dos episódios ao longo do tempo. Estudos nacionais indicam que adolescentes com histórico de autolesão sem intenção suicida apresentam maior frequência de repetição dos atos, coexistência de sintomas depressivos e uso de álcool, reforçando o caráter multifatorial e cumulativo das vulnerabilidades envolvidas (Silva *et al.*, 2025).

Nessa perspectiva, o aumento da reincidência observado entre indivíduos de 20 a 29 anos e de 50 a 59 anos sugere que padrões de regulação emocional disfuncional podem persistir ou assumir diferentes configurações ao longo do ciclo de vida. Entre adultos jovens, esse fenômeno pode estar relacionado à instabilidade social, econômica e laboral, enquanto, entre indivíduos de meia-idade, pode refletir perdas acumuladas, adoecimento crônico e fragilização das redes de apoio social (Minayo; Cavalcante, 2022).

As diferenças observadas ao longo do ciclo de vida também se expressaram de maneira distinta entre homens e mulheres. A análise por sexo evidencia padrão diferenciado: enquanto as mulheres apresentaram tendência crescente tanto na incidência quanto na reincidência, entre os homens observou-se aumento na incidência, porém estabilidade nas reincidências. Esse achado é compatível com a literatura, que descreve maior frequência de tentativas entre mulheres e maior proporção de óbitos entre homens, associada à utilização de métodos mais letais (Organização Mundial da Saúde, 2021; Borges *et al.*, 2023).

No contexto analisado, a estabilidade da reincidência masculina pode estar relacionada, ao menos em parte, ao maior potencial de letalidade dos métodos utilizados por homens, amplamente documentado na literatura (Silva *et al.*, 2021). A maior gravidade dos meios empregados pode resultar em desfechos fatais já na primeira ocorrência, reduzindo a probabilidade de repetição a ser captada pelos sistemas de informação. Esse aspecto deve ser considerado tanto na interpretação dos achados quanto na formulação de estratégias de prevenção, com abordagens diferenciadas por sexo e foco na restrição de meios letais e na identificação precoce de casos de maior gravidade.

Os achados deste estudo evidenciam que a violência autoprovocada no Espírito Santo impõe desafios estruturais à Rede de Atenção Psicossocial e aos

sistemas de vigilância em saúde. A concentração do fenômeno em segmentos historicamente vulnerabilizados, especialmente mulheres, jovens e população negra, revela que o risco se organiza em estreita relação com desigualdades sociais e territoriais, demandando respostas que articulem cuidado clínico, proteção social e políticas públicas estruturantes.

Diante desse cenário, torna-se fundamental fortalecer os dispositivos institucionais responsáveis pela prevenção, pelo cuidado e pelo acompanhamento das pessoas em situação de vulnerabilidade. A Portaria nº 3.088/2011, que institui a RAPS, estabelece a organização territorializada e integrada dos pontos de atenção como eixo estruturante da saúde mental no SUS. Entretanto, a heterogeneidade na implantação dos serviços e na distribuição dos recursos assistenciais, especialmente em estados de médio porte, pode comprometer o acesso oportuno aos cuidados, a continuidade do acompanhamento e a integralidade da atenção (Brasil, 2011a; Onocko-Campos; Furtado, 2019). De forma complementar, a Lei nº 13.819/2019, que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, reforça a necessidade de integrar ações de vigilância, assistência e prevenção, reconhecendo que o enfrentamento da violência autoprovocada exige articulação intersetorial e acompanhamento contínuo dos casos (Brasil, 2019).

Importa destacar que a violência autoprovocada notificada nos sistemas de informação engloba tanto episódios associados à intenção suicida quanto situações de autolesão não suicida, as quais apresentam motivações, significados e trajetórias distintas. A literatura aponta que a autolesão sem intenção de morte pode estar relacionada à regulação emocional, à expressão de sofrimento psíquico ou à busca de alívio de tensões internas, especialmente entre adolescentes (Ferreira; Chaves; Tardivo, 2021; Silva et al., 2025). Ainda que ambas as manifestações exijam atenção da rede de saúde, suas especificidades indicam a necessidade de abordagens diferenciadas de prevenção, acolhimento e acompanhamento, evitando respostas homogêneas a fenômenos que, embora relacionados, possuem dinâmicas próprias.

Considerando essas particularidades e os limites inerentes aos sistemas de informação utilizados para o monitoramento da violência autoprovocada, faz-se necessário reconhecer algumas limitações deste estudo. Destaca-se algumas limitações do estudo, por se tratar de delineamento ecológico, os resultados referem-se a associações observadas no nível agregado populacional, não sendo possível estabelecer relações causais nem inferências no nível individual, estando sujeitos à

possibilidade de falácia ecológica. Ademais, a utilização de dados secundários provenientes do SINAN pode envolver subnotificação, variações na qualidade do preenchimento e diferenças regionais na capacidade de registro ao longo do período analisado. A presença de variáveis com percentual relevante de informações ignoradas, como escolaridade, pode ter impactado parte das análises sociodemográficas. Somando a isso, o sistema de informação não permite diferenciar com total precisão episódios de autolesão com e sem intenção suicida, o que pode introduzir heterogeneidade na categoria de violência autoprovocada analisada. Ainda assim, a consistência das tendências observadas ao longo da série temporal confere robustez aos achados no nível populacional.

Dessa forma, os resultados indicam que o enfrentamento da violência autoprovocada no Espírito Santo demanda não apenas ampliação quantitativa de serviços, mas fortalecimento qualitativo da rede, com integração efetiva entre vigilância e assistência, planejamento territorial orientado por evidências e estratégias intersetoriais pautadas na equidade. A persistência da tendência crescente e da reincidência reforça que a consolidação das políticas públicas de saúde mental deve ser acompanhada de investimentos sustentados, monitoramento contínuo e qualificação da capacidade resolutive da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Nesse contexto, a violência autoprovocada apresenta-se associada a dinâmicas sociais e territoriais marcadas por desigualdades, demandando respostas sistêmicas, articuladas e sensíveis às especificidades de gênero, raça/cor e ciclo de vida. O planejamento das políticas públicas, portanto, deve considerar a diversidade das manifestações do fenômeno, articulando ações de prevenção universal, intervenções precoces em contextos escolares e comunitários e estratégias clínicas direcionadas a situações de maior risco, de modo a qualificar as linhas de cuidado e fortalecer a atuação da RAPS no âmbito estadual.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa permitiu analisar a tendência temporal da violência autoprovocada no estado do Espírito Santo entre 2020 e 2024, evidenciando crescimento desigual do agravo no território e maior concentração de casos entre adolescentes, jovens adultos, mulheres e indivíduos negros. A reincidência mostrou-se expressiva, especialmente nas faixas etárias mais jovens, configurando importante marcador de vulnerabilidade e fragilidade do acompanhamento longitudinal em saúde mental.

Os achados reforçam que a violência autoprovocada deve ser compreendida como fenômeno multifatorial, atravessado por determinantes sociais, desigualdades estruturais e fragilidades nas redes de apoio. Nesse sentido, o enfrentamento do problema exige fortalecimento da vigilância epidemiológica, qualificação da notificação, ampliação do cuidado em rede e integração intersetorial entre saúde, educação e assistência social.

Destaca-se a relevância da Atenção Primária à Saúde e dos Centros de Atenção Psicossocial na identificação precoce, no acolhimento e no acompanhamento contínuo das pessoas em sofrimento psíquico, bem como a necessidade de estratégias voltadas à prevenção de reincidências.

Como limitação, reconhece-se a natureza ecológica do estudo e a possibilidade de subnotificação, aspectos que devem ser considerados na interpretação dos resultados. Ainda assim, a utilização de base oficial e abrangência estadual conferem robustez à análise e relevância para o planejamento em saúde pública.

Conclui-se que a violência autoprovocada permanece como desafio crescente no Espírito Santo, demandando monitoramento sistemático, políticas públicas sustentadas e ações orientadas pela promoção da vida, redução das desigualdades e fortalecimento das redes de cuidado em saúde mental.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, L. F. *et al.* Comportamento suicida no Espírito Santo: análise espacial das notificações. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, p. 1–12, 2021.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.
- AMARANTE, P.; TORRE, E. **Psiquiatria, loucura e cultura: novos modelos e desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.
- ARAGÃO, C. M. C.; MASCARENHAS, M. D. M. Tendência temporal das notificações de lesão autoprovocada em adolescentes no ambiente escolar, Brasil, 2011–2018. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, n. 1, e2021820, 2022. DOI: 10.1590/S1679-49742022000100028.
- BAILEY, Z. D. *et al.* Structural racism and health inequities in the USA: evidence and interventions. **The Lancet**, v. 389, p. 1453–1463, 2020.
- BANDEIRA, B. E. da S. **Autolesão não suicida em universitários: um estudo transversal**. 74 f. 2022. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, 2022. Disponível em: <https://repositorio.unicamp.br/>. Acesso em: 6 mar. 2026.
- BORGES, G. *et al.* Gender differences in suicidal behavior: global epidemiology and risk patterns. **The Lancet Psychiatry**, v. 10, n. 1, p. 45–60, 2023.
- BOTEGA, N. J. **Crise suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- BRANDÃO JUNIOR, P. M. C.; CANAVÊZ, F. O corpo na contemporaneidade: notas preliminares sobre a prática de autolesão em adolescentes. **Analytica**, v. 7, n. 13, p. 179–191, 2018.
- BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 10 out. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manual_prevencao_suicidio_profissionais_saude.pdf. Acesso em: 6 mar. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília,

DF, 26 dez. 2011. 2011a. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.
 Acesso em: 6 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011**. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Diário Oficial da União: Brasília, DF, Seção 1, p. 37, 26 jan. 2011. 2011b. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html.
 Acesso em: 10 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html.
 Acesso em: 10 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em:
http://promocaodasaude.saude.gov.br/promocaodasaude/arquivos/pnps2015_final.pdf. Acesso em: 10 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html.
 Acesso em: 10 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/notificacao_violencias_interpersonais_autoprovocadas.pdf. Acesso em: 10 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrutivo da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo_tecnico_raps_sus.pdf. Acesso em: 6 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n. 13.819, de 26 de abril de 2019**. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios. Brasília: Presidência da República, 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13819.htm. Acesso em: 10 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, v. 52, n. 33, 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. Acesso em: 10 out. 2023.

BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde. **Manual de orientações para o atendimento à pessoa em risco de suicídio**. Brasília, DF: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2021. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2021/09/manual_orientacoes_atendimento_pessoa_risco_suicidio.pdf. Acesso em: 6 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental>. Acesso em: 10 jul. 2025.

CAMPOS, G. W. S. **A reforma da reforma**: repensando a reforma sanitária brasileira. São Paulo: Hucitec, 2000.

CARRARA, S. L. A história esquecida: os manicômios judiciais no Brasil. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 16-29, abr. 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000100004. Acesso em: 10 jul. 2025.

CAVALCANTE, F. G.; MINAYO, M. C. S.; MANGAS, R. M. Suicídio no Brasil: tendências e análises. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, p. 623–632, 2013.

D'AVILA, C. Como a violência passou a ser vista como um problema de saúde pública após a redemocratização. **Café História**, São Paulo, 31 maio 2021. Disponível em: <https://www.cafehistoria.com.br/a-violencia-como-questao-de-saude-publica/>. Acesso em: 10 jul. 2025.

DESLANDES, S. F.; MINAYO, M. C. S. **Prevenção do suicídio e promoção da saúde mental**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.

DURKHEIM, É. **O suicídio**: estudo de sociologia. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

ESPÍRITO SANTO. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB nº 153, de 2020**. Plano Diretor de Regionalização do Espírito Santo – PDR 2020-1. Vitória: 12

dez. 2024. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/instrumentos-de-planejamento>. Acesso em: 30 ago. 2025.

ESPÍRITO SANTO. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB/ES nº 259, de 30 de dezembro de 2024**. Aprova o Plano Diretor de Regionalização do Espírito Santo – PDR 2024-2025. Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Planejamento/Plano_diretor_regionalizacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20CIB%20ES%20N%C2%BA%20259_2024%20-%20Plano%20Diretor%20de%20Regionaliza%C3%A7%C3%A3o%20do%20ES%20-%20PDR%202024.pdf. Acesso em: 30 ago. 2025.

ESPÍRITO SANTO. **Lei Complementar nº 317, de 7 de janeiro de 2005**. Organiza o funcionamento do Sistema Estadual de Saúde do Estado do Espírito Santo (SES/ES), altera a estrutura organizacional da Secretaria de Estado da Saúde (SESA) e do Instituto Estadual de Saúde Pública (IESP) e dá outras providências. Diário Oficial do Estado do Espírito Santo, Vitória, 7 jan. 2005. Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/GTI/LEI_N_317_05_Organiza_funcionamento_US.pdf. Acesso em: 30 ago. 2025.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde (SESA). **Boletim epidemiológico de violência interpessoal/autoprovocada e suicídio**. Vitória: SESA, 2023. Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Boletins/boletim_violencia_interpessoal_autoprovocada_suicidio.pdf. Acesso em: 4 maio 2026.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Nota Técnica nº 01/2023**: diretrizes para notificação e acompanhamento dos casos de violência autoprovocada no Espírito Santo. Vitória, 2023.

FERREIRA, A.; OLIVEIRA, P. Determinantes sociais do suicídio no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 56, n. 3, p. 45-58, 2022.

FERREIRA, L. S.; CHAVES, G.; TARDIVO, L. S. L. P. C. Autolesão na adolescência e a produção científica nacional: revisão integrativa da literatura. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 43-53, jul./dez. 2021.

GIACCHERO VEDANA, K. *et al.* Autolesão e trauma: fatores associados à violência autoprovocada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, 2023.

HAWTON, K. *et al.* Self-harm and suicide in adolescents. **The Lancet**, v. 379, n. 9834, p. 2373–2382, 2012.

HAWTON, K. *et al.* Risk factors for self-harm repetition: systematic review. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 272, p. 157-167, 2020.

INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES - IJSN. **Boletim epidemiológico de suicídio no Espírito Santo**. Vitória: IJSN, 2023. Disponível em: <https://ijsn.es.gov.br/noticias/setembro-amarelo-ijsn-apresenta-perfil-epidemiologico-das-vitimas-de-suicidio>. Acesso em: 6 mar. 2026.

KAMAZAKI, R. *et al.* Transtornos mentais e autolesão: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 44, n. 4, 2022.

KAMAZAKI, R.; DIAS, L. Sofrimento psíquico e automutilação em jovens. **Psicologia & Saúde**, v. 13, n. 1, p. 15–27, 2021.

KERKHOF, A.; BOTTI, N. C. L. Comportamento suicida: aspectos clínicos e epidemiológicos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 38, n. 3, p. 210–218, 2016.

LEITE, F. M. C. *et al.* Violência autoprovocada no Espírito Santo: uma análise dos casos notificados. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, 2023.

LORENZETTI, T. *et al.* Autolesão e adolescência: panorama epidemiológico global. **Frontiers in Psychiatry**, Lausanne, v. 14, 2023.

LUZIO, C.; L'ABBATE, S. O cuidado em saúde mental nos CAPS. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial no SUS: desafios e perspectivas**. Campinas: Unicamp, 2009.

MACHADO, C. V. A reforma psiquiátrica brasileira: caminhos e desafios. **Saúde & Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. especial 3, p. 5–8, out. 2020. DOI: 10.1590/0103-11042020E300.

MANN, C. G. Violências e saúde mental: impactos e desafios na atenção psicossocial. **CENAT Cursos – Blog**, [S.l.], 2024. Disponível em: <https://blog.cenatcursos.com.br/violencias-e-saude-mental/>. Acesso em: 10 jul. 2025.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre o trabalho em saúde. **Saúde em Debate**, v. 33, n. 83, p. 6–14, 2009.

MINAYO, M. C. S. Suicídio: violência auto infligida. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MINAYO, M. C. S.; CAVALCANTE, F. G. Suicídio entre jovens: questões de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 279-288, 2010.

MINAYO, M. C. S.; CAVALCANTE, F. G. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura e perspectivas de pesquisa no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 5, p. 1749–1760, 2022.

MINAYO, M. C. S.; FREITAS, C. M. Impacto dos fatores sociais e culturais na violência autoprovocada. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 10, 2014.

ONOCKO-CAMPOS, R.; FURTADO, J. P. Rede de Atenção Psicossocial: desafios para implantação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1239-1249, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Prevenção do Suicídio: um imperativo global**. Genebra: OMS, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Relatório Mundial da Saúde: Saúde Mental – nova concepção, nova esperança**. Genebra: OMS, 2001. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42390/WHR_2001_por.pdf. Acesso em: 08 nov. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS, 2002. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42495>. Acesso em: 24 nov. 2025

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Suicide worldwide in 2021: global health estimates**. Geneva: World Health Organization, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240061319>. Acesso em: 3 mar. 2026.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE- OPAS. **Impacto da pandemia de COVID-19 na saúde mental na América Latina e Caribe**. Brasília: OPAS, 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **Relatório sobre Prevenção do Suicídio nas Américas 2000–2019**. Washington, D.C.: OPAS, 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **Saúde Mental e Bem-Estar: prioridades para 2025**. Washington, D.C.: OPAS, 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **Suicídio nas Américas: atualização da situação epidemiológica para 2021**. Washington, D.C.: OPAS, 2021.

OWENS, D.; HORROCKS, J.; HOUSE, A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm: systematic review. **The British Journal of Psychiatry**, Cambridge, v. 181, n. 3, p. 193–199, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.181.3.193> Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/fatal-and-nonfatal-repetition-of-selfharm-systematic-review/> Acesso em: 6 mar. 2026.

PIRKIS, J. *et al.* Suicide before and during the COVID-19 pandemic: a systematic review with meta-analysis. **The Lancet Psychiatry**, 2021.

QUESADA, A. A. *et al.* **Cartilha para prevenção da automutilação e do suicídio: orientações para educadores e profissionais da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_prevencao_automutilacao_suicidio_orientacoes_educadores_profissionais_saude.pdf. Acesso em: 05 out. 2023.

REIS, A. J.; TEIXEIRA, B. S. P.; VIANA, D. C. P. Manejo do comportamento suicida de crianças e adolescentes: percepção dos profissionais da saúde mental infantojuvenil de um CAPSi do Distrito Federal. **Health Residencies Journal**, v. 5, n. 24, p. 77–87, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.51723/hrj.v5i24.887>. Acesso em: 6 mar. 2026.

SANTOS, C. K. C. *et al.* Avaliação do sistema de vigilância da violência autoprovocada. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 34, e20240754, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222025v34e20240754.pt>

SANTOS, D. P.dos; CHAOUBAH, A.; OLIVEIRA, H. N. de. Epidemiology and economic burden of suicide among Brazilian workers: trends, occupational disparities, and gender differences. **Value in Health Regional Issues**, v. 49, p. 101143, set. 2025. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.vhri.2025.101143>

SANTOS, J. P. *et al.* Tentativas de suicídio entre jovens brasileiros: revisão integrativa. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, p. 1–15, 2022.

SANTOS, L. M. D. *et al.* Lesão autoprovocada e comportamento suicida de adolescentes. **Revista Nursing**, v. 30, n. 329, p. 11752–11775, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/nursing.2025v30i329p11752-11775>.

SAWAIA, B. B. **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. Petrópolis: Vozes, 1999.

SILVA, J. L. D. *et al.* Perfis sociodemográficos e clínicos de adolescentes com autolesão não suicida. **Debates em Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1–22, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.25118/2763-9037.2025.v15.1395>.

SILVA, L. *et al.* Determinantes sociodemográficos do suicídio no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 47, 2023.

SILVA, R. P. *et al.* Violência autoprovocada em adultos no Espírito Santo entre 2011–2018: análises em relação aos casos notificados. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, p. 1–10, 2023. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v25.73707>.

SILVA, R. M. *et al.* Impacto da pandemia COVID-19 nas tentativas de suicídio e nas taxas de mortalidade: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2023.

SILVA, I. G. da *et al.* Diferenciais de gênero na mortalidade por suicídio. **Revista Rene**, v. 22, e61520, 2021.

SILVEIRA, A. D. *et al.* Fatores que interferem na saúde mental de adolescentes escolares no contexto rural. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 32, e84489, 2024. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2024.84489>.

SOUZA, D. M. *et al.* Prevalence of risk factors among adolescents who attempted suicide: a cross-sectional study. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 58, 2024.

SOUSA, G. S. *et al.* O comportamento suicida antes e durante a pandemia: uma análise epidemiológica. **Revista de Saúde Pública**, 2022.

STOCHERO, L.; PINTO, L. W. Caracterização das notificações de violência contra as mulheres que vivem em contextos rurais no Brasil, de 2011 a 2020. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 27, e240059, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720240059.2>.

TAUFFER, J. *et al.* Perfil dos casos de violência interpessoal e/ou autoprovocada atendidos em um hospital público do Paraná, 2014–2018. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Curitiba, v. 10, n. 1, 2020. DOI: <https://doi.org/10.17058/jeic.v1i1.14476>.

YASUI, S. **A Reforma Psiquiátrica Brasileira**: conquistas, limites e desafios. São Paulo: Hucitec, 2010.