



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMUNIDADE



CONCEIÇÃO DE MARIA CASTRO DE ARAGÃO

**NOTIFICAÇÕES DE LESÃO AUTOPROVOCADA EM ADOLESCENTES NO
AMBIENTE ESCOLAR**

TERESINA
2021

CONCEIÇÃO DE MARIA CASTRO DE ARAGÃO

**NOTIFICAÇÕES DE LESÃO AUTOPROVOCADA EM ADOLESCENTES NO
AMBIENTE ESCOLAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade da Universidade Federal do Piauí, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde e Comunidade.

Orientador: Prof. Dr. Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas

Área de concentração: Saúde Pública

Linha de pesquisa: Saúde na Escola

TERESINA
2021

Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Setorial do CCS
Serviço de Processamento Técnico

A659n Aragão, Conceição de Maria Castro de.
Notificações de lesão autoprovocada em adolescentes no ambiente escolar / Conceição de Maria Castro de Aragão. -- Teresina, 2021.
82 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade, 2021.
Orientação: Prof. Dr. Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas.
Bibliografia

1 Autolesão. 2. Adolescentes. 3. Escolas. 4. Violência. 5. Estudos de Série Temporal. I. Mascarenhas, Márcio Dênis Medeiros. II. Título.

CDD 371.782

CONCEIÇÃO DE MARIA CASTRO DE ARAGÃO

**NOTIFICAÇÕES DE LESÃO AUTOPROVOCADA EM ADOLESCENTES NO
AMBIENTE ESCOLAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade da Universidade Federal do Piauí, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde e Comunidade.

Orientador: Prof. Dr. Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas

Área de concentração: Saúde Pública

Linha de pesquisa: Saúde na Escola

Teresina, 30 de agosto de 2021.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas – Presidente/Orientador
Universidade Federal do Piauí (UFPI)

1º Examinador: Dra. Camila Alves Bahia
Ministério da Saúde (MS)

2º Examinador: Prof. Dr. Alberto Pereira Madeiro
Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Examinador Suplente: Prof. Dr. José Wicto Pereira Borges
Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Às razões do meu viver: papai e mamãe.

AGRADECIMENTOS

A ti, Senhor, toda honra e toda Glória.

Obrigada, meu Deus, por mais um sonho realizado, principalmente num período tão difícil como tem sido esse de Pandemia. Mesmo em meio a tantas incertezas, eu nunca fraquejei na fé e na certeza de que para Deus nada é impossível.

Essa conquista, esse sonho, eu dedico aos meus pais, que nunca mediram esforços para me apoiar em TUDO, principalmente quando diz respeito aos meus estudos e à busca dos meus sonhos e objetivos. Vocês são a razão da minha vida, por quem sempre busco ser uma pessoa melhor, em quem eu sempre me espelho e são as pessoas que eu mais amo nesse mundo.

Quero agradecer aos meus irmãos, Ite e Neto, que sempre me ajudaram nessa minha vida corrida de viagens e que sempre acreditaram e torceram por mim. Vocês são incríveis na minha vida.

Ao Maycon, eu não tenho palavras para descrever toda a parceria e apoio (desde a época da graduação). Você sempre me incentivou, motivou e acreditou em mim quando nem eu mesma acreditava. Você é o melhor companheiro que eu poderia ter.

Gratidão eterna à minha vó Dalva (in memória). Agradeço imensamente à vovó Nêga. Palavras não são capazes de descrever tanto amor. Foi com ela que morei durante toda a minha graduação, e que sempre, com muito amor, torce, reza e vibra por cada um dos seus netos em cada vitória e conquista. A senhora é a base dessa família e essa conquista também é sua.

Às tias 'Patita' e 'Tetai', eu agradeço por todo o carinho e preocupação que têm por mim, pela torcida e incentivo. Ao tio Osmundo e tio Carlim, agradeço pelo cuidado, zelo e pela torcida... Vocês fazem parte da minha história e das minhas conquistas.

Às Netas da Nêga, eu agradeço por serem mais que primas, por serem irmãs e sempre apoiarem as conquistas umas das outras. Obrigada por tantas histórias e conquistas juntas.

Durante essa jornada muitas pessoas caminharam junto comigo, ouviram meus medos, minhas ansiedades, torceram e ficaram felizes comigo e a vocês meu muito obrigada: minhas cunhadas (Netinha e Mayara), minha sogra, minhas amigas de Piripiri, meu quarteto de Sobral. Aproveito a oportunidade e agradeço aos meus

colegas de turma que certamente fizeram esse processo mais leve e tranquilo e aos demais familiares que se alegram a cada sonho conquistado.

Quero agradecer a quem deixou todo o meu processo de viagens, estudos e correrias mais leve, quem me faz rir, brincar e tem o amor mais puro e genuíno do mundo, minhas duas princesas, meus dois amores: Lívia e Lavínia.

Ao meu orientador, por compartilhar comigo seus conhecimentos, por sua dedicação e por ter me acolhido na metade do curso, minha enorme gratidão!

Por fim, agradeço à nossa estimada Chaguinha, que sempre foi tão solícita, simpática e prestativa e fez nossos encontros presenciais mais leves. Muito obrigada a todos os professores, professoras e demais profissionais que fazem parte do Programa de Pós-graduação em Saúde e Comunidade da Universidade Federal do Piauí e aos membros da banca examinadora, esse título tem um pouco de cada um de vocês.

“Não há uma fatalidade exterior. Mas existe uma fatalidade interior: há sempre um minuto em que nos descobrimos vulneráveis; então, os erros atraem-nos como uma vertigem”.

(Antoine de Saint-Exupéry)

RESUMO

INTRODUÇÃO: As lesões autoprovocadas caracterizam-se por agressões provocadas contra si de maneira proposital, podendo ocorrer com ou sem intenção suicida. Manifestam-se principalmente na adolescência, sendo importante verificar a sua ocorrência no ambiente escolar. **OBJETIVO:** Analisar as notificações de lesão autoprovocada em adolescentes no ambiente escolar. **METODOLOGIA:** Estudo transversal analítico, com abordagem quantitativa e análise de série temporal. Foram analisadas as notificações de lesão autoprovocada em adolescentes de 10 a 19 anos, ocorridas no ambiente escolar no Brasil, registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, no período de 2011 a 2018. Verificaram-se as associações estatísticas por meio do teste do qui-quadrado de Pearson (X^2), com nível de significância de 5%. Razões de proporção (RP) e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) foram estimados por regressão de Poisson com variância robusta. A tendência temporal das taxas de notificação foi verificada por meio do modelo de regressão linear de Prais-Winsten. **RESULTADOS:** Foram notificados 1.989 casos de lesão autoprovocada em adolescentes nas escolas do Brasil. A maioria das vítimas era do sexo feminino (77,1%), com idade de 10 a 14 anos (57,3%), de cor branca (54,9%), residente na zona urbana (88,7%), notificadas em serviços da região Sudeste (46,7%). Lesão autoprovocada na escola foi associada à ocorrência diurna (RP=10,03; IC95% 8,27;12,17), reincidência (RP=1,34%; IC95% 1,22;1,47), ameaça (RP=5,25; IC95% 2,23; 12,33), força corporal (RP=5,18; IC95% 2,29;11,71), objeto contundente (RP=4,85; IC95% 2,12;11,11) e objeto cortante (RP=4,65; IC95% 2,09;10,32). A taxa de notificação variou de 0,09 a 2,75/100 mil adolescentes, com tendência crescente tanto para sexo feminino (VPA=66,0%; IC95% 39,0;98,3) quanto para sexo masculino (VPA=55,2%; IC95% 29,9;85,4). A região Norte apresentou tendência de estabilidade; as regiões Sudeste e Sul apresentaram tendência crescente, destacando-se o Rio de Janeiro (VPA=85,5%; IC95% 58,0;117,8) e o Paraná (VPA=73,6%; IC95% 41,9;112,3). No Centro-Oeste somente o Mato Grosso do Sul apresentou incremento (VPA=54,5%; IC95% 16,9;104,2). **CONCLUSÃO:** As notificações de lesão autoprovocada na escola foram mais frequentes em adolescentes do sexo feminino, de cor de pele branca, na idade de 10 a 14 anos, tendo a força corporal, objeto contundente, objeto cortante e ameaça como principais meios de autolesão. Houve tendência de aumento na taxa de notificação de lesão autoprovocada em adolescentes no ambiente escolar no Brasil. Faz-se necessário que os serviços de saúde e educação direcionem a atenção aos adolescentes com comportamento de risco para lesões autoprovocadas, priorizando ações de prevenção assim como suporte adequado aos grupos de risco e suas famílias, devendo também sensibilizar os profissionais sobre a importância da notificação e assistência a esse agravo à saúde.

Palavras-chave: Autolesão. Adolescentes. Escolas. Violência. Estudos de Série Temporal.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Self-inflicted injuries are characterized by deliberately provoked aggression, which may occur with or without suicidal intent. They manifest themselves mainly in adolescence, and it is important to verify their occurrence in the school environment. **OBJECTIVE:** To analyze reports of self-harm in adolescents in the school environment. **METHODOLOGY:** Analytical cross-sectional study, with a quantitative approach and time series analysis. Reports of self-harm in adolescents aged 10 to 19 years were analyzed, occurred in the school environment in Brazil, registered in the Information System for Notifiable Diseases, in the period from 2011 to 2018. Statistical associations were verified using Pearson's chi-square test (X^2), with a significance level of 5%. Proportion ratios (PR) and respective 95% confidence intervals (95%CI) were estimated by Poisson regression with robust variance. The temporal trend of notification rates was verified using the Prais-Winsten linear regression model. **RESULTS:** 1,989 cases of self-harm in adolescents were reported in schools in Brazil. Most victims were female (77.1%), aged 10 to 14 years (57.3%), white (54.9%), living in the urban area (88.7%), notified in services in the Southeast region (46.7%). Self-harm at school was associated with daytime occurrence (PR=10.03; 95%CI 8.27;12.17), recidivism (PR=1.34%; 95%CI 1.22;1.47), threat (PR =5.25; 95%CI 2.23; 12.33), body strength (PR=5.18; 95%CI 2.29;11.71), blunt object (PR=4.85; 95%CI 2.12 ;11.11) and sharp object (RP=4.65; 95%CI 2.09;10.32). The notification rate ranged from 0.09 to 2.75/100 thousand adolescents, with an increasing trend for both females (VPA=66.0%; 95%CI 39.0;98.3) and males (VPA= 55.2%; 95%CI 29.9;85.4). The North region showed a trend of stability; the Southeast and South regions showed an increasing trend, especially Rio de Janeiro (VPA=85.5%; 95%CI 58.0;117.8) and Paraná (VPA=73.6%; 95%CI 41.9 ;112,3). In the Midwest, only Mato Grosso do Sul showed an increase (VPA=54.5%; 95%CI 16.9;104.2). **CONCLUSION:** Reports of self-harm at school were more frequent in female adolescents, with white skin, aged 10 to 14 years, with body strength, blunt object, sharp object and threat as the main means of self-injury. There was a trend towards an increase in the notification rate of self-harm in adolescents in the school environment in Brazil. It is necessary that health and education services direct attention to adolescents with risk behavior for self-harm, prioritizing prevention actions as well as adequate support for risk groups and their families, and should also sensitize professionals about the importance of notification and assistance to this health problem.

Key words: Self-injury. Teenagers. Schools. Violence. Time Series Studies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fluxograma de seleção de notificações de lesão autoprovocada em adolescentes na escola. Brasil, 2011–2018	27
Figura 2 – Número e taxa de notificação (por 100.000 hab.) de lesão autoprovocada em adolescentes. Brasil, 2011-2018	70

LISTA DE TABELAS

Manuscrito 1

Tabela 1 – Notificações de lesão autoprovocada em adolescentes na escola segundo características das vítimas. Brasil, 2011-2018.....	50
Tabela 2 – Notificações de lesão autoprovocada em adolescentes na escola segundo características da ocorrência. Brasil, 2011-2018.....	51
Tabela 3 – Proporção e razão de proporção de notificações de lesão autoprovocada em adolescentes na escola segundo características das vítimas. Brasil, 2011-2018.....	52
Tabela 4 - Proporção e razão de proporção de notificações de lesão autoprovocada em adolescentes na escola segundo características da ocorrência. Brasil, 2011-2018.....	53

Manuscrito 2

Tabela 1 – Notificações de lesão autoprovocada em adolescentes na escola segundo características das vítimas. Brasil, 2011-2018.....	68
Tabela 2 – Tendência da taxa de notificação (por 100.000 hab.) de lesão autoprovocada em adolescentes na escola segundo sexo e faixa etária. Brasil, 2011-2018	68
Tabela 3 – Tendência da taxa de notificação (por 100.000 hab.) de lesão autoprovocada em adolescentes na escola segundo região e unidade da federação. Brasil, 2011-2018	69

LISTA DE SIGLAS

CAL – Comportamento autolesivo

CCS – Centro de Ciências da Saúde

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CID10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª revisão

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DANTPS – Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde

DATASUS – Departamento de Análise e Tabulação de Dados do Sistema Único de Saúde

ECA – Escala de Comportamento de Autolesão

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC – Intervalo de confiança

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PPGSC – Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade

PSE – Programa Saúde na Escola

RP – Razão de Proporções

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

UFPI – Universidade Federal do Piauí

VIVA – Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

VPA – Variação percentual anual

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	15
2.1 Geral	16
2.2 Específicos	16
3 REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1 Definição e características clínicas da lesão autoprovocada	16
3.2 Lesão autoprovocada em crianças e adolescentes	18
3.3 Lesão autoprovocada e ambiente escolar	20
4 MÉTODO	26
4.1 Tipo de estudo	26
4.2 Local e população de estudo	26
4.3 Variáveis	28
4.4 Instrumento de coleta de dados	28
4.5 Organização e análise dos dados	29
4.6 Aspectos éticos	30
5 RESULTADOS	31
5.1 Manuscrito 1: Caracterização e fatores associados a lesão autoprovocada em adolescentes no ambiente escolar	31
5.2 Manuscrito 2: Tendência temporal das notificações de lesão autoprovocada em adolescentes no ambiente escolar	54
6 CONCLUSÃO	71
REFERÊNCIAS	73
ANEXOS	78

1 INTRODUÇÃO

No âmbito da saúde, a violência é definida como o uso da força física e/ou da ameaça de maneira intencional, contra si, outras pessoas ou grupos e que possa causar ferimentos, danos psicológicos, privação ou morte. Os comportamentos violentos são classificados de acordo com as características de quem comete o ato violento em: violência intrafamiliar, comunitária; violência social, política, econômica (grandes grupos e pelo Estado) e a violência contra si mesmo – autoinfligida (KRUG *et al.*, 2002).

Em relação aos estudos sobre comportamento violento contra si mesmo um dos maiores obstáculos é a heterogeneidade de nomenclaturas (NOCK, 2010), sendo encontrados como sinônimos para designar esse comportamento diversos termos: conduta autolesiva, autoinjúria, autodano, automutilação, autolesão, *cutting*, *caving*, parassuicídio, comportamento autolesivo sem intenção suicida e comportamento suicidário (GUERREIRO; SAMPAIO, 2013).

O comportamento suicida caracteriza-se por ideação, autoagressão, pensamentos suicidas, tentativa e suicídio consumado (KRUG *et al.*, 2002). Alguns autores ainda subdividem a violência autoinfligida em comportamento suicida e autoagressão, onde a autoagressão diz respeito a atos de automutilação que vão desde cortes leves até situações mais severas como a amputação de um membro (CROSBY; ORTEGA; MELANSON, 2011), e também se refere a um conjunto de comportamentos intencionais que causam danos ao indivíduo, podendo ou não trazer injúria física ou psicológica (NOCK, 2009).

O primeiro estudo sobre prevalência de lesão autoprovocada em uma amostra escolar de adolescentes foi publicado em 2002 (ROSS; HEALTH, 2002), encontrando uma prevalência em torno de 14%, tendo essa taxa se mostrado estável em diferentes países por cerca de 15 anos (SWANNELL *et al.*, 2014). Uma revisão sistemática longitudinal mostrou que as taxas de prevalência atingem seu pico em meados dos 15 a 16 anos e diminuem no final da adolescência (PLENER *et al.*, 2015).

Estudos mostram que condutas de autolesão iniciam, em média, entre 12 e 16 anos de idade (RODHAM; HAWTON, 2009). Em Israel, um estudo em cinco escolas públicas, com adolescentes com média de idade de 14,9 anos, apontou uma prevalência de 2 a 9% de envolvimento em diferentes tipos de lesão autoprovocada, tendo 17% desses se envolvido em um ou mais comportamentos de autolesão

(MADJAR *et al.*, 2017). As percepções individuais relacionadas à escola estão associadas ao comportamento de lesão autoprovocada dos alunos (MADJAR *et al.*, 2017b).

Na adolescência, há uma tendência maior de agir do que utilizar recursos como a fala para mostrar aquilo que causa angústia. O adolescente costuma transferir suas aflições para o corpo, uma espécie de denúncia do próprio sofrimento (ALBERTI, 2009). Na escola, os sintomas da adolescência aparecem disfarçados de problemas psicológicos (ansiedade, depressão, personalidade *borderline*), porém o que se encontra com maior ocorrência são jovens que expressam suas dores através do corpo, especialmente no sexo feminino (LOPES; TEIXEIRA, 2019).

No Brasil, com a Constituição Federal Brasileira de 1988, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8.069/90 e a portaria nº 1.968/2001 tornou-se obrigatória a comunicação a instâncias além da saúde de casos de violência contra crianças e adolescentes (suspeitos ou confirmados), prevendo punições para qualquer profissional da área da saúde, educação ou assistência que deixar de notificar esses casos. No período de 2011 a 2014, foram notificados 67.388 casos de lesão autoprovocada no Brasil, o que correspondeu a 14% dos casos de violência interpessoal/autoprovocada. E desses, 23,6% correspondiam a adolescentes de 10 a 14 anos e 76,4% a adolescentes de 15 a 19 anos. Mesmo com tais determinações legais, ainda existe subnotificação dos casos, o que limita a magnitude do evento (BAHIA *et al.*, 2020).

Diante dessa problemática, surgiu a seguinte questão norteadora: Quais as notificações de lesão autoprovocada envolvendo adolescentes em ambiente escolar?

Desta forma, pretende-se com este estudo analisar as notificações de lesão autoprovocada em adolescentes no ambiente escolar em todo o território brasileiro. A realização dessa pesquisa acontece então pela motivação, não apenas de conhecer o perfil dos adolescentes notificados com lesão autoprovocada no ambiente escolar, mas também por existirem poucos estudos brasileiros específicos de notificação desse comportamento em escolas.

Nesse sentido, espera-se que essa pesquisa possa contribuir para ampliar o conhecimento sobre tais condutas, mapeando as ocorrências no ambiente escolar, assim como subsidiar o trabalho de outros profissionais envolvidos com a temática da violência autoprovocada para que seja possível repensar e ampliar as práticas de cuidado com esse público.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar as notificações de lesão autoprovocada em adolescentes no ambiente escolar.

2.2 Específicos

- Caracterizar as notificações segundo aspectos da vítima, da ocorrência e da lesão no ambiente escolar;
- Identificar fatores associados à lesão autoprovocada ocorrida na escola;
- Analisar a tendência de notificações de lesão autoprovocada em adolescentes no ambiente escolar.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Lesão autoprovocada: definições e características clínicas

Ao falar sobre essa temática faz-se necessário um consenso entre as terminologias para que seja possível uma comparação global dos resultados de tendência de lesão autoprovocada para grupos de risco, assim como para otimizar os programas de prevenção (WHO, 2016).

Desde 1985, estudos multicêntricos da Organização Mundial de Saúde buscam uma nomenclatura comum para esse tipo de comportamento, termo este que possa ser traduzido em diferentes culturas e países sem dar ambiguidade à conduta, comparando-a com intenção suicida, uma vez que a intenção suicida não está necessariamente presente no comportamento de autolesão (LEO *et al.*, 2006).

A escolha de um termo adequado é complexa uma vez que se deve levar em consideração a existência de uma linha tênue entre lesão autoprovocada e intenção suicida, mas o termo não pode transmitir essa intenção, pois envolve uma vasta quantidade de motivos como: alívio de pensamentos disfuncionais, autopunição e busca por atenção (MCAULIFFE *et al.*, 2008; SCOLIERS *et al.*, 2009).

A lesão autoprovocada pode ou não estar associada ao suicídio. Isso dependerá da intenção de quem a pratica, visto que o sujeito pode provocar danos ao seu corpo sem a finalidade de morrer, assim como tal ato pode estar diretamente ligado ao desejo de morte. Tal compreensão só é possível com o relato do sujeito. No entanto, o hábito da lesão autoprovocada sem intenção suicida potencializa a probabilidade de o sujeito apresentar pensamentos e comportamentos suicidas (BARBOSA *et al.*, 2019).

De maneira geral, os comportamentos autolesivos dividem-se em dois grupos: no primeiro, o ato de se lesionar é a intenção do comportamento; no segundo, é resultado de uma ação determinada que não objetiva tal dano. Os comportamentos autolesivos diretos são aqueles em que há intenção de causar dano a si mesmo, em qualquer grau de severidade, como forma de regulação afetiva ou sinalização social e são classificados em suicidas ou não suicidas, de acordo com a intenção de letalidade (NOCK, 2010).

O comportamento suicida pode ser ideação, pensamento, autoagressão, tentativas e suicídio consumado (KRUG *et al.*, 2002). Já o comportamento não suicida

classifica-se em ameaça ou gesto suicida (o indivíduo faz os outros acreditarem que tem a intenção de morrer, porém o que deseja é sinalização social), pensamento autolesivo (pensa em realizar o ato, mas não o faz) e conduta autolesiva propriamente dita em níveis leve, moderado e grave (NOCK, 2010).

A autolesão não suicida aparece na 5ª edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)*, com as seguintes características diagnósticas: A) ter apresentado, no último ano, durante cinco ou mais dias, comportamento autoinfligido intencional à superfície da pele, causando sangramento e dor; B) O indivíduo se engaja em comportamento de autolesão com as seguintes expectativas: alívio de um sentimento ou cognição negativos, resolver uma dificuldade interpessoal e induzir um sentimento positivo; C) Se estiver associada a pelo menos um dos fatores: 1) dificuldades interpessoais, depressão, ansiedade, tensão, angústia generalizada, pânico no período imediatamente anterior a autolesão; 2) período de preocupação com o comportamento pretendido que é difícil de controlar; 3) pensar na autolesão, mesmo quando ela não é praticada; D) o comportamento e suas consequências causam sofrimento clinicamente significativo e um prejuízo funcional em diversas áreas; E) o comportamento não ocorre exclusivamente durante episódios psicóticos (APA, 2014).

Dentre os comportamentos mais comuns estão os cortes superficiais na pele, arranhões, queimaduras, mordidas, bater partes do corpo em paredes ou no chão e enfiar objetos pontiagudos no corpo (CEDARO; NASCIMENTO, 2013). A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) caracteriza como comportamento autoprovocado as lesões e envenenamentos realizados de forma intencional pela própria pessoa contra si mesma, assim como as tentativas de suicídio (OMS, 2009).

A Organização Mundial de Saúde (2014) acrescenta a autolesão como violência autoinfligida, sendo essa o uso intencional da força física contra si próprio. São consideradas violência autoinfligida as tentativas de suicídio, o suicídio, a autoflagelação, autopunição e autolesão (OMS, 2014). A lesão autoprovocada e o suicídio, além de fenômenos complexos, são multicausais, apresentando como determinantes de risco os fatores sociais, econômicos, biológicos, culturais e a história de vida pessoal (ROSA *et al.*, 2016; MINAYO; TEIXEIRA; MARTINS, 2016).

É comum que a pessoa que passa por uma situação de violência sinta-se fragilizada, com vergonha e muitas vezes culpada, sendo importante que seja

acolhida, cuidada e protegida em seus direitos (BRASIL, 2017). Uma vez que a sobrecarga emocional pode voltar e a pessoa buscar alívio novamente nos comportamentos autolesivos, aumentando a frequência e o grau (PARKS, 2010).

Sabe-se que lidar com sujeitos que praticam lesão autoprovocada é um grande desafio para profissionais de saúde mental, professores e conselheiros escolares, tendo em vista as consequências físicas e psicológicas desse comportamento, tanto para o indivíduo quanto para sua família e amigos (SILVA; SANTOS, 2015), por isso a importância da notificação dos casos para que as políticas públicas possam encontrar a melhor forma de prevenir e reduzir tais comportamentos entre crianças e adolescentes.

3.2 Lesão autoprovocada em adolescentes

A adolescência é o período da vida entre a infância e a idade adulta que compreende um complexo processo de desenvolvimento biológico, psicológico e social. Segundo a Organização Mundial de Saúde, esse período corresponde à segunda década de vida (de 10 a 19 anos) (BRASIL, 2007).

No que tange ao desenvolvimento físico, as mudanças corporais tendem a influenciar na aparência e sexualidade, com alterações hormonais e maturidade reprodutiva. Em nível cognitivo, inicia-se a construção do pensamento abstrato, lógico e o raciocínio formal. Com a maturação do cérebro ainda em desenvolvimento, os adolescentes podem apresentar emoções exacerbadas frente às exigências do meio (PAPALIA; FELDMAN, 2013), precisando aprender a lidar com o surgimento de novas demandas pessoais e interpessoais (PILETTI *et al.*, 2014).

Dentro desse contexto de mudanças, os valores, hábitos, atitudes e comportamentos entram em processos de formação e cristalização, passando os valores e comportamentos a ganharem importância crescente na medida em que surge um distanciamento natural dos pais na busca por independência (BRASIL, 2010). Nessa perspectiva, a adolescência é um período vulnerável, onde há uma forte disposição à mudança, mas também ao desequilíbrio, período em que os comportamentos de lesão autoprovocada atingem proporções preocupantes (COSTA, 2012).

Esses comportamentos estão associados a fatores de risco que envolvem aspectos sociodemográficos, comportamentais e psicológicos, destacando-se: sexo

feminino, renda familiar, uso de álcool e drogas, baixo suporte social, sintomas depressivos (PLENER *et al.*, 2018), relação parental inconsistente e insensível (KLONSKY; LEWIS, 2014), história prévia de pensamento e comportamento suicida, comportamento impulsivo recorrente, autoimagem imprecisa (BRICKMAN *et al.*, 2014) e influência de pares (YOU *et al.*, 2016b). Nesse sentido, as redes sociais podem funcionar como um ambiente de disseminação da prática, uma vez que nesses ambientes virtuais os adolescentes compartilham seus sofrimentos e as diferentes formas de se lesionar (OTTO; SANTOS, 2016).

Por isso, é importante destacar o papel das mídias sociais para esse tipo de comportamento, uma vez que a divulgação de celebridades que se autolesionam também são fatores que influenciam o aumento dessa conduta entre adolescentes (ALMEIDA *et al.*, 2018). Pode-se então afirmar que a lesão autoprovocada passa pelo processo chamado de contágio social.

De acordo com Young *et al.* (2014), a gravidade desses comportamentos sustenta-se por diferenças individuais, influência dos pares ou pela intensidade do sofrimento provocado por experiências adversas. A personalidade do adolescente, a impulsividade, os transtornos psicopatológicos, podem ser uma predisposição para que este utilize de diferentes estratégias de enfrentamento baseadas em lesão autoprovocada. Destaca-se também como fator de risco as características da personalidade, transtornos psiquiátricos, problemas sociais e familiares, uso de substâncias químicas, dentre outros (CEDARO; NASCIMENTO, 2013).

Um estudo realizado por Silva e Botti (2017) também listou fatores de risco para comportamento autolesivo, dividindo-os em: individuais (fatores psicopatológicos, personalidade *Borderline*, transtorno de conduta, consumo de drogas lícitas e ilícitas, preocupações com orientação sexual), familiares (histórico de tentativa de suicídio e suicídio consumado, violência física e sexual, negligência emocional, separação dos pais) e sociais (bullying, cyberbullying, isolamento social, amigos com histórico de autolesão). Os autores afirmam ainda que conhecer os fatores de risco para esses comportamentos é fundamental para que profissionais da saúde e da educação estejam capacitados para identificar os casos de risco, atuar na prevenção e no manejo do fenômeno.

A Escala de Comportamento de Autolesão (ECA), apresenta três níveis de gravidade dessa conduta entre os adolescentes, sendo elas: leve (mordeu-se ou arranhou-se propositalmente), moderada (bateu em si mesmo, arrancou cabelos,

inseriu objetos debaixo da unha ou sob a pele intencionalmente, fez tatuagem em si mesmo), e grave (cortou-se ou fez muitos cortes na sua pele, queimou, beliscou ou cutucou partes do seu corpo até sangrar, propositadamente) (GARRETO, 2015).

É importante apontar e alertar sobre os fatores de risco e mesmo a autolesão não sendo, necessariamente, acompanhada da intenção suicida, esse fenômeno aparece como um fator preditor para o comportamento de autoextermínio (TORO *et al.*, 2013). Também é válido alertar sobre os fatores de proteção, destacando-se: praticar esportes e atividade física, ter uma relação parental consistente, manter boas relações com amigos, professores, colegas e outros adultos, ser capaz de pedir e aceitar ajuda (MEINE *et al.*, 2019). A família desempenha um importante papel na integridade física e mental do adolescente. Ter demonstração de carinho, diálogo, atenção e liberdade são fatores protetores fundamentais (AMARAL *et al.*, 2017)

A partir das referências aqui apresentadas, conclui-se que a lesão autoprovocada pode ocorrer em todos os ciclos da vida, mas é na adolescência que esses comportamentos podem ser potencializados. Assim, é necessário ter atenção a todas as etapas do desenvolvimento e não subjugar as condutas que evidenciem autolesão. Os mecanismos de enfrentamento dessa forma de violência devem perpassar o cuidado às famílias, fortalecer as ações de prevenção e contar com intervenções intersetoriais e interdisciplinares.

3.3 Lesão autoprovocada e ambiente escolar

O fenômeno da lesão autoprovocada ainda é pouco discutido no ambiente escolar, mesmo apresentando um crescente número de ocorrências entre o público jovem (LUCENA *et al.*, 2020), sendo classificada como um comportamento de risco, pois resulta em comprometimento físico, psicológico e social. Em geral, é na escola que esses comportamentos se tornam evidentes e são notados (SILVA; SIQUEIRA, 2017).

Um estudo com 594 estudantes de cinco escolas públicas de Israel, com média de idade de 14,96 anos, mostrou uma prevalência de 2 a 9% de envolvimento em diferentes tipos de lesão autoprovocada (cortes no pulso, coxas e tronco; inserir objetos pontiagudos no corpo, queimar-se e socar a cabeça até sangrar). De maneira geral esse estudo trouxe que mais de 17% dos adolescentes relatou já ter apresentado um ou mais comportamento de lesão autoprovocada (MADJAR *et al.*, 2017).

Uma pesquisa sobre esse comportamento em uma escola pública de Fortaleza demonstrou que os condicionantes do contexto escolar interferem direta e indiretamente nos casos de autolesão na escola. O despreparo dos profissionais diante das situações emocionais e psicológicas dos alunos também foi um dado significativo. Esse estudo apontou que a faixa etária mais acometida por esse comportamento está entre 14 e 16 anos, especialmente no sexo feminino (BASTOS, 2019).

Escolas públicas do município de Gama (Distrito Federal), com alunos de 10 a 19 anos, demonstraram que 76% das instituições têm ou já tiveram casos de autolesão entre os alunos e 68% destas realizam algum projeto para prevenir e amenizar o problema, tendo como principal motivação o crescente número de casos de lesão autoprovocada na escola (ALVES, 2020).

Pesquisa realizada em sete escolas estaduais de ensino fundamental e médio de Rolim de Moura (RO), apontou que 100% das escolas pesquisadas apresentaram casos de autolesão entre os alunos, sendo que 57,1% lidam com casos desse tipo há mais de três anos. Em 2016 houve uma média de 52 casos nas escolas estaduais do município, tendo 85,7% destes ocorrido nas dependências da instituição onde, 42,9% foram ocorrências em grupo e 71,4% de ocorrências individuais. Todas as instituições de ensino relataram notificar os pais dos alunos com esse comportamento e dar orientações quanto à necessidade de buscar ajuda profissional, mas apenas duas escolas acionaram o Conselho Tutelar (SILVA; SIQUEIRA, 2017).

Diante do número de casos de lesão autoprovocada em instituições escolares, evidenciou-se o papel dessas instituições na identificação e intervenção junto aos adolescentes, sendo a escola um local fundamental para percepção de sinais da violência autoprovocada e para prevenção e promoção da saúde. Porém, até mesmo na Psicologia ainda há muito o que se estudar para alcançar medidas eficazes nos casos de lesão autoprovocada (SILVA; SIQUEIRA, 2017), pois são poucos os estudos que dão ênfase à Psicologia Escolar e a atuação do Psicólogo frente aos casos de lesão autoprovocada nesse contexto (SANT'ANA, 2019).

No âmbito escolar é possível atuar diante dessas situações a partir de reuniões com núcleo gestor e professores a fim de conhecer e diminuir mecanismos de exclusão e estigmatização dos alunos, criar espaços de escuta qualificada para esses discentes e suas famílias, com intuito de conhecer alguns aspectos e ressignificar os relacionamentos intrafamiliares, além de ações multiprofissionais e

encaminhamentos, especialmente para casos mais graves e com intenção suicida (FREITAS; SOUSA, 2017).

A Organização Mundial de Saúde traz como fatores protetores bom relacionamento familiar, boas habilidades sociais, interação social, bom relacionamento com colegas da escola, professores e outros adultos (OMS, 2000). As escolas devem promover o empoderamento dos jovens, a fim de prevenir patologias mentais; o ambiente escolar também é local de apoio social, tanto pela presença de profissionais capacitados quanto pelos laços de afinidade ali criados (LIMA *et al.*, 2019).

A qualidade das relações entre pares no contexto escolar desempenha um papel significativo no comportamento de lesão autoprovocada, podendo ser fator de risco ou fator de proteção (MADJAR *et al.*, 2017, MADJAR *et al.*, 2017). Boas relações em sala de aula e clima positivo no ambiente escolar (apoio e motivação de professores, segurança escolar) foi fator de proteção adicional para lesão autoprovocada, enquanto dificuldade de se relacionar com pares no nível individual, clima escolar negativo e grupo de pares com normas e atitudes impulsivas foram fatores de risco para tais comportamentos (YOU *et al.*, 2016, FOSTER *et al.*, 2017).

Professores e alunos devem se engajar em promover um clima positivo em sala de aula (MADJAR *et al.*, 2017) e mesmo que a escola não conte com profissional especializado para acompanhamento dos casos de autolesão, o núcleo gestor deverá solicitar suporte e apoio no campo da área da saúde para que os profissionais da educação possam aprender a identificar e notificar os casos que surgirem.

Um estudo sobre a percepção dos professores sobre lesão autoprovocada nas escolas de Quebec (Canadá), contou com a participação de 155 professores; quando questionados sobre a identificação do método mais comum de lesão autoprovocada, 81% relatou cortes na pele, 76% dos professores citaram a idade de 11 a 15 anos como a mais típica de início dos comportamentos e 64,5% afirmou já ter encontrado um aluno que se machucou (NANCY *et al.*, 2011).

Curiosamente, esse estudo também mostrou que, mesmo os professores apresentando abertura e empatia para ouvir os alunos que se lesionam, menos da metade afirmou que saberia como agir diante da situação e menos de um terço se sentia bem informado sobre lesão autoprovocada.

Os educadores não podem se isentar da responsabilidade de identificar os sinais de autolesão e de informar à família do discente e aos órgãos oficiais da rede

de proteção à infância, como o Conselho Tutelar, de acordo com a determinação do Estatuto da Criança e do Adolescente (SANT'ANA, 2019).

É importante destacar que a partir da Constituição de 1988, a saúde passou a ser um direito de todos e dever do estado, sendo um direito universal (BRASIL, 1988). Além do acesso universal e equânime às ações de saúde, o poder público apresenta uma série de deveres nessa área, como promover políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco e dos agravos à saúde (SARLET, 2012).

Em 2006 foi implantado o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), para viabilizar o acesso a dados sobre violências e acidentes, sendo estruturado em VIVA Contínuo (violência doméstica, sexual, autoprovocada e interpessoal) e VIVA Sentinela (violências e acidentes em emergências hospitalares) (BRASIL, 2009). Com a Portaria nº 1.876 de 2006, foram instituídas as diretrizes nacionais para a prevenção do suicídio (BRASIL, 2016). A partir de 2009, as notificações de violência foram inseridas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Em 2011, com a publicação da Portaria nº 104 e em 2014, com a Portaria nº 1.271, a notificação de violências passou a ser compulsória (BRASIL, 2016).

Para atender a necessidade de organizar Leis que já existiam, em abril de 2019, foi sancionada a lei 13.819/2019, que 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 (BRASIL, 2019).

Essa Política tem como objetivos:

I) promover a saúde mental; II) prevenir a violência autoprovocada; III) controlar os fatores determinantes e condicionantes da saúde mental; IV) garantir o acesso à atenção psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico agudo ou crônico, especialmente daquelas com histórico de ideação suicida, automutilações e tentativa de suicídio; V) abordar adequadamente os familiares e as pessoas próximas das vítimas de suicídio e garantir-lhes assistência psicossocial; VI) informar e sensibilizar a sociedade sobre a importância e a relevância das lesões autoprovocadas como problemas de saúde pública passíveis de prevenção; VII) promover a articulação intersetorial para a prevenção do suicídio, envolvendo entidades de saúde, educação, comunicação, imprensa, polícia; VIII) promover a notificação de eventos, o desenvolvimento e o aprimoramento de métodos de coleta e análise de dados sobre automutilações, tentativas de suicídio e suicídios consumados, envolvendo a União, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios; IX) promover a educação permanente de gestores e de profissionais de saúde em todos os níveis de atenção quanto ao sofrimento psíquico e às lesões autoprovocadas (BRASIL, 2019, art. 3º).

Segundo esta lei o poder público deverá manter serviço telefônico para receber ligações, em atendimento gratuito e sigiloso de pessoas em sofrimento psíquico (BRASIL, 2019).

A lei traz ainda que os casos suspeitos ou confirmados de violência autoprovocada deverão ter notificação compulsória pelos estabelecimentos de saúde públicos e privados às autoridades sanitárias e pelas instituições de ensino públicas e privadas ao conselho tutelar (BRASIL, 2016). Os profissionais das instituições de ensino deverão ser treinados quanto à notificação dos casos de lesão autoprovocada, destacando a importância do sigilo profissional para esses casos (BRASIL, 2019).

É de fundamental importância que os profissionais das instituições de ensino sejam treinados para identificar e notificar casos de autolesão, porém não basta apenas saber que o comportamento existe, não se pode olhar apenas para o sujeito ou só para o fenômeno, é preciso olhar para o indivíduo, as realidades que o atravessam e o comportamento (LUCENA *et al.*, 2020); portanto, há uma necessidade de sensibilizar as instituições educacionais a fim de que estejam preparadas a identificar, avaliar a situação, os riscos, promover ações que envolvam a família, a escola e os profissionais da saúde, pois quanto mais auxílio melhor, tendo em vista que os jovens buscam formas de esconder as lesões de pais e professores (NARCISO; BATISTA, 2020).

Mesmo que os adolescentes tentem esconder as lesões autoprovocadas, a escola é uma grande aliada na identificação dessas e na tomada de medidas necessárias para evitar danos ainda maiores, tendo em vista que esses jovens passam boa parte do seu tempo no ambiente escolar (SILVA; SIQUEIRA, 2017).

Neste sentido, compreende-se que a prevenção do suicídio e da lesão autoprovocada não deve se limitar ao trabalho da área da saúde, sendo necessária a participação de diversos âmbitos da sociedade, uma vez que se deve levar em consideração o biológico, o psicológico, o social e o cultural, sendo o indivíduo considerado como um todo em sua complexidade (ABP, 2014, p. 50).

Para esse feito, no Brasil, tem-se o Programa Saúde na Escola (PSE), que embora instituído desde 2007, com o objetivo de ampliar as ações da saúde aos alunos de escolas públicas (BRASIL, 2009) pode ser considerado um importante aliado na implementação do que é preconizado pela Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. O PSE busca integrar e articular de maneira

permanente saúde e educação, contribuindo com o enfrentamento de vulnerabilidades que afetam crianças e adolescentes (BRASIL, 2015).

A violência autoprovocada é considerada um problema de saúde pública. A notificação compulsória de que trata a lei supracitada, consolida procedimentos já realizados pelo Ministério da Saúde, revelando a importância do trabalho intersetorial entre a saúde pública e a educação (FERREIRA; MOTTA, 2019). Por fim, tem-se a escola como uma importante ferramenta de combate à violência e à lesão autoprovocada, atuando de maneira coordenada com o setor saúde, com ações intersetoriais e multiprofissionais.

4 MÉTODOS

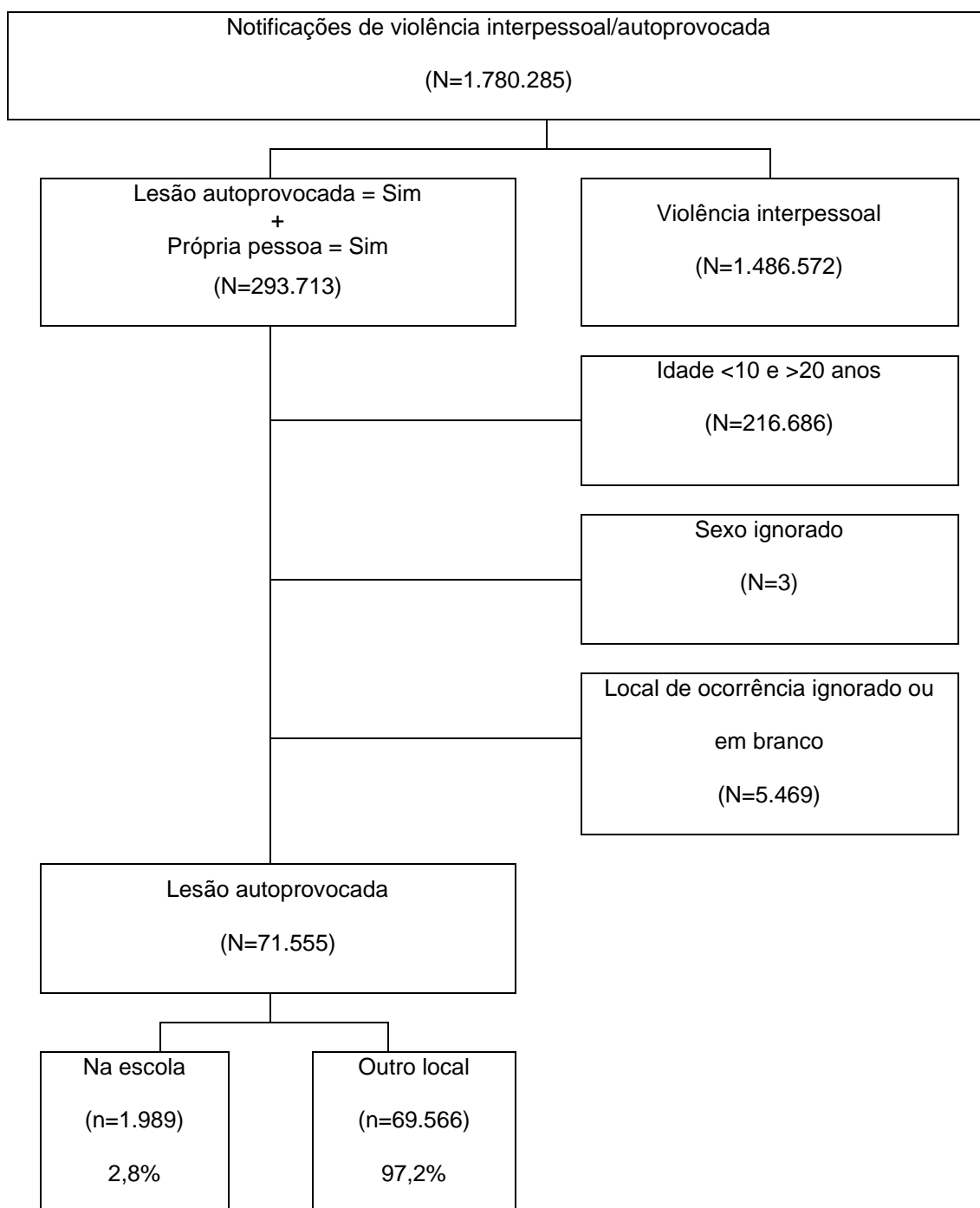
4.1 Tipo de Estudo

Estudo transversal analítico com um componente de análise de série temporal. Esse tipo de estudo epidemiológico é caracterizado pela observação direta de determinada quantidade de indivíduos em uma única oportunidade (MEDRONHO, 2009). Uma série temporal é um conjunto de observações ordenadas no tempo durante um período específico (MORETTIN; TOLOI, 2018).

4.2 Local e população do estudo

O estudo abrange o total de notificações de lesão autoprovocada em adolescentes (10 a 19 anos de idade), ocorridas em ambiente escolar, notificados na ficha do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (Anexo A), no período de 2011 a 2018, procedentes de unidades notificadoras distribuídas em todo o território brasileiro. Para a seleção dos registros de lesões autoprovocadas ocorridas na escola foram seguidas as etapas descritas na Figura 1.

Figura 1. Fluxograma de seleção de notificações de lesão autoprovocada em adolescentes na escola. Brasil, 2011–2018.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 2011-2018.

4.3 Variáveis do Estudo

A variável dependente (lesão autoprovocada ocorrida na escola (sim; não)) foi analisada segundo as covariáveis:

- sexo (feminino; masculino);
- idade (10-14, 15-19 anos);
- raça/cor da pele (branca; preta/parda; amarela/indígena);
- presença de deficiência ou transtorno (sim [deficiência física, intelectual, visual, auditiva, transtorno mental, transtorno do comportamento, outras]; não);
- zona de residência (periurbana/rural, urbana);
- região de residência (Norte, Nordeste, Sul, Sudeste, Centro-oeste);
- turno de ocorrência (manhã/tarde; noite/madrugada);
- ocorrência anterior (sim; não)
- ingestão de bebida alcoólica (sim; não)
- meio de autolesão (ameaça, força corporal/espancamento; enforcamento; objeto contundente; objeto perfurocortante; substância/objeto quente; envenenamento/intoxicação; arma de fogo).

4.4 Instrumento de Coleta de Dados

Os dados foram coletados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), por meio da ficha de notificação individual; essa ficha é utilizada para notificar os casos de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens de todas as idades, em casos esses suspeitos ou confirmados (BRASIL, 2016).

O Ministério da Saúde implantou em 2006 o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA). O VIVA conta com dois componentes: VIVA contínuo/Sinan que recolhe dados de violência interpessoal/autoprovocada dos serviços de saúde e o VIVA Inquérito voltado para as informações sobre violências atendidas em serviços de emergência em pesquisas pontuais. Desde 2009, as notificações do VIVA são inseridas no SINAN, e a partir 2011 as notificações de violências passaram a fazer parte da lista de notificação compulsória, tornando-se universal para todos os serviços de saúde (BRASIL, 2016).

O VIVA tem como objeto de notificação autoagressões, tentativas de suicídio e suicídio consumado, embora a ideação suicida não seja objeto de notificação é necessário ações de cuidado integral em saúde (BRASIL, 2016).

A ficha apresenta variáveis distribuídas nos seguintes grupos: dados gerais; notificação individual; dados de residência; dados da pessoa atendida; dados da ocorrência; violência; violência sexual; dados do provável autor da violência; encaminhamento; e dados finais. Os dados das fichas são inseridos no SINAN pelas Secretarias Municipais de Saúde e encaminhados para os níveis estadual e federal, gerando informações úteis para a implantação de políticas de saúde.

4.5 Organização e análise dos dados

O banco de dados nacional foi disponibilizado pela equipe técnica do Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (DANTPS/SVS/MS), tendo passado, anteriormente, por análise para exclusão dos dados duplicados e correção de inconsistências.

Inicialmente, os dados foram arquivados e organizados no programa Excel 2016 para Windows. Foi realizada análise descritiva, comparação entre as variáveis por meio do teste do qui-quadrado de Pearson (X^2), com nível de significância de 5%. Foi realizada regressão de Poisson para estimar fatores associados por meio do cálculo da razão de proporções (RP) e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). Foi realizada a distribuição de casos de violência autoprovocada, segundo sexo e ano, no período estudado, assim como a distribuição segundo idade e ano, no mesmo período.

A taxa bruta de notificação de lesão autoprovocada em ambiente escolar foi obtida pela razão entre o número absoluto de vezes que ocorreu o evento e a população de 10 a 14 anos e 15 a 19 anos de idade residente segundo estado de residência e ano da notificação.

Para calcular a tendência temporal das notificações de lesão autoprovocada em ambiente escolar, foi utilizado o modelo de regressão linear de Prais-Winsten, para quantificar as variações percentuais anuais e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). As tendências das taxas serão crescentes quando $p < 0,05$ e coeficiente da regressão positivo, decrescentes quando $p < 0,05$ e coeficiente da

regressão negativo, e estáveis quando $p > 0,05$. O nível de significância estatística será atestado quando $p < 0,05$ (ANTUNES; CARDOSO, 2015).

A organização do banco de dados e o cálculo das taxas de notificação foram realizadas no programa Excel 2016 para Windows, enquanto as análises estatísticas foram processadas no programa Stata® versão 14.

4.6 Aspectos Éticos

Nesta pesquisa foram utilizados dados secundários obtidos por meio de bancos de acesso público do Departamento de Análise e Tabulação de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Por utilizar dados de acesso público, garantindo-se a privacidade e confidencialidade das informações constantes nos registros, este projeto está de acordo com a Resolução nº 466/ 2012, que aborda diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Esta pesquisa respalda-se na resolução nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde, que trata das especificidades éticas aplicáveis a pesquisas envolvendo seres humanos e nas pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. De acordo com essa resolução, as pesquisas que utilizam informações de acesso e domínio público possuem isenção de registro e avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) (BRASIL, 2016).

5 RESULTADOS

5.1 Manuscrito 1

Caracterização e fatores associados à lesão autoprovocada em adolescentes no ambiente escolar¹

Characterization and factors associated with self-harm in adolescents in the school environment

Conceição de Maria Castro de Aragão^I

Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas^{I, II}

^I Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Piauí (PPGSC/CCS/UFPI), Teresina, Piauí, Brasil.

^{II} Centro de Inteligência em Agravos Tropicais Emergentes e Negligenciados (CIATEN), Teresina, Piauí, Brasil.

Correspondência

C. M. Castro de Aragão

Universidade Federal do Piauí. Avenida Frei Serafim, 2280 – Teresina, Piauí, CEP 64000-020. Email: cmaragao1@hotmail.com.

¹ Elaborado conforme normas do periódico Ciência e Saúde Coletiva, Qualis B1 para a área de Saúde Coletiva. Ver comprovante de submissão no ANEXO B.

Artigo Original

Título Completo

Caracterização e fatores associados à lesão autoprovocada em adolescentes no ambiente escolar

Characterization and factors associated with self-harm in adolescents in the school environment

Autores

Conceição de Maria Castro de Aragão^I

Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas^{I,II}

^IPrograma de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade, Universidade Federal do Piauí, Teresina, Piauí, Brasil. Email: cmaragao1@hotmail.com. Avenida Frei Serafim, 2280 – Teresina, 64000-020, Brasil, Piauí

^{II} Centro de Inteligência em Agravos Tropicais Emergentes e Negligenciados, Teresina, Piauí, Brasil. Email: mdm.mascarenhas@gmail.com

Resumo: Com o objetivo de descrever as características e identificar fatores associados à lesão autoprovocada em adolescentes no ambiente escolar, realizou-se estudo transversal analítico com dados de lesões autoprovocadas registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação no período de 2011 a 2018, no Brasil. Associações estatísticas descritivas foram verificadas pelo teste qui-quadrado (χ^2), com nível de significância 5%. Realizou-se regressão de Poisson para estimar fatores associados por meio do cálculo da razão de proporções e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). Foram notificados 1.989 casos de lesão autoprovocada em adolescentes nas escolas do Brasil; a maioria das vítimas era do sexo feminino (77,1%), na faixa etária de 10 a 14 anos (57,3%), de cor branca (54,9%), residentes na zona urbana (88,7%), notificados em serviços da região Sudeste (46,7%). Residir em zona urbana foi associado negativamente à notificação de lesão autoprovocada na escola (RP=0,72; IC95%: 0,63;0,83), a ocorrência de lesões autoprovocadas na escola foi 10 vezes mais frequente no período diurno que no turno da noite (RP=10,03; IC_{95%} 8,27;12,17) e recorrente em frequência 34% superior aos episódios isolados (RP=1,34; IC_{95%} 1,22;1,47). O evento foi mais frequente quando foram utilizados como meios de autolesão: força corporal, objetos contundentes, objetos cortantes e ameaça ($p<0,05$). Assim, os serviços de saúde e educação precisam estar sensíveis aos registros, atenção e cuidado dos adolescentes notificados com lesão autoprovocada.

Palavras-chave: Autolesão; escola; adolescentes; violência.

Abstract: In order to describe the characteristics and identify factors associated with self-harm in adolescents in the school environment, an analytical cross-sectional study was carried out with data on self-harm registered in the Notifiable Diseases Information System from 2011 to 2018, in Brazil. Descriptive statistical associations were verified by the chi-square test (χ^2), with a significance level of 5%. Poisson regression was performed to estimate associated factors by calculating the ratio of proportions and respective 95% confidence intervals (95%CI). A total of 1,989 cases of self-harm in adolescents were reported in schools in Brazil; most victims were female (77.1%), aged 10 to 14 years (57.3%), white (54.9%), living in urban areas (88.7%), notified in services in the Southeast region (46.7%). Living in an urban area was negatively associated with notification of self-harm at school (PR=0.72; 95%CI: 0.63;0.83), the occurrence of self-harm at school was 10 times more frequent in the daytime than in the night shift (PR=10.03; 95%CI 8.27;12.17), recidivism at a frequency 34% higher than isolated episodes (PR=1.34; 95%CI 1.22;1.47). The event was more frequent when they were used as means of self-injury: body strength, blunt objects, sharp objects and threat ($p<0.05$). Thus, health and education services need to be sensitive to the records, attention and care of adolescents notified with self-harm.

Keywords: Self-injury; school; adolescents; violence.

INTRODUÇÃO

O período da adolescência é influenciado por mudanças físicas, sociais e emocionais; ocorrendo busca por autonomia, resultando na construção de sujeitos com desejos e sentimentos singulares^{1,2}. Se por um lado, esses jovens têm uma sensibilidade emocional acentuada, por outro apresentam baixa capacidade em lidar com emoções, alcançar um bem-estar geral e desenvolver um senso de pertencimento familiar ou no grupo de iguais, o que os leva a comportamentos de risco como: consumo exagerado de álcool e outras drogas, relações sexuais desprotegidas e acidentes².

A lesão autoprovocada caracteriza-se por agressões provocadas em si de forma deliberada, de maneira proposital. Esse comportamento manifesta-se, em geral, na adolescência e na fase de adulto jovem; sendo importante destacar que tal comportamento pode ter duas manifestações: autolesão com intenção suicida e autolesão sem intenção suicida, porém as duas formas são sempre um sinal de risco e não devem ser negligenciadas^{1,3}.

As condutas autolesivas ocorrem em todas as raças, condições socioeconômicas, orientações sexuais, níveis educacionais e faixas etárias, embora

seja difícil encontrar dados desse comportamento em crianças, tendo maior prevalência na primeira fase da adolescência^{2,3,4}.

É na escola que esses comportamentos costumam se tornar mais evidentes e são, geralmente, notados. Com o crescente número de casos em instituições escolares, esse espaço tem importante papel na identificação e intervenção junto ao público adolescente. Porém, até mesmo para a Psicologia, ainda há muito o que se estudar para obter medidas eficazes para comportamentos de lesão autoprovocada⁵.

Os profissionais da escola têm a responsabilidade de identificar os sinais de autolesão e levar essa informação aos familiares da vítima e aos órgãos oficiais da rede de proteção à infância e adolescência, como o Conselho Tutelar, segundo prevê o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)⁶.

Em 2019 foi sancionada a lei 13.819/19, que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, e prevê que os casos suspeitos ou confirmados de violência autoinfligida passarão a ter notificação compulsória pelos estabelecimentos públicos e privados às autoridades sanitárias e pelas instituições de ensino públicas e privadas ao conselho tutelar; devendo os profissionais das instituições serem treinados quanto à notificação dos casos de lesão autoprovocada⁷.

Diante disso, este estudo tem por objetivo descrever as características e identificar fatores associados à lesão autoprovocada em adolescentes no ambiente escolar.

MÉTODO

Estudo transversal analítico com dados sobre o universo de notificações de lesão autoprovocada em adolescentes de 10 a 19 anos de idade, ocorrida no ambiente escolar em todo território brasileiro, selecionadas dentre o total de notificações de violência/lesão autoprovocada constantes no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período de 2011 a 2018 (Figura 1).

O Ministério da Saúde implantou em 2006 o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA). O VIVA conta com dois componentes: VIVA contínuo/Sinan que recolhe dados de violência interpessoal/autoprovocada dos serviços de saúde e o VIVA Inquérito voltado para as informações sobre violências atendidas em serviços de emergência em pesquisas pontuais. Desde 2009, as notificações do VIVA são inseridas no SINAN, e a partir 2011 essas notificações passaram a ser compulsória,

tornando-se universal para todos os serviços de saúde⁸. A ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada é utilizada para notificar os casos de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens de todas as idades, em casos esses suspeitos ou confirmados⁸.

O banco de dados nacional foi disponibilizado pelo Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (DANTPS/SVS/MS), tendo passado, anteriormente, por análise para exclusão dos dados duplicados e correção de inconsistências.

A variável dependente (lesão autoprovocada ocorrida na escola [sim; não]) foi analisada segundo as covariáveis: sexo (feminino; masculino); idade (10-14, 15-19 anos); raça/cor da pele (branca; preta/parda; amarela/indígena); presença de deficiência ou transtorno (sim; não); zona de residência (urbana, periurbana/rural); região de residência (Norte, Nordeste, Sul, Sudeste, Centro-oeste); turno de ocorrência (manhã/tarde; noite/madrugada); ocorrência anterior (sim; não); ingestão de bebida alcoólica (sim; não); meio de autolesão (ameaça, força corporal/espancamento; enforcamento; objeto contundente; objeto perfurocortante; substância/objeto quente; envenenamento, intoxicação; arma de fogo).

Foi realizada análise descritiva, comparação entre as variáveis por meio do teste do qui-quadrado de Pearson (χ^2), com nível de significância de 5%. Realizou-se regressão de Poisson para estimar fatores associados por meio do cálculo da razão de proporções (RP) e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). Os dados foram organizados no programa Excel 2016 e as análises feitas no programa Stata® versão 14.

Por se tratar de um estudo com dados secundários anônimos, a pesquisa dispensa apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa^{9, 10}.

RESULTADOS

No período de 2011 a 2018, foram notificados 1.989 casos de lesão autoprovocada em adolescentes em ambiente escolar no Brasil. As vítimas eram, em sua maioria, do sexo feminino (77,1%), com idade de 10 a 14 anos (57,3%), de cor de pele branca (54,9%), residentes na zona urbana (88,7%) e notificados em serviços da

região Sudeste (46,7%). Cerca de dois a cada 10 registros referiam-se a portadores de algum tipo de deficiência ou transtorno (22,2%). Vítimas do sexo feminino, de cor de pele branca, residentes da zona urbana e notificadas em serviços das regiões Sudeste e Sul foram significativamente mais frequentes no grupo de 10 a 14 anos. A frequência de vítimas com algum tipo de deficiência ou transtorno foi mais elevada no grupo de 15 a 19 anos (Tabela 1).

A ocorrência de lesões autoprovocadas em adolescentes no ambiente escolar foi mais frequente no turno manhã/tarde (91,1%), tendo sido relatada reincidência do evento em 51% das notificações. A ingestão de bebida alcoólica foi registrada em 7,6% das notificações, sendo os meios mais utilizados para autolesão: objeto perfurocortante (40,4%) e envenenamento/intoxicação (37,7%). Estiveram associados à faixa etária de 10 a 14 anos a ocorrência na manhã/tarde e o uso de objeto perfurocortante e contundentes. No grupo de 15 a 19 anos percebeu-se maior proporção de ingestão de bebida alcoólica e de autolesões envolvendo envenenamento/intoxicação e força corporal (Tabela 2).

A Tabela 3 apresenta a proporção e a razão de proporção de notificações de lesão autoprovocada em adolescentes na escola segundo características das vítimas. A proporção de notificações de lesão autoprovocadas em adolescentes na escola foi de 2,8%, variando de 2,6% a 2,8% entre meninos e meninas, respectivamente, sem diferença estatisticamente significativa entre os sexos. A notificação de lesões autoprovocadas em adolescentes na escola foi quase quatro vezes mais frequente entre os adolescentes de 10 a 14 anos de idade (RP=3,57; IC_{95%} 3,27;3,90) em relação aos mais velhos. Residir na zona urbana foi associado negativamente à notificação de lesão autoprovocada na escola (RP=0,72; IC_{95%} 0,63;0,83) quando comparados aos residentes na zona periurbana/rural. Sexo, cor da pele, deficiência ou transtorno e região de notificação não estiveram associados à notificação de lesões autoprovocadas na escola.

A ocorrência de lesões autoprovocadas na escola foi 10 vezes mais frequente no período diurno que no turno da noite (RP=10,03; IC_{95%} 8,27;12,17) e recorrente em frequência 34% superior aos episódios isolados (RP=1,34; IC_{95%} 1,22;1,47). A proporção de notificações de lesão autoprovocada na escola foi significativamente menor entre os estudantes que relataram ingestão de bebida alcoólica. O evento foi associado positivamente aos seguintes meios de autolesão: ameaça (RP=5,25; IC_{95%}

2,23;12,33), força corporal (RP=5,18; IC_{95%} 2,29;11,71), objeto contundente (RP=4,85; IC_{95%} 2,12;11,11) e objeto cortante (RP=4,65; IC_{95%} 2,09;10,32) (Tabela 4).

DISCUSSÃO

O estudo traz um panorama sobre as notificações de lesão autoprovocada em adolescentes na escola, no Brasil, de 2011 a 2018. As vítimas eram, em sua maioria, de cor de pele branca, do sexo feminino. As notificações foram quase quatro vezes mais frequentes entre 10 e 14 anos, dez vezes mais frequentes no turno diurno e apresentaram 51% de reincidência, sendo associado positivamente ao uso de força corporal, objeto contundente, objeto cortante e ameaça.

A maior ocorrência de meninas com notificação de lesão autoprovocada pode ter explicação no fato de que mulheres e homens lidam de maneira diferente com experiências ao longo da vida, sendo as meninas mais propensas a identificar, reconhecer e ter consciência de experiências emocionais. Desta forma, tendem mais a buscar regulação emocional, sendo muitas vezes o comportamento autolesivo a alternativa mais usada¹¹. Portanto, é fundamental que programas de prevenção ao suicídio e à lesão autoprovocada levem em consideração as especificidades do perfil desse comportamento no sexo feminino e busquem estratégias voltadas para esse público¹².

Sabendo-se que há uma subnotificação de casos, não se pode desprezar o alto índice de notificações por lesão autoprovocada¹³. Os resultados encontrados corroboram com a literatura sobre o predomínio do sexo feminino nos casos de autolesão^{13,14}, sendo o sexo considerado fator de risco para esse comportamento¹⁵. Vale ressaltar que a vulnerabilidade feminina integra o perfil das vítimas de lesão autoprovocada¹⁶.

Uma revisão sistemática sobre lesão autoprovocada apontou que as taxas de prevalência atingem seu pico entre adolescentes de 15 a 16 anos e tendem a diminuir no final da adolescência (18 e 19 anos)¹⁷. Outro estudo de revisão afirma que esse comportamento tem início entre os 12 e 14 anos de idade⁶, corroborando com os dados da presente pesquisa com maior destaque para adolescentes mais jovens. Desta forma, a idade também é considerada um fator de risco para lesão autoprovocada¹⁵.

Porém outros estudos, no âmbito nacional e internacional, diferem dessa faixa etária, sendo os casos de lesão autoprovocadas mais prevalentes entre jovens de 15 a 19 anos; de acordo com uma série histórica de 2009 a 2014, com base em dados do SINAN, 59% das notificações aconteceram na segunda fase da adolescência⁸. Um estudo internacional com epidemiologia descritiva sobre fatores de risco e proteção para comportamento autolesivo em adolescentes também apresentou que há maior ocorrência dessa conduta entre adolescentes mais velhos¹⁸. O que se sabe de fato é que esse comportamento, em geral, tem início na adolescência e pode perdurar por anos¹⁹.

Um estudo sobre o perfil das vítimas de autolesão em serviços de urgência e emergência mostrou que maior parte das vítimas eram de cor de pele preta ou parda (62,4%) e apenas 34,3% eram declarados brancos¹⁶, tais resultados diferem do que foi encontrado nesse estudo, mas essas diferenças podem ser explicadas pela miscigenação do país e também por comparação de dados gerais em relação a dados específicos do ambiente escolar.

Sobre esse aspecto, cabe ressaltar que durante muito tempo as fichas de notificação vinham com o campo raça/cor de pele em branco ou preenchidos de maneira inadequada. Com isso, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017, resolve tornar obrigatório o preenchimento da categoria raça/cor de pele nas fichas de notificação, respeitando os critérios de autodeclaração estabelecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)²⁰.

O correto preenchimento desse dado é fundamental, pois a literatura aponta a raça/cor de pele como fator de risco ao comportamento suicida²¹, juntamente com faixa etária, localização geográfica²², nível de escolaridade, renda, estado civil, orientação sexual, ocupação e religião²³. Para as lesões autoprovocadas destaca-se como fator de risco: pouca idade, sexo feminino, ensino médio completo, transtornos psiquiátricos e histórico pessoal ou familiar de suicídio²⁴, corroborando com os achados do presente estudo quanto a faixa etária, sexo, presença de transtornos e reincidência.

A fase de transição entre a infância e a idade adulta causa mudanças e deixa os jovens mais propensos a terem sentimentos de angústia, incertezas e problemas relacionados à autoimagem²⁵. Conforme observado nos dados da pesquisa, dois a cada dez adolescentes que foram notificados por lesão autoprovocada apresentam

algum transtorno/deficiência. Isso mostra que sintomas de depressão, ansiedade e insônia em adolescentes são fatores de risco para a autolesão²⁶.

Um estudo realizado em escolas públicas de Israel mostrou que a depressão esteve associada à lesão autoprovocada (OR=6,22; $p<0,001$), sendo considerada um fator de risco^{27,28}. Dados do boletim epidemiológico dos casos de violência autoprovocada no Brasil, de 2011 a 2018, mostraram que um quinto das vítimas de 15 a 29 anos apresentaram algum tipo de transtorno²⁹. No entanto, os profissionais da escola precisam ter em mente que embora alguns problemas de saúde mental estejam associados à lesão autoprovocada entre adolescentes, esse comportamento não é um inevitável sintoma de transtorno mental subjacente²⁸.

Com relação à recorrência, um estudo sobre os preditores de recorrência de lesão autoprovocada no estado do Mato Grosso apontou que este fato foi mais elevado em pessoas da faixa etária de 10 a 19 anos, com algum tipo de transtorno ou deficiência³⁰. Um estudo realizado na Irlanda com jovens que praticam automutilação apontou que a reincidência é mais comum em adolescentes do sexo feminino³¹. Embora o comportamento de lesão autoprovocada diminua significativamente no final da adolescência, o padrão repetitivo desse comportamento também é considerado fator de risco para estratégias de regulação emocional, especialmente o suicídio¹⁵.

Na presente pesquisa, residir na zona urbana foi associado negativamente à notificação de lesão autoprovocada na escola em adolescente, diferente de outros estudos realizados no Brasil^{13,29} e também com jovens escolares do continente americano, que indicou que adolescentes habitantes da zona urbana são os grupos populacionais com maior risco de autolesão³².

Quanto ao turno da ocorrência, encontrou-se em um estudo do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, corroborando com os achados da presente pesquisa, que nos atendimentos de urgência e emergência, a maioria dos casos de violência autoinfligida ocorreram no período diurno, considerando-se esse turno como um facilitador, visto que a maioria dos pais trabalham nesse período, deixando os adolescentes sozinhos, o que pode facilitar a lesão autoprovocada e as tentativas de suicídio³³. Ainda sobre esse aspecto e por ausência de pesquisas que tragam esse dado específico no ambiente escolar, pode-se especular que o turno da manhã e tarde é aquele em que a grande maioria dos jovens está matriculado nas instituições de ensino, podendo realizar a prática desse comportamento nas dependências da escola.

Em relação aos meios utilizados para autolesão é importante destacar que esse comportamento pode ser classificado em dois grupos: o suicida (há intenção de morrer) e o não suicida (não há intenção de morte). Porém, essa intencionalidade é subjetiva, pois depende tanto das informações dadas pelo adolescente quanto da interpretação de quem ouve o mesmo³⁴. Um estudo sobre a prevalência de autolesão em adolescentes destacou que, dentre os principais meios utilizados, os cortes representam 45% dos casos³⁵. A maior parte das lesões provocadas por objeto cortante é superficial, geralmente na parte dorsal da coxa e antebraço, ou na face anterior do abdômen¹⁹.

Nos casos de uso de objeto perfurocortante observa-se nos adolescentes o uso de roupas de mangas compridas, uso de pulseiras, faixas e adereços nos braços na tentativa de esconder as cicatrizes, além de também apresentarem isolamento social⁵. O ato de se lesionar é acompanhado do sentimento de vergonha, sendo um dos motivos da escolha de locais do corpo que possam ser escondidos por roupas ou acessórios³⁶.

Um estudo de metaanálise sobre a prevalência de automutilação em adolescentes afirmou que os cortes tinham a intenção de alívio de pensamentos ou sentimentos, mostrando ainda que ideação e tentativa de suicídio foram significativamente maiores em adolescentes que praticam automutilação com frequência³⁵. Desta forma, não se deve deixar passar despercebido os casos de lesão autoprovocada (sejam essas leves ou graves), devendo sempre haver uma investigação e intervenção com os adolescentes que realizam tais comportamentos.

Em todas as diversidades culturais o corpo serve, ao longo dos anos, como instrumento de comunicação, seja com adereços que comunicam a identidade, status, crença ou valor, como também pode-se verificar ao longo da história as marcas corporais como consequências de lesões autoinfligidas³⁷.

Um estudo destacou que adolescentes que cometem autolesão por meio de cortes na pele apresentam maior impulsividade que aqueles que, por exemplo, cometem ingestão de substâncias nocivas (envenenamento/intoxicação), uma vez que esse comportamento requer um planejamento, o que reflete menor impulsividade³⁸.

No estado do Ceará, em Fortaleza, os agentes tóxicos mais usados nos comportamentos de violência autoinfligida são os praguicidas (42,9%), especialmente agrotóxicos, seguido de medicamentos (39,5%). Em sua maioria, as vítimas que

utilizam esse meio de lesão autoprovocada são mulheres de 12 a 39 anos e o fazem em sua residência³⁹. Nesse ambiente, os agentes tóxicos são de fácil acesso e fazem parte da rotina da vítima⁴⁰. Portanto, pode-se especular que os adolescentes que utilizam esse meio de autolesão no ambiente escolar têm acesso aos produtos tóxicos em casa, pois fazem parte da rotina de muitas famílias.

Os casos de autolesão por envenenamento poderiam ser prevenidos se houvesse restrição no acesso às substâncias tóxicas, com maior rigor para a comercialização⁴¹, uma vez que o motivo da autolesão por envenenamento pode estar associado à dificuldade de acesso a outros meios letais e à facilidade do acesso a este⁴².

A força corporal também esteve associada a lesão autoprovocada e, apesar da literatura não contemplar em grande escala esse meio de autolesão em adolescentes no ambiente escolar, um estudo com adolescentes do ensino fundamental II de Patos (PB), mostrou que 40% das adolescentes entrevistadas citou utilizar objetos que atuam por pressão sobre o corpo (maçaneta de porta, corda, socos na parede, puxões de cabelo). Outras adolescentes relataram usar o peso do próprio corpo contra algum tipo de objeto ou pressionam partes do corpo (como as unhas) contra si mesmas até machucar⁴³. Um documento do Ministério da Saúde⁴⁴ afirma que lesões autoprovocadas são a principal causa de procura de serviços de urgência e emergência por adolescentes, sendo a intoxicação o método mais comum entre as meninas e o enforcamento entre os meninos.

É fundamental que seja realizado um rastreio quanto ao risco de cometer suicídio nos pacientes notificados e naqueles atendidos em serviços de emergência por lesão autoprovocada⁴⁵. Conhecer a fundo o grupo de pessoas que praticam lesão autoprovocada é fundamental quando se pensa em prevenção, com acompanhamento multiprofissional ao jovem e sua família⁴⁶. Abordar tais comportamentos com seriedade, acolher o adolescente e seus familiares e considerar tal ato como sinal de alerta são estratégias eficazes para prevenção de um futuro suicídio¹³.

Os profissionais da escola, ao terem contato com jovens que se autolesionam, devem evitar rotulação imediata ao comportamento suicida, assim como evitar dar conselhos e fazer comparações com outros casos com o mesmo comportamento; no entanto, esses profissionais devem fazer uma escuta ativa desses jovens e em seguida encaminhar aos órgãos competentes⁴⁷.

É necessário lidar com seriedade frente às situações de ameaça de comportamento autolesivo, independente da sua gravidade. Levando essa ameaça a sério cria-se na pessoa a oportunidade de ser ouvida, e com isso elas começam a transformar suas vidas, buscando novas alternativas no encontro com a alteridade, sendo capaz de assimilar e elaborar o sofrimento⁴⁸.

Esse olhar apurado para os casos de ameaça pode ajudar na redução da reincidência desse comportamento; os dados do presente estudo mostraram que 51% dos casos de violência autoprovocada são reincidência, corroborando com o estudo realizado por Madjar *et al*²⁷, onde mais de 17% dos adolescentes relatou ter se envolvido em um ou mais comportamento de lesão autoprovocada (4,4% dois tipos; 2,5% três ou mais). Inferindo-se que essas diferentes formas tenham acontecido em momentos distintos, os jovens das escolas pesquisadas apresentaram reincidência de lesão autoprovocada.

Uma pesquisa apresentou que, para cada suicídio são atribuídas de 10 a 25 tentativas anteriores, ou seja, metade das pessoas que vieram a óbito por suicídio haviam tentado consumir o ato anteriormente, sendo, portanto, a reincidência um importante fator de risco⁴⁹, tanto para o suicídio quanto para a lesão autoprovocada.

A fase da adolescência é marcada por desafios que geram inconstância e agitação⁵⁰, mudanças de humor, instabilidade emocional, episódios depressivos e violação de regras. Comportamentos arriscados que podem prejudicar os outros e a si são comuns nessa faixa etária⁵¹ como é o caso da lesão autoprovocada. Mesmo que a literatura apresente a frequência da autolesão entre adolescentes e o aumento desse comportamento nos últimos anos^{52,53}, as publicações com amostra de público adolescente ainda são escassas no Brasil⁵⁴, especialmente em ambiente escolar.

É importante destacar que os comportamentos autolesivos na adolescência são acompanhados de significados diversos, sendo necessário astúcia na interpretação de tais condutas, dentro e fora das escolas⁵⁵.

Sendo assim, é fundamental que familiares, amigos e profissionais das instituições de ensino tenham atenção a todos os sinais de lesão autoprovocada, por menores que possam parecer, pois conforme os estudos vem apresentando, as pessoas que praticam autolesão não realizam apenas uma vez.

Dentre as limitações do estudo, destaca-se o viés de seleção, tendo em vista que apenas uma parte dos casos de lesão autoprovocada em ambiente escolar são notificados, sendo possível que os dados não sejam suficientes para representar a

situação no Brasil. Outra limitação é o fato de que alguns fatores associados à lesão autoprovocada em ambiente escolar não se encontrou uma literatura específica para fazer comparações entre os estudos. Mesmo com as limitações descritas, este artigo dá margens para que outras pesquisas sobre a temática possam ser aprofundadas. Contribui também para que novas formas de atuação possam ser pensadas e colocadas em prática para prevenir lesões autoprovocadas entre adolescentes no ambiente escolar e fora dele.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa mostrou que de 2011 a 2018 foram notificados 1.989 casos de lesão autoprovocada em adolescentes no ambiente escolar. Em sua maioria, do sexo feminino, de cor de pele branca, sendo quatro vezes mais frequente na idade de 10 a 14 anos. Em relação aos mais velhos, a ocorrência foi dez vezes mais frequente no turno diurno, tendo a força corporal, objeto contundente, objeto cortante, envenenamento e ameaça como principais meios de autolesão.

Assim, os resultados demonstram que há um grande número de adolescentes que praticam lesão autoprovocada em ambiente escolar, mesmo que ainda haja uma subnotificação desses casos e poucos estudos com dados epidemiológicos sobre esse comportamento notificado no ambiente escolar. Os resultados apresentados servem de base para que pais, professores e gestão escolar tenham conhecimento sobre os fatores associados à lesão autoprovocada e possam refletir sobre seus papéis enquanto instituições (familiar e escolar), buscando ajuda profissional especializada para esses adolescentes.

Desta forma, ainda há muito o que se estudar para alcançar medidas eficazes para lidar com casos de lesão autoprovocada e se faz necessário formação e instrução para os profissionais da educação e suporte de profissional especializado que possa auxiliar no manejo dos casos, obtendo assim sucesso na intervenção com esses alunos.

Os serviços de saúde e educação precisam estar atentos aos registros dos comportamentos de autolesão e ao cuidado dos adolescentes notificados, considerando a dimensão e complexidade do fenômeno. Ressalta-se ainda a necessidade de mais pesquisas sobre as notificações de lesão autoprovocada no ambiente escolar, para que novas políticas públicas direcionadas aos adolescentes e

ao ambiente escolar sejam elaboradas e implementadas, trazendo maior arcabouço de prevenção e promoção da saúde desse público.

REFERÊNCIAS

1. Guerreiro DF, Sampaio D. Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Rev port saúde pública* 2013; 31(2):213–222.
2. Almeida RS, Crispim MSS, Silva DS, Peixoto SPL. A prática da automutilação na adolescência: o olhar da psicologia escolar/ educacional. *Ciênc Humanas e Sociais* 2018; 4(3):147-160.
3. Santos LCS, Faro A. Aspectos conceituais da conduta autolesiva: Uma revisão teórica. *Psicol Pesq* 2018;12(1):1-10.
4. Jorge JC, Queirós O, Sariava J. Descodificação dos comportamentos autolesivos sem intenção suicida – Estudo qualitativo das funções e significados na adolescência. *Anál Psicol* 2015;33(2):207-219.
5. Silva MFA, Siqueira AC. O perfil de adolescentes com comportamentos de autolesão identificados nas escolas estaduais em Rolim de Moura – RO. *Rev Farol*. 2017; 3(3):4-20.
6. Sant’Ana IM. Autolesão não suicida na adolescência e a atuação do psicólogo escolar: uma revisão narrativa. *Rev Psicol IMED* 2019;11(1):120-138.
7. Brasil. Lei 13.819 de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. *Diário Oficial da União* 2019; 26 abr.
8. Brasil. Instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. 2016:7-91.
9. Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* 2012; 12 dez.
10. Brasil. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Aprova das normas regulamentadoras de pesquisas em ciências sociais, humanidades e outras disciplinas que utilizam metodologias características dessas áreas. *Diário Oficial da União* 2016; 07 abr.
11. Fonseca PHN, Silva AC, Araujo LMC, Botti NCL. Autolesão sem intenção suicida entre adolescentes. *Arq. bras. psicol.* 2018;70(3):246-258.
12. Vijayakumar, L. Suicide in women. *Indian J Psychiatry.* 2015; 57(6):233-238.
13. Bahia CA, Avanci JQ, Pinto LW, Minayo MCS. Notificações e internações por lesão autoprovocada em adolescentes no Brasil, 2007-2016. *Epidemiol. Serv. Saude.* 2020;29(2):1-12.

14. Vieira MG, Pires MHR, Pires OC. Self-mutilation: pain intensity, triggering and rewarding factors. *Rev Dor*. 2016;17(4):257-60.
15. Bresin K, Schoenleber M. Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2015;38:55–64.
16. Bahia CA, Avanci JQ, Pinto LW, Minayo MCS. Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* 2017;22(9):2841-2850.
17. Plener P, Schumacher T, Munz L, Groschwitz R. The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2015;2(1):2.
18. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry* 2006;47(4):372-94.
19. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5th ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
20. Brasil. Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação de saúde. *Diário Oficial da União* 2017, 1 fev.
21. Machado DB, Santos DN. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. *J Bras Psiq* 2015; 64(1):45-54.
22. Cicogna JIR., Hillesheim D, Hallal, ALL. Mortalidade por suicídio de adolescentes no Brasil: tendência temporal de crescimento entre 2000 e 2015. *J Bras Psiq* 2019; 68(1):1-7.
23. Conejero I, Castroman-Lopez J, Giner L, Baca-Garcia E. Sociodemographic Antecedent Validators of Suicidal Behavior: A Review of Recent Literature. *Curr Psychiatry Rep*. 2016;18(10):94.
24. Gniwa OR, Ben Soussia R, Bouali W, Sriha Belguith A, Younes S, Zarrouk L. Psychiatric Emergencies: Factors Associated With Suicide Attempts. *Tunis Med*. 2019; 97(7):910-917.
25. Figueiredo F. Redes Sociais: Um suporte para a prática do self-cyberbullying. *Educ soc e culturas* 2017;(44):07-129.
26. Alves Junior CAS, Nunes HEG, Gonçalves ECA, Silva DAS. Comportamentos suicidas em adolescentes do sul do Brasil: Prevalência e características correlatas. *J. Hum. Growth Dev*. São Paulo. 2016; 26(1):88-94.
27. Madjar N, Bem Shabat S, Elia R, Fellner N, Rehavi M, Rubin SE, Segal N, Shoval G. Non-suicidal self-injury within the school contexto: multilevel analysis of teachers'support and peer climate. *Eur Psychiatry*. 2017; 41:95-101.

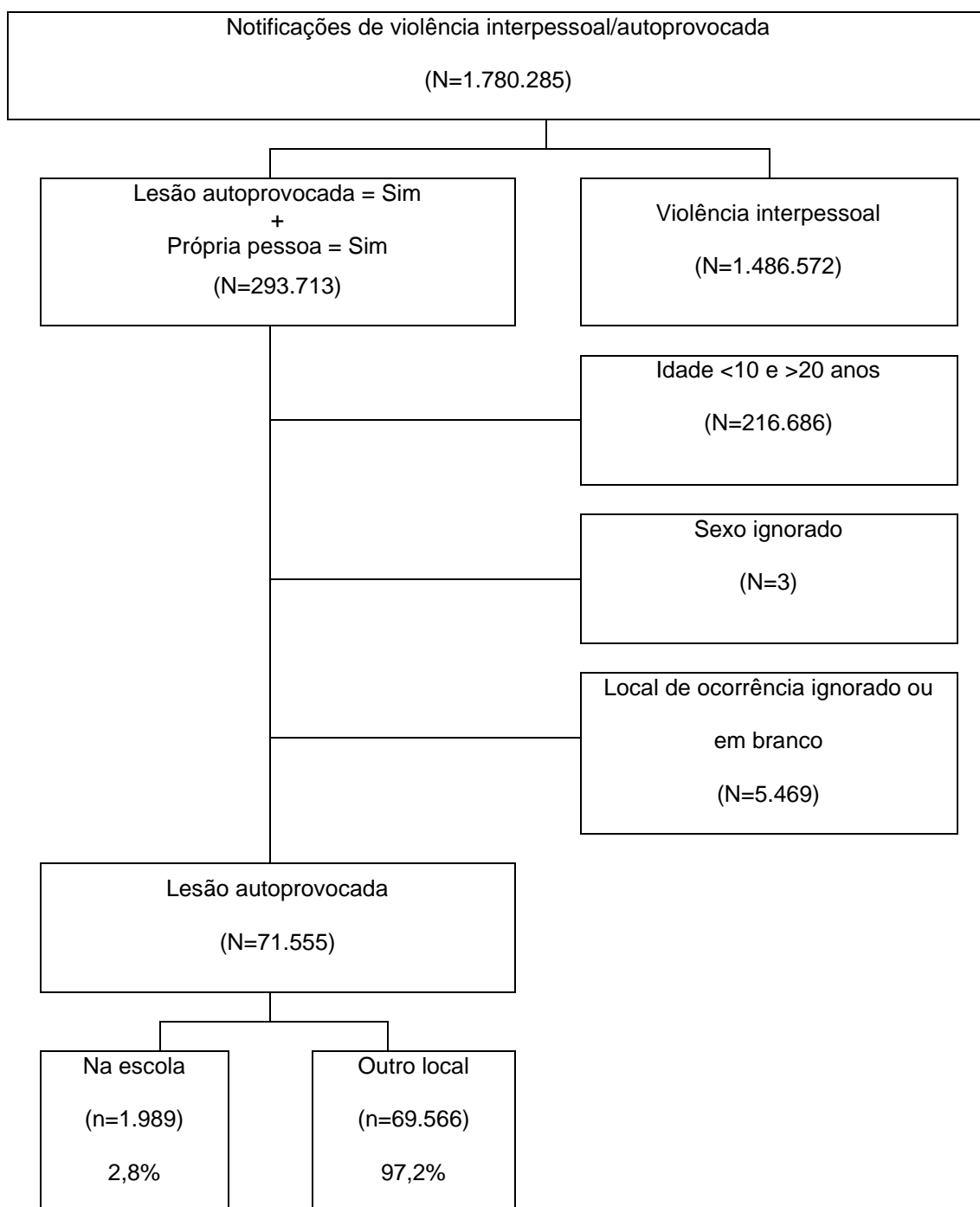
28. Riggi MED, Moumme S, Health NL, Lewis SP. Non-Suicidal Self-Injury in Our Schools: A Review and Research-Informed Guidelines for School Mental Health Professionals. *Can J Sch Psychol*. 2016: 1-22.
29. Brasil. Perfil epidemiológico dos casos notificados de violência autoprovocada e óbitos por suicídio entre jovens de 15 a 29 anos no Brasil, 2011 a 2018. *Boletim Epidemiológico*. Ministério da Saúde. 2019;50(24):1-14.
30. Sousa NTB, Teixeira LOO, Vedana KGG, Miasso AI. Preditores de recorrência de lesões autoprovocadas e de óbitos por suicídio em um estado brasileiro. *Research, Society and Develop*. 2021;10(2):1-17.
31. Bennardi M, McMahon E, Corcoran P, Griffin E, Arensman E. Risk of repeated self-harm and associated factors in children, adolescents and young adults. *BMC Psych* 2016;16(1):421.
32. Toro DC, Paniagua RE, González CM, Montoya B. Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio, Medellín, 2006. *Rev da Facul Nac de Salud Pública* 2009;27(3):302-308.
33. Avanci RC, Pedrão LJ, Júnior MLC. Perfil do adolescente que tenta suicídio em uma unidade de emergência. *Rev Bras Enferm* 2005; 58(5):535-539.
34. Nock MK. Self-injury. *Annu Rev Clin Psychol* 2010; 6:339-363.
35. Gillies D, Christou MA, Dixon AC, Featherston OJ, Rapti I, Garcia-Anguaita A, Villasis-Keever M, Reebye P, Christou E, Al Kabir N, Christou PA. Prevalence and characteristics of self-harm in adolescents: meta-analyses of community-based studies 1990–2015. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2018;57(10):733-41.
36. Rocha GMA. Conduitas autolesivas: uma leitura pela Teoria do Apego. *Rev Bras Psicol* 2015; 2(1):62-70.
37. Araújo JFB, Chatelard DS, Carvalho IS, Viana TCO. Corpo na dor: automutilação, masoquismo e pulsão. *Estilos Clin* 2016;21(2):497-515.
38. Rodham K, Hawton K, Evans E. Reasons for deliberate self-harm: Comparison of self-poisoners and self-cutters in a community sample of adolescents. *J. of the American Academy Child Adol Psych* 2004; 43(1):80-87.
39. Gondim APS, Nogueira RR, Lima JGB, Lima RAC, Albuquerque PLMM, Veras MSB, Ferreira MAD. Tentativas de suicídio por exposição a agentes tóxicos registradas em um Centro de Informação e Assistência Toxicológica em Fortaleza, Ceará, 2013. *Epidemiol Serv Saude* 2017; 26(1):109-119.
40. Moreira DL, Martin MC, Gubert FA, Sousa FSP. Perfil de pacientes atendidos por tentativa de suicídio em um centro de assistência toxicológica. *Cienc Enferm* 2015; 21(2): 63-75.

41. Ribeiro NM, Castro SS, Scatena LM, Haas LM. Análise da Tendência temporal do suicídio e de sistemas de informações em saúde em relação às tentativas de suicídio. *Texto Cont Enf* 2018; 27(2):1-11.
42. Felix TA, Oliveira EM, Lopes MVO, Dias MAS, Parente JRF, Moreira RMM. Risco para violência autoprovocada: prenuncio de tragédia, oportunidade de prevenção. *Enferm Global* 2019; 53:389-402.
43. dos Santos AA, Barros DR, de Lima BM, Brasileiro TC. Automutilação na adolescência: compreendendo suas causas e consequências. *Temas em Saúde*. 2018; 18(3): 116-142.
44. Brasil. Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. 2018: 11-233.
45. Ballard ED, Cwik M, Storr CL, Goldstein M, Eaton WW, Wilcox HC. Recent medical service utilization and health conditions associated with a history of suicide attempts. *General Hosp Psych* 2014; 36(4):437-441.
46. Anderson LM, Lowry LS, Wuensch KL. Racial differences in adolescents' answering questions about suicide. *Death Stud* 2015; 39(10):600-604.
47. Klonsky ED, Lewis SP. In: Nock MK, editor. Assessment of nonsuicidal self-injury. 2014. P. 337-354.
48. Conselho Federal de Psicologia. Suicídio e os Desafios para a psicologia. 1ª ed. Brasília, 2013.
49. Botega NJ. Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicol. USP*. 2014; 25(3): 231-236.
50. Weiten W. Introdução à psicologia: temas e variações. 7.ed. São Paulo: Cengage Learnin; 2010.
51. Schultz DP, Schultz SE. Teorias da personalidade. 3.ed. São Paulo: Cengage Learning; 2015.
52. Muehlenkamp JJ, Claes L, Havertape L, Plener PL. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child Adolesc Psychiatry Mental Health*. 2012; 6(10):2-9.
53. Plener PL, Allroggen M, Kapusta ND, Brahler E, Fegert JM, Groschwir RC. The prevalence of non-suicidal self-injury in a representative sample of the German population. *BMC Psych*. 2016; 16(353):1-7.
54. Arruda LES, Silva LR, Nascimento JW, Freitas MVA, Santos ISF, Silva JTL. Lesões autoprovocadas entre adolescentes em um estado do nordeste do Brasil no período de 2013 a 2017. *Brazil Journal Health Rev* 2021; 4(1):105-118.
55. Lopes LS, Teixeira LC. Automutilações na adolescência e suas narrativas em contexto escolar. *Est Clín* 2019; 24(2):291-303.

Colaboradores

CMC Aragão colaborou na concepção, análise, interpretação dos dados e redação do artigo e MDM Mascarenhas colaborou na concepção, delineamento do estudo, análise, interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação da versão a ser publicada.

Figura 1. Fluxograma de seleção de registros de notificação de lesão autoprovocada em adolescentes na escola. Brasil, 2011–2018.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 2011-2018.

Tabela 1 - Notificações de lesão autoprovocada em adolescentes na escola segundo características das vítimas. Brasil, 2011-2018.

Características	Total	10 a 14	15 a 19	Valor de p ^a
	(1.989; 100,0%) n (%)	(1.140; 57,3%) N (%)	(849; 42,7%) n (%)	
Sexo (n=1.989)				<0,001
Feminino	1.533 (77,1)	920 (80,7)	613 (72,2)	
Masculino	456 (22,9)	220 (19,3)	236 (27,8)	
Cor da pele (n=1.830) ^b				0,005
Branco	1.004 (54,9)	609 (58,1)	395 (50,6)	
Preto/pardo	798 (43,6)	427 (40,7)	371 (47,5)	
Amarelo/indígena	28 (1,5)	13 (1,2)	15 (1,9)	
Deficiência (n=1.647) ^b				0,009
Sim	365 (22,2)	183 (19,8)	182 (25,2)	
Não	1.282 (77,8)	741 (80,2)	541 (74,8)	
Zona de residência (n=1.941) ^b				<0,001
Urbana	1.721 (88,7)	1.008 (91,2)	713 (85,3)	
Periurbana/rural	220 (11,3)	97 (8,8)	123 (14,7)	
Região de notificação (n=1.989)				<0,001
Sudeste	929 (46,7)	543 (47,6)	386 (45,5)	
Sul	610 (30,7)	387 (34,0)	223 (26,3)	
Nordeste	208 (10,5)	81 (7,1)	127 (14,9)	
Centro-Oeste	142 (7,1)	91 (8,0)	51 (6,0)	
Norte	100 (5,0)	38 (3,3)	62 (7,3)	

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 2011-2018.

a) Teste do qui-quadrado de Pearson.

b) Valores divergem em relação ao total devido a dados ausentes (em branco ou ignorado), cujos foram excluídos das análises.

Tabela 2 - Notificações de lesão autoprovocada em adolescentes na escola segundo características da ocorrência. Brasil, 2011-2018.

Características	Total	10 a 14	15 a 19	Valor de p ^a
	(1.989; 100,0%) n (%)	(1.140; 57,3%) n (%)	(849; 42,7%) n (%)	
Turno (n=1.259) ^b				<0,001
Manhã/tarde	1.147 (91,1)	665 (96,2)	482 (84,9)	
Noite/madrugada	112 (8,9)	26 (3,8)	86 (15,1)	
Ocorrência anterior (n=1.725) ^b				0,565
Sim	875 (50,7)	502 (51,3)	373 (49,9)	
Não	850 (49,3)	476 (48,7)	374 (50,1)	
Ingestão de álcool (n=1.574) ^b				0,031
Sim	120 (7,6)	57 (6,4)	63 (9,3)	
Não	1.454 (92,4)	838 (93,6)	616 (90,7)	
Meio de autolesão ^b				
Objeto perfurocortante	778 (40,4)	546 (49,5)	232 (28,2)	<0,001
Envenenamento/intoxicação	730 (37,7)	346 (31,3)	384 (46,2)	<0,001
Força corporal	112 (5,8)	51 (4,6)	61 (7,5)	0,009
Objeto contundente	66 (3,4)	46 (4,2)	20 (2,5)	0,038
Enforcamento	51 (2,7)	25 (2,3)	26 (3,2)	0,226
Ameaça	37 (2,0)	18 (1,6)	19 (2,3)	0,288
Substância quente	11 (0,6)	5 (0,5)	6 (0,7)	NA
Arma de fogo	6 (0,3)	1 (0,1)	5 (0,6)	NA
Outros ^c	291 (15,5)	152 (14,2)	139 (17,2)	0,074

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 2011-2018.

a) Teste do qui-quadrado de Pearson.

b) Valores divergem em relação ao total devido a dados ausentes (em branco ou ignorado), cujos foram excluídos das análises.

c) Qualquer meio não contemplado nas categorias anteriores (precipitação de lugar elevado, autoimolação, jogar-se na frente de veículos).

NA: não se aplica o cálculo do qui-quadrado, devido à existência de valor esperado < 5.

Tabela 3 - Proporção e razão de proporção de notificações de lesão autoprovocada em adolescentes na escola segundo características das vítimas. Brasil, 2011-2018

Características	Ocorrência na escola		RP (IC95%)	Valor p ^a
	Sim, n (%)	Não, n (%)		
Total	1.989 (2,8)	69.566 (97,2)	-	-
Sexo (n=71.555)				0,138
Masculino	456 (2,6)	16.956 (97,4)	1,08 (0,97;1,20)	
Feminino	1.533 (2,8)	52.610 (97,2)	1,00	
Faixa etária, anos (n= 71.555)				<0,001
10-14	1.140 (5,8)	18.412 (94,2)	3,57 (3,27;3,90)	
15-19	849 (1,6)	51.154 (98,4)	1,00	
Cor da pele (n=64.819) ^b				0,390
Preto/Pardo	798 (2,9)	26.485 (97,1)	1,06 (0,97;1,16)	
Amarelo/indígena	28 (2,6)	1.055 (97,4)	0,94 (0,65;1,36)	
Branco	1.004 (2,8)	35.449 (97,2)	1,00	
Deficiência (n=57.900) ^b				0,097
Sim	365 (2,6)	13.462 (97,4)	0,91 (0,81;1,02)	
Não	1.282 (2,9)	42.791 (97,1)	1,00	
Zona de residência (n=69.882) ^b				<0,001
Urbana	1.721 (2,7)	62.240 (97,3)	0,72 (0,63;0,83)	
Periurbana/rural	220 (3,7)	5.701 (96,3)	1,00	
Região de notificação (n=71.555)				0,056
Centro-Oeste	142 (2,7)	5.164 (97,3)	1,15 (0,93;1,42)	0,198
Sudeste	929 (2,8)	32.234 (97,2)	1,20 (1,04;1,40)	0,015
Sul	610 (3,0)	20.166 (97,0)	1,26 (1,08;1,47)	0,004
Norte	100 (3,0)	3.284 (97,0)	1,27 (1,00;1,60)	0,048
Nordeste	208 (2,3)	8.718 (97,7)	1,00	

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 2011-2018.

a) Teste do qui-quadrado de Pearson.

b) Valores divergem em relação ao total devido a dados ausentes (em branco ou ignorado), cujos registros foram excluídos das análises.

RP: razão de proporção; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

Tabela 4 - Proporção e razão de proporção de notificações de lesão autoprovocada em adolescentes na escola segundo características da ocorrência. Brasil, 2011-2018.

Características	Ocorrência na escola		RP (IC _{95%})	Valor p ^a
	Sim, n (%)	Não, n (%)		
Total	1.989 (2,8)	69.566 (97,2)	-	-
Turno da ocorrência (n=43.147) ^b				<0,001
Diurno	1.147 (5,3)	20.647 (94,7)	10,03 (8,27;12,17)	
Noturno	112 (0,5)	21.241 (99,5)	1,00	
Ocorrência anterior (n=58.186) ^b				<0,001
Sim	850 (3,5)	23.593 (96,5)	1,34 (1,22;1,47)	
Não	875 (2,6)	32.868 (97,4)	1,00	
Ingestão de álcool (n=52.716) ^b				<0,001
Sim	120 (2,0)	5.741 (98,0)	0,66 (0,55;0,79)	
Não	1.454 (3,1)	45.401 (96,9)	1,00	
Meio de autolesão ^c				
Ameaça	37 (6,5)	534 (93,5)	5,25 (2,23;12,33)	<0,001
Força corporal	112 (6,4)	1.638 (93,6)	5,18 (2,29;11,71)	<0,001
Objeto contundente	66 (6,0)	1.036 (94,0)	4,85 (2,12;11,11)	<0,001
Objeto cortante	778 (5,7)	12.787 (94,3)	4,65 (2,09;10,32)	<0,001
Envenenamento/intoxicação	730 (1,9)	37.793 (98,1)	1,53 (0,69;3,41)	0,288
Substância quente	11 (1,6)	658 (98,4)	1,33 (0,50;3,58)	0,568
Enforcamento	51 (1,5)	3.261 (98,5)	1,25 (0,54;2,89)	0,605
Arma de fogo	6 (1,2)	480 (98,8)	1,00	

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 2011-2018.

a) Teste do qui-quadrado de Pearson.

b) Valores divergem em relação ao total devido a dados ausentes (em branco ou ignorado), cujos registros foram excluídos das análises.

c) Valores não correspondem ao total de casos, pois poderia ser respondido mais de um meio de autolesão para o mesmo caso.

RP: razão de proporção; IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%.

5.2 Manuscrito 2

Tendência temporal das notificações de lesão autoprovocada em adolescentes no ambiente escolar²

Temporal trend of self-inflicted injury notifications in adolescents in the school environment

Conceição de Maria Castro de Aragão^I

Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas^{I,II}

^I Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Piauí (PPGSC/CCS/UFPI), Teresina, Piauí, Brasil.

^{II} Centro de Inteligência em Agravos Tropicais Emergentes e Negligenciados, Teresina, Piauí, Brasil.

Correspondência

C. M. Castro de Aragão

Universidade Federal do Piauí. Avenida Frei Serafim, 2280 – Teresina, Piauí, CEP 64000-020. Email: cmaragao1@hotmail.com.

² Elaborado conforme normas do periódico Epidemiologia e Serviços de Saúde, Qualis B2 para a área de Saúde Coletiva. Ver comprovante de submissão no ANEXO C”.

Artigo Original

Título Completo

Tendência temporal das notificações de lesão autoprovocada em adolescentes no ambiente escolar

Temporal trend of self-inflicted injury notifications in adolescents in the school environment

Tendencia temporal de los informes de lesiones autoinfligidas en adolescentes en el entorno escolar

Tendência temporal de lesões autoprovocadas

Autores

Conceição de Maria Castro de Aragão¹ <https://orcid.org/0000-0001-6886-3580>

Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas^{1,2} <https://orcid.org/0000-0001-5064-2763>

¹Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade, Universidade Federal do Piauí, Teresina, Piauí, Brasil. Email: cmaragao1@hotmail.com. Avenida Frei Serafim, 2280 – Teresina, 64000-020, Brasil, Piauí

²Centro de Inteligência em Agravos Tropicais Emergentes e Negligenciados, Teresina, Piauí, Brasil. Email: mdm.mascarenhas@gmail.com

Resumo

Objetivo: analisar a tendência de notificações de lesão autoprovocada em adolescentes no ambiente escolar, de 2011 a 2018, no Brasil. **Método:** Estudo ecológico de série temporal, com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, por regressão linear de Prais-Winsten. **Resultados:** Foram notificados 1.989 casos de lesão autoprovocada em adolescentes em ambiente escolar no Brasil. A taxa de notificação variou de 0,09 a 2,75, com tendência crescente tanto para sexo feminino (VPA=66,0%; IC_{95%} 39,0; 98,3) quanto masculino (VPA=55,2%; IC_{95%} 29,9; 85,4). A região Norte apresentou tendência de estabilidade; as regiões Sudeste e Sul apresentaram tendência crescente, destacando-se Rio de Janeiro (VPA=85,5%; IC_{95%} 58,0; 117,8) e Paraná (VPA=73,6%; IC_{95%} 41,9; 112,3). No centro-oeste somente o Mato Grosso do Sul apresentou incremento (VPA=54,5%; IC_{95%} 16,9;104,2). **Conclusão:** O Brasil apresenta crescimento dos casos de lesão autoprovocada em adolescentes no ambiente escolar, entre os anos de 2011 a 2018.

Palavras-chave: Autolesão; violência; adolescentes; estudos de série temporal; sistema de informação em saúde.

Abstract

Objective: to analyze the trend of reports of self-inflicted injury in adolescents in the school environment, from 2011 to 2018, in Brazil. **Method:** Ecological study of time series, with data from the Information System of Notifiable Diseases, by linear regression of Prais-Winsten. **Results:** 1,989 cases of self-harm in adolescents in a school environment were reported in Brazil. The notification rate ranged from 0.09 to 2.75, with an increasing trend for both females (VPA=66.0%; 95%CI 39.0; 98.3) and males (VPA=55.2%; 95%CI % 29.9; 85.4). The North region showed a trend of stability; the Southeast and South regions showed an increasing trend, standing out Rio de Janeiro (VPA=85.5%; 95%CI 58.0; 117.8) and Paraná (VPA=73.6%; 95%CI 41.9; 112.3). In the Midwest, only Mato Grosso do Sul showed an increase (VPA=54.5%; 95%CI 16.9;104.2). **Conclusion:** Brazil presents an increase in cases of self-harm in adolescents in the school environment, between the years 2011 to 2018.

Keywords: Self-injury; violence; adolescents; time series; Time Series Studies.

Resumen

Objetivo: analizar la tendencia de los reportes de lesiones autoinfligidas en adolescentes en el ambiente escolar, de 2011 a 2018, en Brasil. **Método:** Estudio ecológico de series temporales, con datos del Sistema de Información de Enfermedades de Declaración Obligatoria, por regresión lineal de Prais-Winsten. **Resultados:** Se reportaron un total de 1.989 casos de lesiones autoinfligidas en adolescentes en un ambiente escolar en Brasil. La tasa de notificación varió de 0,6 a 4,5, con una tendencia creciente (APV=62,7%; IC95% 36,1;94,6), ambos para el sexo femenino (APV=66,0%; IC95% 39,0; 98,3) así como hombres (APV=55,2%; IC95% 29,9; 85,4). La región Norte mostró una tendencia de estabilidad; las regiones Sudeste y Sur mostraron una tendencia creciente, especialmente Río de Janeiro (APV=85,5%; IC95% 58,0; 117,8) y Paraná (APV=73,6%; IC95% 41,9; 112,3). En el medio oeste, sólo Mato Grosso do Sul aumentó (VPA=54,5%; IC95% 16,9;104,2). **Conclusión:** Brasil presenta un aumento en los casos de lesiones autoinfligidas en adolescentes en el ambiente escolar, entre 2011 y 2018.

Palabras-clave: Autolesión; la violencia; adolescentes; estudios de series de tiempo; sistema de información.

Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), violência é o uso, de maneira intencional, da força física, real ou em ameaça, contra si, outra pessoa, grupo ou comunidade, resultando em lesão, dano psicológico ou óbito¹. Quem comete ato violento pode ser classificado em três grupos: 1) violência autoprovocada ou autoinfligida (contra si mesmo), 2) violência interpessoal (doméstica e comunitária) e 3) violência coletiva (grupos políticos, organizações terroristas, milícias)². Desta forma,

considera-se como violência autoprovocada as tentativas de suicídio, o suicídio, a autoflagelação, autopunição e autolesão³.

Os comportamentos autolesivos são tidos como problema de saúde pública, uma vez que causam danos físicos e psicológicos para a vítima, seus familiares e amigos. Esses comportamentos aparecem em diversos contextos socioeconômicos e culturais, mas ainda há diversos tabus na sociedade para falar sobre a temática⁴.

De modo geral, lidar com sujeitos que realizam lesão autoprovocada é um desafio para profissionais de saúde mental e da educação, tendo em vista as consequências físicas e psicológicas para o indivíduo e as pessoas próximas a ele⁵. Um estudo sobre lesão autoprovocada em adolescentes no Brasil, apresentou que de 2011 a 2014 foram registrados 67.388 casos desse tipo de violência em serviços de saúde, o que correspondeu a 14% do total dos registros de violência⁶.

Mesmo que a literatura aponte uma crescente frequência de lesão autoprovocada entre adolescentes nos últimos anos^{7,8}, ainda há poucos estudos de evidências com esse público no Brasil, em especial no ambiente escolar.

Assim, justifica-se a realização deste estudo devido à preocupação com o aumento de casos de lesão autoprovocada, buscando averiguar a tendência das notificações; assim como pela necessidade de divulgar produções científicas sobre o tema a fim de aumentar as ações de prevenção ao comportamento autolesivo e promoção da saúde mental dos adolescentes. Deste modo, objetiva-se analisar a tendência de notificações de lesão autoprovocada em adolescentes no ambiente escolar.

Método

Trata-se de um estudo transversal analítico com um componente de análise de série temporal, com abordagem quantitativa.

Os dados sobre as notificações de lesão autoprovocada em adolescentes (10 a 19 anos), ocorridas em ambiente escolar, no período de 2011 a 2018, foram obtidos através da ficha de notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), disponibilizada pelo Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (DANTPS/SVS/MS), de todas as unidades notificadoras do Brasil. Utiliza-se essa ficha para notificar os casos de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura,

intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens de todas as idades, em casos esses suspeitos ou confirmados⁹.

A amostra incluiu todas as notificações de lesão autoprovocada em adolescentes de 10 a 19 anos de idade ocorridas no ambiente escolar em todo território brasileiro, selecionadas dentre o total de notificações de violência/lesão autoprovocada constantes no SINAN, no período de 2011 a 2018. Para a seleção da amostra foram seguidas as etapas descritas na Figura 1.

O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) foi implantado pelo Ministério da Saúde em 2006, conta com o VIVA contínuo/Sinan que apresenta dados de violência interpessoal/autoprovocada dos serviços de saúde e o VIVA Inquérito voltado para as informações sobre violência atendidas em serviços de emergência em pesquisas pontuais. As notificações de violência passaram a ser compulsórias a partir de 2011, em todos os serviços de saúde⁹.

Este estudo tem como variável dependente (lesão autoprovocada ocorrida na escola (sim; não)) e esta foi analisada segundo as covariáveis: sexo (feminino; masculino); idade (10-14, 15-19 anos); raça/cor da pele (branca; preta/parda; amarela/indígena); zona de residência (urbana, periurbana/rural); região de residência (Norte, Nordeste, Sul, Sudeste, Centro-oeste).

A organização do banco de dados e o cálculo das taxas de notificação foram realizadas no programa Excel 2016 para Windows e as análises estatísticas processadas no programa Stata® versão 14.

A taxa bruta de notificação de lesão autoprovocada em ambiente escolar foi obtida pela razão entre o número absoluto de notificações e a população de 10 a 19 anos de idade, estratificada para país, regiões e estados para cada ano da série. Foi realizada análise descritiva, comparação entre as variáveis por meio do teste do qui-quadrado de Pearson (χ^2), com nível de significância de 5%.

Para calcular a tendência temporal das notificações de lesão autoprovocada em ambiente escolar, foi utilizado o modelo de regressão linear de Prais-Winsten, para quantificar as variações percentuais anuais (VPA) e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). As tendências das taxas serão crescentes quando $p < 0,05$ e coeficiente da regressão positivo, decrescentes quando $p < 0,05$ e coeficiente da regressão negativo, e estáveis quando $p > 0,05$. O nível de significância estatística será atestado quando $p < 0,05$ ¹⁰. Foi realizada a distribuição de casos de violência

autoprovocada, segundo sexo e ano, assim como a distribuição segundo idade e ano, no mesmo período.

Por se tratar de uma pesquisa com informações de acesso e domínio público, garantindo a privacidade e confidencialidade dos dados, dispensa registro e avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)^{11,12}.

Resultados

No período de 2011 a 2018, foram notificados 1.989 casos de lesão autoprovocada em adolescentes em ambiente escolar no Brasil. A maioria das vítimas era do sexo feminino (77,1%), na faixa etária de 10 a 14 anos (57,3%), de cor de pele branca (54,9%) e residentes na zona urbana (88,7%), conforme apresenta a tabela 1. Na figura 2 pode ser observado o número e a taxa de notificação (por 100.000 hab.) de lesão autoprovocada em adolescentes, percebendo-se um aumento de 2011 a 2018, sendo verificada maior taxa de variação das notificações a partir de 2016.

Na tabela 2 está descrita a tendência da taxa de notificação de lesão autoprovocada em adolescentes na escola, segundo sexo e faixa etária. Houve tendência crescente tanto para sexo feminino (VPA=66,0%; IC_{95%} 39,0; 98,3) quanto para sexo masculino (VPA=55,2%; IC_{95%} 29,9; 85,4). Também foi observada tendência de aumento na taxa de notificação segundo faixa etária, tendo o maior incremento sido observado no grupo de 10 a 14 anos de idade (VPA=66,3%; IC_{95%} 37,2; 101,6).

Evidenciou-se tendência crescente na taxa de notificação de lesões autoprovocadas em adolescentes na escola no Brasil (VPA=62,7%; IC_{95%} 36,1;94,6), com variações nessa tendência segundo estados e regiões. A região Norte apresentou tendência de estabilidade, onde somente Acre (VPA=32,8%; IC_{95%} 1,1;74,4) e Amapá (VPA=4,5%; IC_{95%} 0,3;9,0) demonstraram incremento, enquanto o Amazonas apresentou tendência decrescente (VPA= -23,0%; IC_{95%} -31,8; -13,1). A região Nordeste também apresentou tendência de aumento, o que não se repetiu ao analisar os dados de cada estado dessa região, os quais apresentaram tendência de estabilidade. Em contrapartida, as regiões Sudeste e Sul apresentaram tendência crescente em todos os estados, tendo o Rio de Janeiro (VPA=85,5%; IC_{95%} 58,0; 117,8) e o Paraná (VPA=73,6%; IC_{95%} 41,9; 112,3) apresentado os maiores incrementos em suas respectivas regiões. Na região Centro-Oeste, somente o Mato Grosso do Sul apresentou tendência crescente (VPA=54,5%; IC_{95%} 16,9;104,2),

enquanto os estados de Mato Grosso, Goiás e Distrito Federal mantiveram taxa de notificação estável (Tabela 3).

Discussão

Os resultados dessa análise demonstram aumento no número de notificações de lesão autoprovocada em adolescentes no ambiente escolar, tanto no sexo masculino quanto no sexo feminino, indicando uma melhoria na captação de violência autoprovocada pelo sistema de vigilância. Porém, ainda há necessidade de ajustar a qualidade dos dados disponibilizados por esse sistema, uma vez que quanto melhor a qualidade, maior a capacidade de utilização e ampliação das políticas e ações na área da saúde¹³.

O fato de a variação das taxas de notificação ter sido mais alta a partir de 2016, justifica-se pela publicação da Portaria nº 1.271/2014, a partir da qual a notificação de violências passou a integrar o rol de notificações compulsórias e, posteriormente, com a publicação, em 2016, do Instrutivo de notificação de violência interpessoal/autoprovocada, tem-se uma maior qualidade das notificações³.

A tendência das notificações de lesão autoprovocada, segundo sexo, é consistente com a literatura que aponta que o sexo feminino apresenta maior frequência de ideação e tentativa de suicídio, enquanto os homens apresentam maior frequência do ato consumado¹⁴. Dados internacionais também corroboram com esse resultado, onde um estudo sobre saúde escolar no ensino médio apontou que o sexo feminino está estatisticamente associado ao comportamento autolesivo de suicídio e ideação suicida¹⁵. Outra pesquisa apontou que sexo feminino, violência sexual, bullying, solidão e uso de drogas estiveram associados a esse comportamento¹⁶.

Os adolescentes vêm apresentando um crescimento quanto as notificações das lesões autoprovocadas. Esses casos nessa faixa etária muitas vezes acontecem por fatores apontados como facilitadores, sendo eles: personalidade impulsiva, perfeccionista e com baixa capacidade de tomar decisões difíceis; história de vida e fatores ambientais; comportamento antissocial e baixa tolerância à frustração; expectativas muito altas ou baixas dos pais em relação aos filhos; afastamento de amigos ou pessoas significativas e questões relacionadas à orientação sexual¹⁷.

Diante do atual cenário, é fundamental que os profissionais que atuam diretamente com esse público estejam atentos e dispostos a compreender o

comportamento autolesivo em faixas etárias mais novas, buscando uma intervenção precoce; ter atenção ao uso de mídias sociais e seu impacto sobre a vida do jovem (não apenas o danoso, mas também o preventivo com informação e comunicação); observar os comportamentos de repetição e seus efeitos, especialmente quando há uso de substâncias tóxicas e aliar modelos teóricos, psicológicos e contextuais^{18,19,20}.

O ambiente escolar é um importante espaço social para a troca de experiências e conhecimentos. O apoio de amigos, o amparo e escuta qualificada dos professores e/ou demais profissionais da instituição colaboram para o fortalecimento da resiliência emocional dos adolescentes. Desta forma, a equipe multiprofissional deve estar apta a identificar situações e processos psicossociais que podem interferir no processo de saúde/doença, a fim de realizar ações educativas e participativas de promoção de saúde mental²¹.

Nesse sentido, no aspecto da saúde, educação, promoção de saúde mental e de ajustamento psicossocial dos jovens, a escola tem o dever de cuidar do bem-estar dos discentes, de todas as faixas etárias, através de ações de sensibilização, informação e formação dos pais, alunos e profissionais da escola de maneira geral²². Assim, todos saberão como agir diante de situações de lesão autoprovocada e também realizarão a correta notificação dos casos.

Quanto à tendência nas regiões do país, Norte apresentou estabilidade podendo ser conferida a hipótese de melhoria e eficácia das ações de prevenção incentivadas e apoiadas pela Organização Mundial de Saúde como uma prioridade na agenda global de saúde pública²³ e maior sensibilização para o tema por parte dos profissionais da educação e da saúde⁶.

Um estudo sobre lesão autoprovocada em adolescentes no estado de Pernambuco de 2013 a 2017 apontou crescimento dos casos ao longo dos anos, tendo o ano de 2017 apresentado maior crescimento no período estudado²⁴. Essa diferença entre os estudos pode ser justificada por uso de diferentes amostras e metodologias.

Os maiores percentuais de notificação estão no Rio de Janeiro, em São Paulo e no Paraná, porém é válido destacar que os maiores número não refletem, necessariamente, uma maior incidência de lesão autoprovocada, mas uma melhor estrutura do sistema de notificação e uma captação adequada do SINAN²⁵.

No caso do Rio de Janeiro, um boletim epidemiológico de 2017, mostrou que a região Metropolitana I foi a que apresentou maior notificação de lesão autoprovocada

no SINAN, com 65,02%. O estado tem realizado capacitações com gestores e profissionais da saúde sobre a importância da notificação, o preenchimento qualificado e o destaque para a notificação imediata deste agravo. Ainda assim são necessárias melhores estratégias de notificação no estado, pois ainda há municípios silenciosos, podendo ocasionar em medidas de prevenção ineficazes ou inexistentes, tanto pelo desconhecimento quanto pela descontinuidade das ações. Desta forma, destaca-se que informações epidemiológicas são valiosas para conhecer o território e planejar ações estratégicas eficazes para este e outros agravos²⁶.

A distribuição dos casos de lesão autoprovocada e sua notificação no Brasil apresenta uma combinação de fatores socioculturais, econômicos e psicobiológicos que explicam as elevadas taxas de notificação na região Sul, especialmente nas famílias de agricultores expostas a agrotóxicos e que vivem mais isoladas. Com uma cultura predominantemente alemã, trazem consigo a taxa de autolesão do país de origem, baixa escolaridade, patriarcado, casos de transtorno mental e histórico de suicídio entre as gerações, o que gera uma importante reflexão sobre a tendência de crescimento das notificações na região encontrada neste estudo²⁷.

Os resultados da região centro-oeste demonstram estabilidade em quase todos os estados, havendo uma tendência de crescimento apenas no Mato Grosso do Sul; esse resultado difere de um estudo sobre perfil epidemiológico das lesões autoprovocadas em Goiás que demonstrou um aumento gradativo dessas lesões no estado de 2010 a 2019, mas ainda assim a pesquisa destaca a ocorrência de subnotificações²⁸. O estudo reforça a semelhança com o padrão mundial uma vez que, segundo a Organização Mundial de Saúde, apenas 25% dos casos de lesão autoprovocada são notificados, ou seja, somente os mais graves²⁹, fato que pode justificar a estabilidade encontrada, pois nos dias atuais ainda é persistente a subnotificação desses casos.

A partir desses dados fica evidente que o aumento dos casos de lesão autoprovocada aumenta o risco do suicídio consumado e, conseqüentemente, acarreta perdas sociais e econômicas, tendo em vista que a maioria das vítimas é economicamente ativa³⁰.

Dentre as limitações do estudo destacam-se as subnotificações provenientes dos sistemas de informação, uma vez que provavelmente apenas as ocorrências mais graves são notificadas, havendo também subnotificação desses casos em ambiente escolar, devendo este ser um ponto de alerta quanto ao desenvolvimento de

formações com profissionais da educação sobre a notificação compulsória em casos de lesão autoprovocada. Outra limitação encontra-se no fato de existirem poucas pesquisas sobre tendência temporal específica para lesão autoprovocada em adolescentes no ambiente escolar.

Mesmo com as limitações, este estudo representa uma importante ferramenta para outros estudos de tendência temporal, pois apresenta dados oficiais de domínio público que podem direcionar ações e auxiliar na elaboração de políticas públicas.

Considerações Finais

O estudo mostrou que o Brasil vem apresentando crescimento dos casos de lesão autoprovocada em adolescentes no ambiente escolar, entre os anos de 2011 a 2018, tanto para o sexo feminino quanto para o masculino, com destaque para as regiões Sudeste e Sul do país. A taxa de notificação também apresentou maior variação de aumento a partir de 2016 como resultado das portarias que incluíram a violência na lista de notificação compulsória (para casos suspeitos ou confirmados).

Os resultados aqui apresentados permitem maior conhecimento sobre a situação de lesão autoprovocada no contexto escolar, nas diferentes regiões do país, mesmo que ainda haja uma subnotificação. Sendo a escola um importante espaço de interação social, esse assunto deve ser mais explorado e divulgado, para assim ser notificado e prevenido com maior eficácia.

É necessária uma articulação entre saúde, educação e assistência social para fortalecimento das ações de prevenção à lesão autoprovocada e ao suicídio; a escola muito pode contribuir na identificação, notificação e manejo dos casos, podendo realizar encaminhamentos e articular com a rede municipal suporte aos alunos e seus familiares, uma vez que pela complexidade da situação os adolescentes precisam de atenção individual e prolongada.

Desse modo, os achados do estudo demonstram a relevância da temática enquanto problema de saúde pública e permitem maior compreensão dos casos de lesão autoprovocada em adolescentes na escola. Esse entendimento é necessário para a elaboração de estratégias de intervenção que visem a divulgação dos riscos, a criação de programas de prevenção e impacto relacionados ao comportamento suicida dentro e fora das escolas.

Referências

1. Who Health Organization. Preventing violence and reducing its impact: How development agencies can help. National health programs. 2008:4-49.
2. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002. Disponível em: <http://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>.
3. Brasil. Instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovoada. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. 2016:7-91.
4. Santos LCS, Faro A. Aspectos conceituais da conduta autolesiva: uma revisão teórica. Psicologia em Pesquisa. 2018; 12(1):1-10.
5. Silva EPQ, Santos SP. Práticas de ensino, pesquisa e extensão no âmbito do GPECS: Problematizando corpos, gêneros, sexualidades e educação escolar. Educação e Políticas em Debate. 2015;4(2), p.1 – 16.
6. Bahia CA, Avanci JQ, Pinto LW, Minayo MCS. Notificações e internações por lesão autoprovoada em adolescentes no Brasil, 2007-2016. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2020; 29(2):1-12.
7. Muehlenkamp JJ, Claes L, Havertape L, Plener PL. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health. 2012; 6(10):1-9.
8. Plener PL, Allroggen M, Kapusta ND, Braehler E, Fegert JM, Groschwitz RC. The prevalence of Nonsuicidal Self-Injury in a representative sample of the German population. BMC Psychiatry. 2016; 16(353):1-7.
9. Brasil. Instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovoada. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. 2016:7-91.
10. Antunes JLF, Cardoso MRA. Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2015; 24(3):565-576.
11. Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União. 2012.
12. Brasil. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Diário Oficial da União. 2016.
13. Mota ELA, de Almeida MF, Viacava F. In: de Almeida N, Barreto ML, editors. O dado epidemiológico: estrutura, propriedade e instrumentos. Guanabara Koogan; 2011.
14. Meneghel SN, Moura R, Hesler LZ, Gutierrez DMD. Tentativa de suicídio em mulheres idosas: uma perspectiva de gênero. Ciência e Saúde Coletiva. 2015; 20(6):1721-1730.
15. Sharma B, Nam EW, Kim HY, Kim JK. Factors Associated with Suicidal Ideation and Suicide Attempt among School-Going Urban Adolescents in Peru. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2015; 12(11):14842-14856.
16. Dema T, Tripathy JP, Thinley S, Rani M, Dhendup T, Laxmeshwar C, *et al.* Suicidal ideation and attempt among school going adolescents in Bhutan – a

secondary analysis of a global school-based student health survey in Bhutan 2016. *BMC Public Health*. 2019; 19(1905):1-12.

17. Daine K, Hawton K, Singaravelu V, Stewart A, Simkin S, Montgomery P. The Power of the Web: A Systematic Review of Studies of the Influence of the Internet on Self-Harm and Suicide in Young People. *PLoS ONE*. 2013; 8(10):1-6.

18. Sgobin SMT, Trabali ALM, Botega NJ, Coelho OR. Direct and indirect cost of attempted suicide in a general hospital: cost-of-illness study. *São Paulo Medical Journal*. 2015; 133(3):218-226.

19. Hokby S, Hadlaczky G, Westerlund J, Wasserman D, Balazs J, Germanavicius A, *et al*. Are Mental Health Effects of Internet Use Attributable to the Web-Based Content or Perceived Consequences of Usage? A Longitudinal Study of European Adolescents. *JMIR Ment Health*. 2016; 3(3).

20. Brendt D. A time to reap and a time to sow: reducing the adolescent suicide rate now and in the future: commentary on Cha *et al*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2018; 59(4):483-485.

21. de Abreu PD, da Silva Lúcio FP, de Araújo EC, de Vasconcelos EMR, da Cunha TN. Análise espacial da violência autoprovocada em adolescentes: subsídios para enfrentamento. *Revista de Enfermagem e Atenção Básica*. 2018; 7(3):76-88.

22. Figueiredo F. Redes Sociais: um suporte para a prática do self-cyberbullying. *Educação, Sociedade e Culturas*. 2015; (44):107-129.

23. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. *National Health Programs*. 2014:1-131.

24. de Arruda LES, da Silva LR, do Nascimento JW, Freitas MVA, dos Santos ISF. Lesões autoprovocadas entre adolescentes em um estado do nordeste do Brasil no período de 2013 a 2017. *Brazilian Journal of Health Review*. 2021; 4(1):105-118.

25. Brasil. Perfil epidemiológico dos casos notificados de violência autoprovocada e óbitos por suicídio entre jovens de 15 a 29 anos no Brasil, 2011 a 2018. *Boletim Epidemiológico*. 2019; 50(24):1-14.

26. Aguiar CR, Carvalho MOG. Lesões autoprovocadas e suicídios. Rio de Janeiro; 2018.

27. Botega NJ. Crise suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed; 2015.

28. Rodrigues FM, de Oliveira PP, da Silva HC, Pinheiro JMC. Comportamento suicida: o perfil epidemiológico das lesões autoprovocadas no Estado de Goiás. *Revista Científica da Escola de Saúde Pública de Goiás "Cândido Santiago"*. 2020; 6(2):1-15.

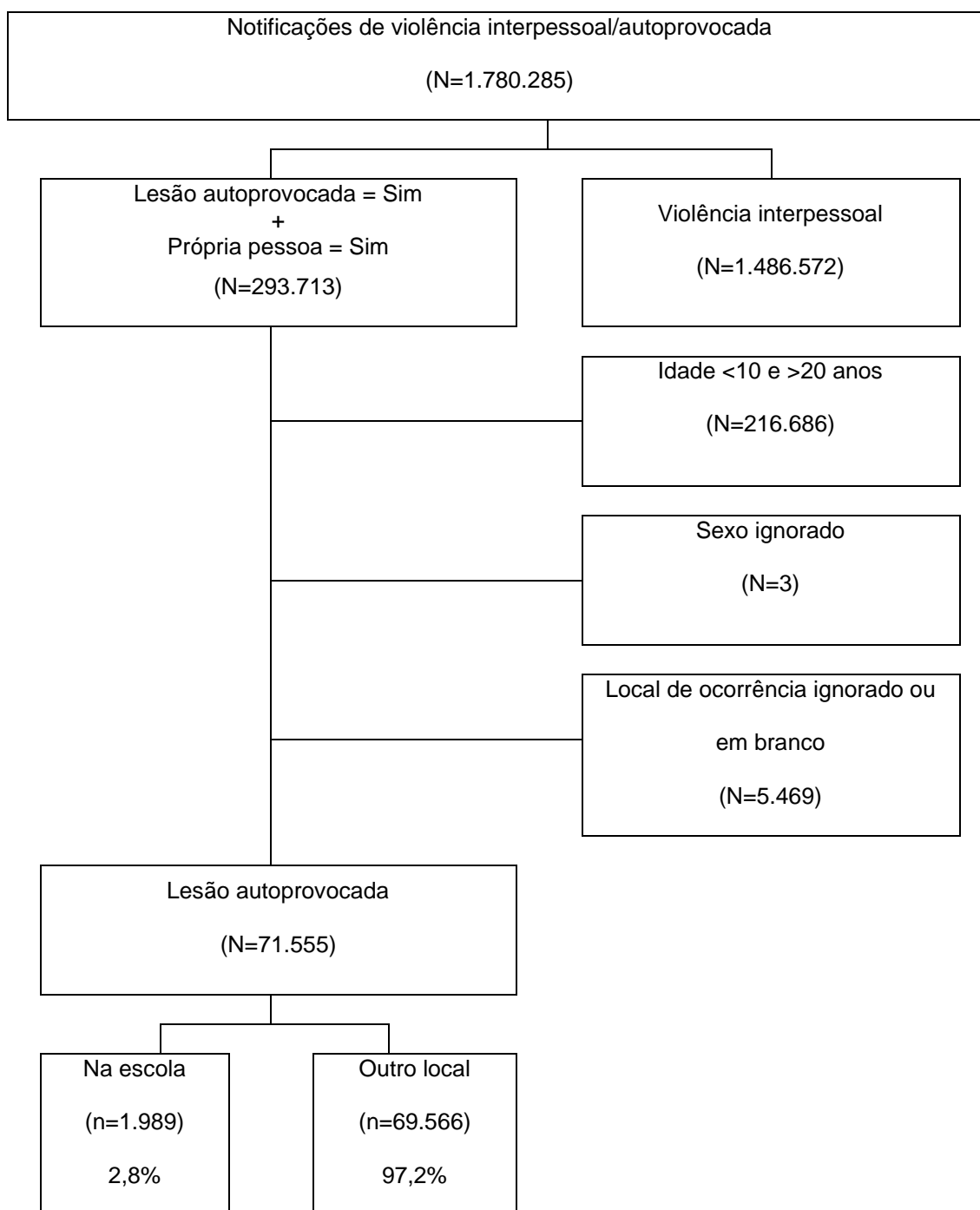
29. Who Health Organization. The World Health Report 2003: Shaping the future. 2003: 1-193. Disponível em: https://www.who.int/whr/2003/en/whr03_en.pdf?ua=1

30. da Mata KCR, Daltro MR, Ponde MP. Perfil epidemiológico de mortalidade por suicídio no Brasil entre 2006 e 2015. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*. 2020; 9(1):74-87.

Colaboradores

CMC Aragão colaborou na concepção e delineamento do estudo, análise, interpretação dos dados e redação do artigo. MDM Mascarenhas colaborou na concepção, delineamento do estudo, análise, interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação da versão a ser publicada.

Figura 1. Fluxograma de seleção de registros de notificação de lesão autoprovocada em adolescentes na escola. Brasil, 2011–2018.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 2011-2018.

Tabela 1 - Notificações de lesão autoprovocada em adolescentes na escola segundo características das vítimas. Brasil, 2011-2018.

Características	Total	10 a 14	15 a 19	Valor de p ^a
	(1.989; 100,0%) N (%)	(1.140; 57,3%) N (%)	(849; 42,7%) N (%)	
Sexo (n=1.989)				<0,001
Feminino	1.533 (77,1)	920 (80,7)	613 (72,2)	
Masculino	456 (22,9)	220 (19,3)	236 (27,8)	
Cor da pele (n=1.830) ^b				0,005
Branco	1.004 (54,9)	609 (58,1)	395 (50,6)	
Preto/pardo	798 (43,6)	427 (40,7)	371 (47,5)	
Amarelo/indígena	28 (1,5)	13 (1,2)	15 (1,9)	
Zona de residência (n=1.941) ^b				<0,001
Urbana	1.721 (88,7)	1.008 (91,2)	713 (85,3)	
Periurbana/rural	220 (11,3)	97 (8,8)	123 (14,7)	

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 2011-2018.

a) Teste do qui-quadrado de Pearson.

b) Valores divergem em relação ao total devido a dados ausentes (em branco ou ignorado), cujos foram excluídos das análises.

Tabela 2 – Tendência da taxa de notificação (por 100.000 hab.) de lesão autoprovocada em adolescentes na escola segundo sexo e faixa etária. Brasil, 2011-2018.

Características	Taxa de notificação		VPA (%)	IC _{95%}	Valor p	Tendência
	2011	2018				
Sexo						
Feminino	0,12	4,5	66,0	39,0; 98,3	0,001	Crescente
Masculino	0,06	1,07	55,2	29,9; 85,4	0,001	Crescente
Faixa etária						
10 a 14	0,09	3,32	66,3	37,2; 101,6	0,001	Crescente
15 a 19	0,09	2,21	58,6	34,6; 86,8	0,001	Crescente

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 2011-2018.

VPA: Variação Percentual Anual; IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%.

Tabela 3 – Tendência da taxa de notificação (por 100.00 hab.) de lesão autoprovocada em adolescentes na escola segundo região e unidade da federação. Brasil, 2011-2018.

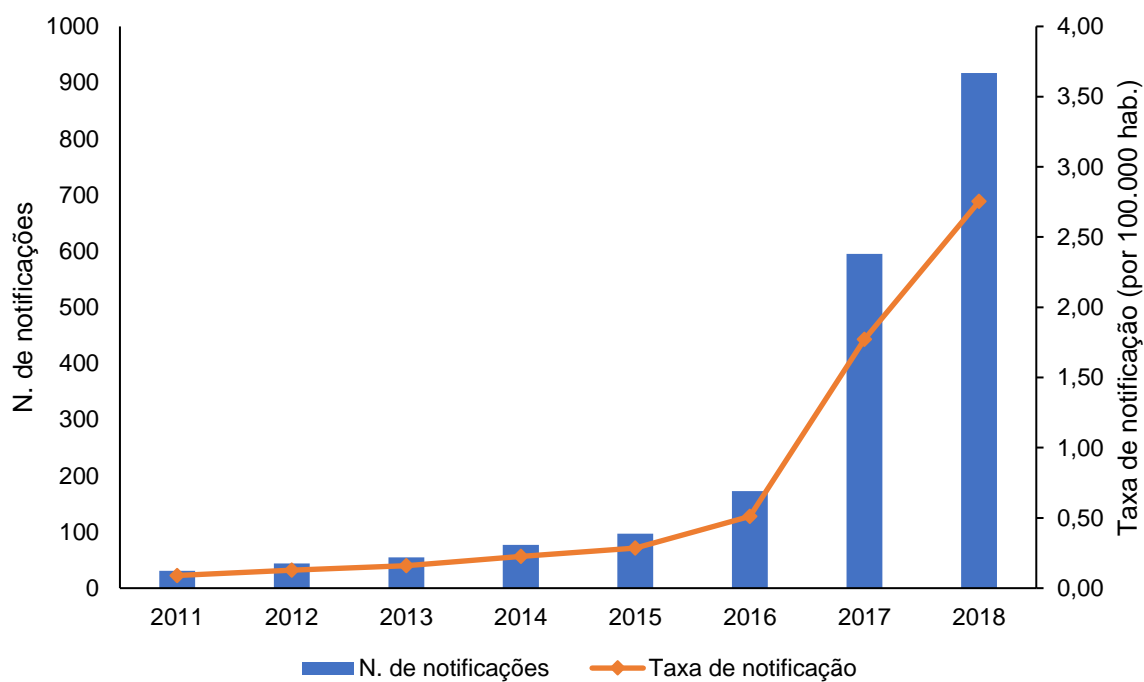
Região/UF	Taxa de notificação		VPA (%)	IC _{95%}	Valor p	Tendência
	2011	2018				
Norte	0,00	1,30	4,3	-51,7;125,2	0,897	Estável
Rondônia	0,00	3,47	18,0	-1,3;41,0	0,064	Estável
Acre	0,00	6,81	32,8	1,1;74,4	0,044	Crescente
Amazonas	0,00	0,48	-23,0	-31,8; -13,1	0,002	Decrescente
Roraima	0,00	2,71	15,0	-1,0; 33,6	0,062	Estável
Pará	0,00	0,49	-10,6	-34,4; 21,8	0,409	Estável
Amapá	0,00	0,00	4,5	0,3; 9,0	0,039	Crescente
Tocantins	0,00	2,76	18,3	-22,1; 79,6	0,363	Estável
Nordeste	0,03	1,08	65,0	32,3; 105,9	0,001	Crescente
Maranhão	0,00	0,36	-10,6	-33,6; 20,5	0,394	Estável
Piauí	0,00	0,85	-0,3	-2,3; 22,5	0,970	Estável
Ceará	0,06	1,40	29,5	-27,3; 131,0	0,315	Estável
Rio Grande do Norte	0,17	2,19	5,0	-17,3; 33,4	0,633	Estável
Paraíba	0,15	1,03	4,7	-18,9; 35,1	0,678	Estável
Pernambuco	0,00	2,01	23,0	-11,7; 71,3	0,177	Estável
Alagoas	0,00	1,56	-1,8	-21,3; 22,5	0,846	Estável
Sergipe	0,00	0,48	-3,8	-8,6; 1,1	0,107	Estável
Bahia	0,00	0,47	-15,5	-49,2; 40,6	0,449	Estável
Sudeste	0,14	3,17	57,3	32,2; 87,2	0,001	Crescente
Minas Gerais	0,18	3,32	47,3	27,4; 70,3	0,001	Crescente
Espírito Santo	0,00	12,05	55,1	5,0; 129,2	0,033	Crescente
Rio de Janeiro	0,04	1,33	85,5	58,0; 117,8	0,001	Crescente
São Paulo	0,18	2,92	60,9	32,8; 94,9	0,001	Crescente
Sul	0,17	6,53	68,1	42,7; 98,0	0,001	Crescente
Paraná	0,22	9,40	73,6	41,9; 112,3	0,001	Crescente
Santa Catarina	0,00	3,42	43,9	11,0; 86,6	0,014	Crescente
Rio Grande do Sul	0,23	5,43	55,9	28,1; 89,9	0,001	Crescente
Centro-Oeste	0,04	2,92	62,6	34,7; 96,3	0,001	Crescente
Mato Grosso do Sul	0,22	7,43	54,5	16,9; 104,2	0,009	Crescente
Mato Grosso	0,00	1,07	-2,8	-26,5; 19,8	0,546	Estável
Goiás	0,00	1,81	20,8	-15,9; 73,4	0,249	Estável
Distrito Federal	0,00	3,50	29,4	-5,7; 77,6	0,094	Estável

Brasil	0,09	2,75	62,7	36,1; 94,6	0,001	Crescente
---------------	------	------	------	------------	-------	-----------

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 2011-2018.

VPA: Variação Percentual Anual; IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%.

Figura 2 – Número e taxa de notificação (por 100.000 hab.) de lesão autoprovocada em adolescentes. Brasil, 2011-2018.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 2011-2018.

6 CONCLUSÃO

Os casos notificados de lesão autoprovocada em adolescentes no ambiente escolar no Brasil, no período de 2011 a 2018, totalizaram 1.989 casos, predominando o sexo feminino, de 10 a 14 anos, de cor de pele branca, residentes na zona urbana, notificados principalmente na região Sudeste, sendo a reincidência presente em mais da metade dos casos notificados, as ocorrências foram 10 vezes mais frequentes no período diurno que no turno da noite. Houve associação positiva para o uso da força corporal, objeto contundente, objeto cortante e ameaça.

No período estudado, o Brasil apresentou aumento nos casos de notificação de lesão autoprovocada em adolescentes no ambiente escolar, havendo tendência crescente tanto para sexo masculino quanto para o feminino, destacando-se as regiões Sul e Sudeste do país com os maiores incrementos.

Essa forma de violência apresenta-se como grave ameaça à vida da população, sendo importante destacar que por meio da notificação cria-se uma ligação entre a rede multiprofissional e interinstitucional de atuação, fundamental para uma assistência eficaz com o intuito de se obter resultados satisfatórios que reduzam o problema.

Esse estudo possibilitou maior visualização da ocorrência dessas notificações nas diferentes regiões do Brasil. Os resultados evidenciam a necessidade dos serviços de saúde e educação darem maior atenção aos comportamentos dos adolescentes a fim de aumentar o escopo das notificações de lesão autoprovocada, assim como ter máxima atenção e cuidado aos jovens com tais condutas. Pesquisas sobre a temática específica no ambiente escolar são fundamentais para que profissionais da área possam conhecer a importância e obrigatoriedade das notificações desses comportamentos para fins de elaboração, aprimoramento e prática de novas políticas públicas direcionadas aos adolescentes, assim como ações de prevenção.

Algumas limitações do estudo devem ser apontadas. Há um viés de seleção, tendo em vista que parte dos casos de lesão autoprovocada em ambiente escolar não são notificados e que, provavelmente, os dados não consigam representar a situação no Brasil. Outra limitação é o fato de não se encontrar literatura específica para alguns casos de lesão autoprovocada para realizar comparações entre os estudos e até mesmo de estudos específicos dessas notificações no ambiente escolar.

Mesmo com tais limitações, as informações produzidas pelo estudo permitem observar o perfil das vítimas de lesão autoprovocada e as tendências do evento ao longo do período estudado, identificando assim grupos prioritários e diferentes formas de prevenção desse comportamento, podendo ainda incentivar estratégias de proteção aos grupos de risco e aprimoramento de políticas já existentes, visando a criação de ambientes escolares mais seguros e cientes da necessidade de notificação compulsória.

Por fim, conhecer os fatores associados de um determinado desfecho é importante para direcionar novos estudos, estratégias de intervenção e prevenção. Evidencia-se a necessidade de mais estudos sobre a temática e o desenvolvimento de políticas públicas de saúde mental específicas para os adolescentes, uma vez que a lesão autoprovocada pode estar associada a outros quadros psicológicos. Além disso, a capacitação dos profissionais da educação e da saúde pública torna-se essencial para o melhor manejo de casos e estratégias de prevenção nas escolas.

REFERÊNCIAS

- ALBERTI, S. **Esse sujeito adolescente**. 3 ed. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2009.
- ALMEIDA, R. S. *et al.* A prática da automutilação na adolescência: o olhar da psicologia escolar/ educacional. **Psicologia Cadernos de Graduação**, v. 4, n. 3, p. 147-160, maio 2018.
- AMARAL, C. *et al.* Depressão na adolescência com ideação suicida: um estudo de caso. **Anais da XI Mostra Científica da Cesuca**, n.11, p. 189-205, 2017.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ANTUNES, J. L. F., CARDOSO, M. R. A. Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, v.24, n.3, p. 565-576, julho-setembro, 2015.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Suicídio: informando para prevenir**. Brasília, 2014.
- BAHIA, C. A. *et al.* Notificações e internações por lesão autoprovocada em adolescentes no Brasil, 2007-2016. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 2, p. 1-12, dezembro 2020.
- BARBOSA, V. *et al.* A prática de autolesão em jovens: uma dor a ser analisada. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 23, p. 1 – 8, 2019.
- BASTOS, E. M. Automutilação de adolescentes: um estudo de caso em uma escola pública de Fortaleza. **Revista Educação, Psicologia e Interface**, v.3, n.3, p.156-191, dezembro, 2019.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **República Federativa do Brasil**, Brasília, 1988.
- BRASIL. Marco Legal: saúde, um direito de adolescentes. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde**, Brasília, p. 5-60, 2007.
- BRASIL. Saúde na Escola. **Caderno de Atenção Básica**, Brasília, v. 1, n. 24, p. 7-100, 2009.
- BRASIL. Vigilância de Violências e Acidentes, 2006 e 2007. **Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde**. Brasília, p. 9-460, 2009.
- BRASIL. Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde**, Brasília, p.11-132, 2010.
- BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2012.

BRASIL. CADERNO DO GESTOR DO PSE. **Ministério da Saúde, Ministério da Educação**, Brasília, p. 7 – 65, 2015.

BRASIL. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2016.

BRASIL. Instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada. **Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde**. Brasília, p. 7 – 91, 2016.

BRASIL. Suicídio. Saber agir e prevenir. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde**, Brasília, v.48, n.30, p. 1-14, 2017. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>. Acesso em: 03 de janeiro de 2021.

BRASIL. Lei 13.819 de 26 de abril de 2019. **Diário Oficial da União**, 26 de abril de 2019.

BRICKMAN, L.J. *et al.* The relationship between non-suicidal self-injury and borderline personality disorder symptoms in a college sample. **Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation**, v.1, n. 14, p. 1-8, 2014.

CEDARO, J. J.; NASCIMENTO, J. P. G. do. Dor e gozo: relato de mulheres jovens sobre automutilações. **Psicologia USP**, v. 24, n. 2, p. 203-223, 2013.

COSTA, I. A. N. C. **Adolescência**: Ideação suicida, depressão, desesperança e memórias autobiográficas. 2012. 160 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas.

CROSBY, A. E.; ORTEGA, L.; MELANSON, C. **Self-directed violence surveillance**: uniform definitions and recommended data elements. 1. Ed. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, National, Center for Injury Prevention and Control, 2011, 96 p.

FERREIRA, F. N. L.; MOTTA, I. D. O procedimento de notificação compulsória nos estabelecimentos de ensino na nova política nacional de prevenção da automutilação e do suicídio. **Revista Jurídica**, v. 1, n. 54, p. 519 – 555, 2019.

FOSTER, C. E. Connectedness to family, school, peers, and community in socially vulnerable adolescents. *Child. Children and Youth Service Review*, v. 81, p.321-331, 2017.

FREITAS, E. Q. das M.; SOUZA, R. Automutilação na adolescência: prevenção e intervenção em Psicologia escolar. **Revista Ciência (In) Cena**, v. 1, n. 5, p. 158 – 174, 2017.

GARRETO, A. K. R. **O desempenho executivo em pacientes que apresentam automutilação**. 2015. 223 p. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

GUERREIRO, D. F.; SAMPAIO, D. Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v.31, n.2, p. 213-222, 2013.

KLONSKY, E. D.; LEWIS, S. P. Assessment of nonsuicidal self-injury. In: NOCK, M. K. (ed). **The Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury**, 2014. p. 337-354.

KRUG, E. G. *et al.* (ed.) **World Report on violence and health**. Genebra: World Health Organization; 2002. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf. Acesso em 02 de março de 2020.

LEO, D. D. *et al.* Definitions of suicidal behavior: lessons learned from the WHO/EURO multicentre study. **Crisis The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention**, v.27, n.1, p. 4-15, fevereiro 2006.

LOPES, L. S.; TEIXEIRA, L. C. Automutilações na adolescência e suas narrativas em contexto escolar. **Estilos da Clínica**, v. 24, n. 2, p. 291-303, maio/agosto 2019.

LUCENA, V. G. de; HOLANDA, I. F. S. de; BELMIRO, M. C de B. Uma dor que corta a pele e rasga a alma: o significado da autolesão em estudantes do ensino médio. **Brazilian Journal Development**, Curitiba, v. 6, v. 7, p. 49595-49616, julho 2020.

MADJAR, N. *et al.* Non-suicidal self-injury within the school context: Multilevel analysis of teachers' support and peer climate. **European Psychiatry**, v. 41, p. 95-101, 2017.

MADJAR, N. *et al.* Repetitive vs. occasional non-suicidal self-injury and school-related factors among Israeli high school students. **Psychiatry Research**, v. 257, p.358-360, 2017b.

MEDRONHO, R. A. *et al.* **Epidemiologia**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2009.

MEINE, I. R.; CHEIRAM, M. C.; JARGER, F. P. Depressão e suicídio: o adolescente frente a fatores de risco socioculturais. **Research, Society and Development**, v.8, n.12, p.1-12, 2019.

MINAYO, M. C. de S.; TEIXEIRA, S. M. de O.; MARTINS, J. C. de O. Tédio enquanto circunstância potencializadora de tentativas de suicídio na velhice. **Estudos de Psicologia**, v.21, n.1, p.36-45, março, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2016000100036&script=sci_arttext. Acesso em: 04 de setembro de 2020.

MCAULIFFE, C. *et al.* Optional thinking ability among hospital-treated deliberate self-harm patients: a 1 year follow up study. **Br J Clinical Psychology**, v. 47, n. 1, p. 43-58, março 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17681111/>. Acesso em: 12 de novembro de 2020.

MORETTIN, P. A.; TOLOI, C. M. C. **Análise de séries temporais: modelos lineares univariados**. 3ª ed. São Paulo: Edgard Blucher, 2018. v. 1. 474 p.

NANCY, L. *et al.* Teachers' Perceptions of Non-Suicidal Self-Injury in the Schools. **School Mental Health**, v. 3, p.35-43, 2011.

NARCISO, F. C.; BATISTA, E. C. O comportamento autolesivo entre adolescentes no contexto escolar: um estudo teórico. **Revista Brasileira de Assuntos Interdisciplinares**, v. 7, n. 1, p. 131-145, janeiro/junho, 2020.

NOCK, M. K. Self-injury. **Annual Review of Clinical Psychology**, v.6, p. 339-363, abril 2010. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258>. Acesso em: 19 de março de 2020.

NOCK, M. K. Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. **Current Directions in Psychological Science**, v.18, n.2, p.78-83, abril 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2744421/#>. Acesso em 12 de janeiro de 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10 ed. rev. São Paulo: [s.n.], 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório mundial sobre a prevenção da violência. **Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo**. São Paulo. p. 2 – 274, 2014.

OTTO, S. C.; SANTOS, K. A. O Tumbler e sua relação com práticas autodestrutivas: o caráter epidêmico da autolesão. **Revista da Faculdade de Psicologia – PUC**, v.25, n.2, p. 265-288, 2016.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

PAPALIA, D. E.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano**. 12 ed: Artmed, 2013.

PARKS, P. J. **Self-injury Disorder**. [S.I.]: Referencepoint Press, 2010.

PLENER, P. L. *et al.* The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature. **Borderline Personality Disorder Emotion Dysregulation**, v. 2, n. 1, p. 2, 2015.

PLENER, P. L. *et al.*, Nonsuicidal Self-Injury in Adolescents, **Deltsches Arsteblatt Internacionol**, v. 115, n.3, p.23-30, 2018.

PILETTI, N.; ROSSATO, S. M.; ROSSATO, G. **Psicologia do Desenvolvimento**. 1ª ed.: Contexto, 2014.

RODHAM, K.; HAWTON, K. Epidemiology and phenomenology of nonsuicidal self-injury. In NOCK, M. K. (ed.). **Understanding nonsuicidal self-injury: origins, assessment and treatment**. [S.I.]: American Psychological Association. p. 37-62, 2009.

ROSA, N. M. *et al.* Tentativas de suicídio e suicídios na atenção pré-hospitalar. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.65, n.3, p. 231-238, 2016.

ROSS, S.; HEATH, N. A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. **Journal Youth Adolescence**. v. 31, p. 67– 77, 2002.

SANT'ANA, I. M. Autolesão não suicida na adolescência e a atuação do psicólogo escolar: uma revisão narrativa. **Revista de Psicologia IMED**, v. 11, n. 1, p. 120-138, 2019.

SARLET, I. W. **A eficácia dos direitos fundamentais**: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. 11^a ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2012, 504 p.

SCOLIERS, G. *et al.* Reasons for adolescent deliberate self-harm: A cry of pain and/or a cry for help? Findings from the child and adolescent self-harm in Europe (CASE) study. **Socail Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 44, n. 8, p. 601 – 607, 2009. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2009-12842-001>. Acesso em: 24 de maio de 2020.

SILVA, A. C.; BOTTI, N. C. L. Comportamento autolesivo ao longo do ciclo vital: revisão integrativa da literatura. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 18, p. 67-76, dezembro 2017.

SILVA, E. P. de Q.; SANTOS, S. P. Práticas de ensino, pesquisa e extensão no âmbito do GPECS: Problematizando corpos, gêneros, sexualidades e educação escolar. **Educação e Políticas em Debate**, v.4, n.2, p. 1 – 16, 2015.

SILVA, M. F. A.; SIQUEIRA, A. C. O perfil de adolescentes com comportamentos de autolesão identificados nas escolas estaduais em Rolim de Moura – RO. **Revista Farol**, v. 3, n. 3, p. 5-20, 2017.

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

TORO, G. V. R. *et al.* O desejo de partir: um estudo a respeito da tentativa de suicídio. **Psicologia em Revista**, v. 19, n. 3, p. 407-421, dezembro 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm**. [S.l.], 2016.

YOU, J. *et al.* Peer group impulsivity moderated the individual-level relationship between depressive symptoms and adolescent non-suicidal self-injury. **Journal of Adolescence**, v. 47, p.90-99, 2016.

YOUNG, R. *et al.* Why alternative teenagers self-harm: exploring the link between non-suicidal self-injury, attempted suicide and adolescent identity. **BMC Psychiatry**, v. 14, n. 137, p. 1-14, 2014.


ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL		Nº	
Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.					
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		3 Data da notificação		
	2 Agravo/doença VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		Código (CID10) Y09	Código (IBGE)	
	4 UF	5 Município de notificação		Código (IBGE)	
	6 Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde <input type="checkbox"/> 2- Unidade de Assistência Social <input type="checkbox"/> 3- Estabelecimento de Ensino <input type="checkbox"/> 4- Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> 5- Unidade de Saúde Indígena <input type="checkbox"/> 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> 7- Outros <input type="checkbox"/>				
	7 Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade	9 Data da ocorrência da violência	
	8 Unidade de Saúde		Código (CNES)		
	10 Nome do paciente		11 Data de nascimento		
Notificação Individual	12 (ou) Idade <input type="checkbox"/> 1- Hora <input type="checkbox"/> 2- Dia <input type="checkbox"/> 3- Mês <input type="checkbox"/> 4- Ano <input type="checkbox"/>	13 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> 1 - Ignorado	14 Gestante <input type="checkbox"/> 1-1º Trimestre <input type="checkbox"/> 2-2º Trimestre <input type="checkbox"/> 3-3º Trimestre <input type="checkbox"/> 4- Idade gestacional ignorada <input type="checkbox"/> 5-Não <input type="checkbox"/> 6- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9-Ignorado	15 Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1-Branca <input type="checkbox"/> 2-Preta <input type="checkbox"/> 3-Amarela <input type="checkbox"/> 4-Parda <input type="checkbox"/> 5-Indígena <input type="checkbox"/> 9- Ignorado	
	16 Escolaridade <input type="checkbox"/> 0-Analfabeto <input type="checkbox"/> 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 7-Educação superior incompleta <input type="checkbox"/> 8-Educação superior completa <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <input type="checkbox"/> 10- Não se aplica <input type="checkbox"/>				
	17 Número do Cartão SUS		18 Nome da mãe		
	19 UF		20 Município de Residência	Código (IBGE)	21 Distrito
	22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida,...)		Código
24 Número		25 Complemento (apto., casa, ...)	26 Geo campo 1		
Dados de Residência	27 Geo campo 2		28 Ponto de Referência	29 CEP	
	30 (DDD) Telefone		31 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	32 País (se residente fora do Brasil)	
	Dados Complementares				
	33 Nome Social		34 Ocupação		
Dados da Pessoa Atendida	35 Situação conjugal / Estado civil <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro <input type="checkbox"/> 2 - Casado/união consensual <input type="checkbox"/> 3 - Viúvo <input type="checkbox"/> 4 - Separado <input type="checkbox"/> 8 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>				
	36 Orientação Sexual <input type="checkbox"/> 1-Heterossexual <input type="checkbox"/> 2-Homossexual (gay/lésbica) <input type="checkbox"/> 3-Bissexual <input type="checkbox"/> 8-Não se aplica <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <input type="checkbox"/>		37 Identidade de gênero: <input type="checkbox"/> 3-Homem Transexual <input type="checkbox"/> 8-Não se aplica <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <input type="checkbox"/> 1-Travesti <input type="checkbox"/> 2-Mulher Transexual <input type="checkbox"/>		
	38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>				
	39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 8-Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento				
Dados da Ocorrência	40 UF		41 Município de ocorrência	Código (IBGE)	
	42 Distrito				
	43 Bairro		44 Logradouro (rua, avenida,...)		Código
	45 Número		46 Complemento (apto., casa, ...)	47 Geo campo 3	48 Geo campo 4
	49 Ponto de Referência		50 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)	
	52 Local de ocorrência <input type="checkbox"/> 01 - Residência <input type="checkbox"/> 02 - Habitação coletiva <input type="checkbox"/> 03 - Escola <input type="checkbox"/> 04 - Local de prática esportiva <input type="checkbox"/> 05 - Bar ou similar <input type="checkbox"/> 06 - Via pública <input type="checkbox"/> 07 - Comércio/serviços <input type="checkbox"/> 08 - Indústrias/construção <input type="checkbox"/> 09 - Outro <input type="checkbox"/> 99 - Ignorado <input type="checkbox"/>		53 Ocorreu outras vezes? <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		
	54 A lesão foi autoprovocada? <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>				

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil		57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espantamento <input type="checkbox"/> Obj. perfurocortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro
Violência Sexual	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros		
	59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
Dados do provável autor da violência	60 Número de envolvidos 1- Um <input type="checkbox"/> 2- Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã)
	62 Sexo do provável autor da violência 1- Masculino <input type="checkbox"/> 2- Feminino <input type="checkbox"/> 3- Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>
Encaminhamento	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
Dados finais	66 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado
	68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX		
	69 Data de encerramento		
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante		Vínculo/grau de parentesco	(DDD) Telefone
Observações Adicionais:			
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136		TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180	Disque Direitos Humanos 100
Notificador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde/CNES
	Nome	Função	Assinatura
Violência interpessoal/autoprovocada		Sinan	SVS 15.06.2015

ANEXO B – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO MANUSCRITO 1

ScholarOne Manuscripts <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>

 **Ciência & Saúde Coletiva**

[Home](#)

[Author](#)

Submission Confirmation [Print](#)

Thank you for your submission

Submitted to
Ciência & Saúde Coletiva

Manuscript ID
CSC-2021-1609

Title
Caracterização e fatores associados à lesão autoprovocada em adolescentes no ambiente escolar

Authors
CASTRO DE ARAGÃO, CONCEIÇÃO
Mascarenhas, Márcio

Date Submitted
09-Aug-2021

[Author Dashboard](#)

ANEXO C – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO MANUSCRITO 2**[RESS] Epidemiologia e Serviços de Saúde - Cadastro de Artigo****SE**

Secretaria Executiva <noreply.ojs2

@scielo.org>

Seg, 09/08/2021 19:06

Para: Você



Prezado(a) Conceição de Maria Castro de Aragão,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "Tendência temporal das notificações de lesão autoprovocada em adolescentes no ambiente escolar" para Epidemiologia e Serviços de Saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil.

Os manuscritos submetidos à RESS passam por um processo de avaliação preliminar. Logo que esta avaliação estiver concluída, iremos comunicá-lo (a) a respeito do encaminhamento de seu manuscrito.

É possível acompanhar o progresso do documento dentro do processo editorial, bastando logar no sistema localizado em:

URL do Manuscrito:

<https://submission.scielo.br/index.php/ress/authorDashboard/submission/255154>

Login: cmaragao